



Universidad
de Valparaíso
CHILE

REVISTA



MATRONERÍA
ACTUAL

Año 2024

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

REVISTA

Ma

MATRONERÍA
ACTUAL

Año 5, 2024

Revista con Publicación Continua

Recopilatorio de artículos publicados en 2024

ISSN: 2452-5820

Contemporary Midwifery Journal

Scientific Journal with Continuous Publication

Compilation of Articles Published in 2024

(2024)

Universidad de Valparaíso

Facultad de Medicina

Escuela de Obstetricia y Puericultura

Revista Matronería Actual

Contemporary Midwifery Journal

ISSN: 2452-5820

(2024). Recopilatorio de artículos publicados en 2024

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

Comité Editorial | Editorial Committee:

Directora | Director:

Ingrid Vargas-Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Editora en Jefe | Editor in Chief:

Paula Oyarzún-Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)

Equipo Editorial | Editorial Board:

Claudia Gutiérrez-Mella (Universidad de Valparaíso, Chile)
Nicole Iturrieta-Guaita (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ivan Montenegro-Venegas (Universidad de Valparaíso, Chile)
Paula Oyarzún-Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ma. Antonieta Silva-Muñoz (Universidad de Valparaíso, Chile)
Ingrid Vargas-Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Comité Científico | Scientific Committee:

Mercedes Carrasco-Portiño (Universidad de Concepción, Chile)
Paola Casanello-Toledo (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile)
Horacio Croxatto-Avoni (Universidad Andrés Bello, Chile)
Francisco Esteban-Bara (Universitat de Barcelona, España)
Jorge Fabres-Biggs (Universidad Católica de Chile, Chile)
Patricio Godoy-Martínez (Universidad Austral de Chile, Chile)
Paulina López-Orellana (Universidad de Valparaíso, hasta 2019)
Teodor Mellen-Vinagre (Universitat de Barcelona, España)
Antonio Salvado-García (Clínica Universitaria de Puerto Montt, Chile)
Sebastián San Martín-Henríquez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Maquetación y Gestor OJS | Layout and OJS Manager:

Cristian Carreño-León (Universidad de Valparaíso, Chile)

Asistente Técnico DIBRA:

Rodrigo Castro-Reyes (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revisores | Reviewers:

Angela Aldea-Tejo (Universidad San Sebastián)
Julio Alfaro-Toledo (Universidad de Antofagasta)
Janet Altamirano-Droguett (Universidad de Antofagasta)
Carolina Bascur-Castillo (Universidad de Concepción)
María del C. Briones-Lorca (Universidad de Talca)
Alejandro Candia-Henríquez (Universidad de Chile)
Aejandra Ceballos-Morales (Universidad de Concepción)
Anna Escofet-Roig (Universidad de Barcelona)
Raquel Espejo-González (Universidad Andrés Bello)
Jusselit Estrada-Galdames (Universidad San Sebastián)
Cristhel Fagerstrom-Sade (Universidad San Sebastián)
Leonardo Flores-Garcés (Universidad de Aysén)
Juan Guerrero-Núñez (Universidad de Atacama)
Christian Hernández-Valenzuela (Univ. Bernardo O'higgins)
Sergio Jara-Rosales (Universidad San Sebastián)
Carlos Kilchemmann-Fuentes (Universidad Mayor)
Marcela Marín-Salgado (Universidad de Talca)
Macarena Martínez-Ordenes (Universidad de Chile)
Rodrigo Orellana-Cole (Universidad de Chile)
Maricela Pino-Alvarez (Universidad San Sebastián)
Carolina Ramírez-Álvarez (Universidad de Chile)
Carolina Ramírez-Campos (Universidad de la Frontera)
Leonardo Reyes-Torres (Universidad de Atacama)
Pamela Rivero-Bravo (Ministerio de Salud de Chile)
Andrea Rodríguez-Figueroa (Universidad San Sebastián)
Felipe Suárez-Hidalgo (Universidad de Talca)
Militzen Tapia Wittcke (Universidad Autónoma)
Mario Vergara-Díaz (Hospital Carlos Van Buren)
Cynthia Vergara-Maldonado (Universidad Austral)
Diego Vignolo-González (Universidad SEK)

Correctores de Texto | Text Correctors:

Gonzalo Battocchio-García (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revista Matronería Actual es distribuida bajo licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional
Contemporary Midwifery Journal is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



Paula Oyarzún Andrades, PhD

Directora Escuela Obstetricia y Puericultura. Universidad de Valparaíso

Claudia Gutiérrez Mella, PhD

Coordinadora de Unidad de Investigación y Proyectos, Escuela Obstetricia y Puericultura. Universidad de Valparaíso.

Ingrid Vargas Stevenson, PhD

Directora Revista Matronería Actual

Enero de 2025

Estimados lectores(as),

Nos complace enormemente invitarles a ser parte de una nueva edición de la Revista Matronería Actual, una revista que ha sido referente a nivel nacional y latinoamericano de matronería, compartiendo las últimas innovaciones, investigaciones y logros de nuestra profesión.

En esta revista encontrará:

- Artículos y entrevistas con expertos internacionales.
- Investigaciones de vanguardia en el campo de la matronería.
- Avances sobre el rol de la matrona/matrón en el siglo XXI.
- Casos de éxito y ejemplos inspiradores que reflejan el impacto de nuestra profesión a nivel global.

En esta edición especial, queremos dejarles invitados (as) para celebrar en el año 2025 los 70 años de creación de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, con un enfoque centrado en la innovación, la investigación, el liderazgo y el impacto de nuestra labor en la salud sexual, reproductiva y perinatal.

Para lo anterior, nos encontramos organizando el **Congreso Internacional “70 Años Potenciando la Innovación, Investigación y Liderazgo de la Matronería a Nivel Global”**. Será una oportunidad única para compartir conocimientos, experiencias y reflexiones con matronas/matrones y profesionales de la salud de todo el mundo.

El Congreso contará con:

- Ponentes internacionales de renombre que presentarán las últimas tendencias en matronería, salud sexual, reproductiva y perinatal, entre otras.
- Espacios de workshop para intercambiar ideas y forjar colaboraciones.
- Mesas redondas sobre los avances en la investigación y el liderazgo en matronería.

Además, contaremos con un número especial de nuestra revista con todos los resúmenes de los trabajos presentados tanto en modalidad póster como exposiciones orales.

Este Congreso será un punto de encuentro para todas las matronas/matrones comprometidos con la evolución de nuestra profesión y para aquellos que buscan estar al tanto de los cambios y avances en el campo de la matronería.

Les extendemos una cordial invitación a leer esta nueva edición de Revista Matronería Actual y a acompañarnos en este evento conmemorativo.

Tabla de Contenidos
Table of Content

1. Experiencia de innovación y evaluación curricular, Escuela de Obstetricia, Universidad de Chile, período 2006-2019. <i>Experience of innovation and curricular evaluation, School of Midwifery, University of Chile, period 2006-2019</i>	07 - 14
2. Atención de Matronería en Prematuro con Enterocolitis Necrotizante: prevención y pesquisa de factores de riesgo. <i>Midwifery care of Preterm newborn with Necrotizing Enterocolitis: prevention and screening for risk factors.....</i>	15 - 22
3. Técnicas de medición de sonda gástrica en neonatos y comprobación de posicionamiento: revisión de alcance. <i>Gastric tube measurement techniques in neonates and positioning check: scoping review</i>	23 - 38
4. Análisis descriptivo de mallas curriculares de la carrera de obstetricia en Chile en el año 2023. <i>Descriptive analysis of midwife's career curriculum in Chile in 2023.....</i>	39 - 49
5. Relación costo-beneficio de la vacuna anti Virus del Papiloma Humano en el Programa Nacional de Inmunizaciones de Chile. <i>Cost-benefit relationship of the Human Papillomavirus vaccine in Chile's National Immunization Program.....</i>	51 - 57
6. Fertilidad humana y reproducción asistida: escenarios actuales para la Matronería. <i>Human fertility and assisted reproduction: current scenarios for Midwifery.....</i>	59 - 63
7. Análisis de la relación entre exposición in útero a antidepresivos y problemas de salud mental en niños. <i>Analysis of the relationship between utero exposure to antidepressants and mental health problems in children.....</i>	65 - 76
8. Revisión de alcance: atención en salud sexual y reproductiva en personas transgénero a nivel global. <i>Reproductive and sexual health among transgender people at global level.....</i>	77 - 89
9. Experiencias del uso de la copa menstrual en estudiantes de la Universidad de Talca, Chile. Estudio fenomenológico. <i>Experiences of the use of the menstrual cup in students of the University of Talca, Chile. Phenomenological study.....</i>	91 - 100

10.	Relación entre síndrome premenstrual y dieta. <i>Relationship between premenstrual syndrome and diet.....</i>	101 - 106
11.	Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres inmigrantes residentes en Talca. <i>Exclusive breastfeeding abandonment in immigrant mothers residing in Talca.....</i>	107 - 116
12.	Ley N°21.030: Percepción profesional sobre su implementación en un Hospital de la Región de La Araucanía, Chile. <i>Law N°21.030: Professional perception on its implementation in a Hospital in the La Araucanía Region, Chile.....</i>	117 - 126
13.	Descolonización del currículo en matronería: una reflexión crítica para la justicia reproductiva en salud. <i>Decolonization of the midwife curriculum: a critical reflection for reproductive justice in health.</i>	127 - 132
14.	Rol de la Matronería en el manejo de Pesario:Una práctica para reflexionar. <i>Role of Midwifery in Pessary management: A practice for Reflection.....</i>	133 - 138
15.	Análisis de la incorporación de la vacuna nonavalente anti-Virus Papiloma Humano en Chile. <i>Analysis of the incorporation of the nonavalent anti-Human Papillomavirus vaccine in Chile.....</i>	139 - 143
16.	Revisión narrativa de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto. <i>Narrative review of non-pharmacological methods for pain relief during labor.....</i>	145 - 156
17.	Percepción de estudiantes de obstetricia sobre telesimulación en un curso clínico durante la pandemia de Covid-19: lecciones y aprendizajes. <i>Midwifery students' perceptions of telesimulation in a clinical course during the Covid-19 pandemic: lessons and learnings.....</i>	157 - 166

Experiencia de innovación y evaluación curricular, Escuela de Obstetricia, Universidad de Chile, período 2006-2019.

Experience of innovation and curricular evaluation, School of Midwifery, University of Chile, period 2006-2019.

Erika Carreño-Campos¹; Marcela Araya-Bannout²; Marcelo Araya-Ledezma³;
Marcela Goldsack-Ulloa¹; Camila Rojas-Cáceres¹

¹Matrona, Departamento de Promoción de la salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027, Santiago.

²Enfermera-Matrona, Departamento de Promoción de la salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027, Santiago.

³Licenciado en Obstetricia y Puericultura, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027, Independencia, Santiago.

*Autor para correspondencia: crojas293@uchile.cl

RECIBIDO: 08 de Agosto de 2023
APROBADO: 20 de Diciembre de 2023



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.3817

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: *Curriculum, Educación basada en competencias, Evaluación, Matronería.*

Key words: *Curriculum, Competency-based education, Evaluation, Midwifery.*

RESUMEN

La Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile cambió la forma de abordar el proceso formativo de pregrado, de un modelo centrado en contenidos a uno por competencias. El objetivo de este artículo es describir la reflexión tras la transformación y evaluación curricular del nuevo plan de estudios basado en competencias. Este proceso se realizó en dos periodos, el primero se extendió desde 2006 hasta 2014, y consistió en la implementación de la innovación curricular. Finalizó con el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO-E), aplicado a una cohorte de estudiantes con currículum innovado y no innovado. El segundo periodo se inició en 2015, con la implementación del ajuste curricular, y finalizó con las evaluaciones de primer y segundo ciclo realizadas en 2017 y 2019 respectivamente, a través de las cuales se analizaron las fortalezas, debilidades y aprendizajes del proceso, acciones que permitieron generar recomendaciones para alcanzar las competencias del perfil de egreso. Como resultado de lo anterior, podemos concluir que las evaluaciones de ciclo permiten sistematizar los procesos curriculares y favorecen la visualización de

los ajustes necesarios en el currículo. Estos procesos deben ser implementados de forma permanente, en todas las carreras de las ciencias de la salud.

ABSTRACT

The school of midwifery of the Universidad de Chile changed the way of approaching the undergraduate training process, from a model focused on content to one based on competencies. The objective of this article is to describe the reflection after the transformation and curricular evaluation of the new curriculum based on competencies. This process was carried out in two periods, the first one extended from 2006 to 2014, and consisted of the implementation of the curricular innovation. It ended with the Objective Structured Clinical Examination (OSCE), applied to a cohort of students with innovated and non-innovated curriculum. The second period began in 2015 with the implementation of the curricular adjustment and ended with the first and second cycle evaluations carried out in 2017 and 2019 respectively, through which the strengths, weaknesses and learning of the process were analyzed, actions that allowed generating recommenda-

tions to achieve the competencies of the graduate profile. As a result of the process, we can conclude that the cycle evaluations allow systematizing the curricular processes, allowing the visualization of the necessary adjustments in the curriculum. These processes should be implemented permanently in all health sciences careers.

INTRODUCCIÓN

El proceso de modernización del pregrado en la Universidad de Chile se inició en 2003 (1) y continuó en 2012 con la definición de los principios orientadores del modelo educativo de la Facultad de Medicina de esa casa de estudios, que se basa en los cambios sociales, epidemiológicos, culturales, y socioeconómicos del país, a través de un proceso participativo (2).

En la Facultad de Medicina se consideran dos procesos paralelos e independientes, que son la evaluación y la innovación curriculares. Esta última trabajo consigo un proceso de cambio curricular. La Escuela de Obstetricia inició este proceso desde una enseñanza basada en objetivos a una basada en competencias, lo que llevó a cambiar la forma de abordar el proceso formativo, desde un modelo centrado en los contenidos hacia un modelo centrado en los resultados de aprendizaje, donde el protagonista es el estudiantado (3). Otro de los desafíos, fue responder a las necesidades sociales de formación profesional y trabajar estrechamente con el mundo laboral, analizando la demanda del sector productivo donde se desempeñará el futuro profesional (4).

Este cambio curricular favoreció el uso de metodologías de enseñanza-aprendizaje centradas en el estudiante (5), fortaleciendo un aprendizaje significativo y autorregulable. El concepto de competencia se utiliza a menudo pero no de una manera uniforme, variando según los diversos contextos de su aplicación. Por ejemplo, Le Boterf (2001) plantea que la competencia es una construcción realizada a través de la movilización de recursos, donde la persona realiza una selección de ellos para desempeñar una acción competente (6). Por otro lado, Tardiff propone que es desempeñar una acción competente lo que significa el uso eficaz de los recursos disponibles (7).

Desde la Universidad de Chile, una competencia se define como el saber actuar de manera pertinente en situaciones y contextos varios enfrentando problemas con un claro criterio de calidad y humanidad,

para lo cual se articulan y movilizan recursos internos (conocimientos, experiencias, vivencias, entre otros) de contexto y de redes, estando en condiciones de dar razón de sus decisiones y actuaciones, haciéndose cargo de los efectos y consecuencias de su actuar (8,9).

El Modelo Educativo de la Facultad de Medicina 2012 distinguía saberes disciplinares, que hacían alusión al ámbito particular de las diferentes disciplinas y competencias genéricas, que son transversales y multifuncionales, relacionadas a ámbitos sociales y de las relaciones interpersonales del estudiante (2).

La experiencia de este proceso de cambio, ajuste y evaluación curricular de la Escuela de Obstetricia duró aproximadamente trece años. Este puede servir para proponer nuevos lineamientos en relación a los desafíos curriculares de la formación de profesionales en educación en ciencias de la salud, especialmente de matronas y matrones.

Por consiguiente, el objetivo de este artículo es describir la reflexión tras la transformación y evaluación curricular del nuevo plan de estudios basado en competencias.

REFLEXIÓN

Para entender el proceso de este cambio curricular, se hace imperativo identificar los hitos más relevantes del proceso de innovación curricular que ha llevado a cabo la Facultad de Medicina, en especial la Carrera de Obstetricia y Puericultura, los cuales se encuentran sistematizados en la Figura N° 1.

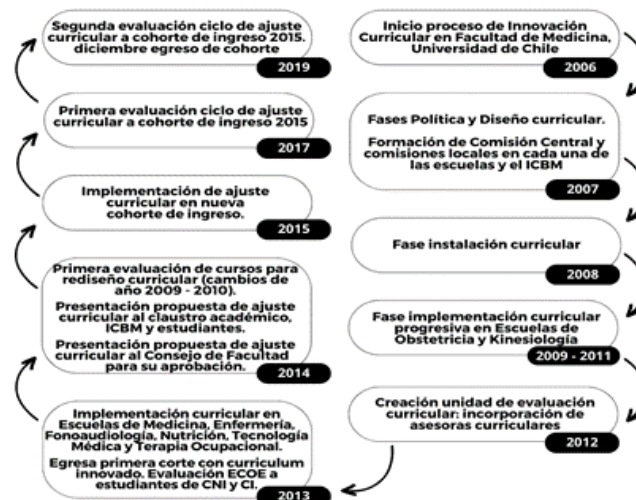


Figura n°1. Línea de tiempo de la Innovación Curricular de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile realizada entre los años 2006- 2019

Este proceso comprendió cinco fases: Política, Diseño, Instalación, Implementación y Evaluación. La fase Política, definió la formación de comisiones locales de innovación curricular (INCURR) que se coordinó con una comisión central de Innovación Curricular, con representantes de las 8 carreras de la facultad.

En las fases de Diseño e instalación, la Escuela de Obstetricia conformó la comisión local de innovación curricular, cuyo objetivo fue conducir el proceso y definir el Perfil de Egreso, así como articular la formación basada en competencias considerando aspectos macrocurriculares y microcurriculares. Se conformó por académicos de las cuatro áreas disciplinares (Obstetricia, Ginecología, Neonatología, Salud Pública), representantes estudiantiles, y expertos en currículum (9,11). A su vez, la fase de Implementación se inició en 2009, donde junto a la carrera de Kinesiología se implementó el plan de estudios innovado, siendo ambas carreras pioneras en el cambio progresivo de un currículum por competencias. El egreso de la primera cohorte de estudiantes con el nuevo currículum fue en el año 2013. Las otras seis carreras que forman parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile implementaron el plan de estudios innovado en el año 2013. La Dirección de la Facultad de Medicina, creó en ese mismo año la Unidad de Evaluación Curricular (UEC). Con este hito se da inicio a la fase de Evaluación del currículum a partir de las evaluaciones de los ciclos formativos señalados en el Modelo de Evaluación de la Facultad de Medicina (1,11).

I.- Descripción del primer periodo desde 2006 a 2014

Un aspecto relevante de la implementación del plan de estudios por competencias fue el fortalecimiento de la formación en el ámbito biopsicosocial, fundamentado en el cambio del modelo de atención en salud biomédico a uno biopsicosocial, para responder a las demandas de la población, al Modelo Educativo de la Universidad y a la adquisición de habilidades transversales de sus estudiantes. Por ello, se consideraron cuatro niveles de Inglés, respondiendo a la necesidad de un segundo idioma y las asignaturas del módulo de Integración Interdisciplinario Multiprofesional (MIIM), respondiendo a la necesidad de un aprendizaje colaborativo y una mirada interprofesional.

En la carrera, se creó la asignatura Interacción de las Ciencias Sociales en la Atención de Salud, caracterizada por la reorganización de los contenidos de las asignaturas denominadas: Sociología, Antropología, Ética, Psicología, Medicinal Legal y Desarrollo Profesional. Otro aspecto relevante fue la incorporación de la práctica clínica desde el primer nivel en el año 2009 (12).

Una vez egresada la primera cohorte de este nuevo plan de estudios (12), se propone una modificación y adecuación de la malla curricular de acuerdo a los criterios asumidos por las otras 6 carreras de la Facultad, que implementaron el currículum el año 2013, resguardando el número de asignaturas y créditos por semestre, para asegurar una formación de calidad de acuerdo a los tiempos que cada estudiante requiere para su óptimo aprendizaje (11).

Durante este proceso se utilizaron diferentes documentos propios de la comisión local, los cuales fueron, la encuesta de evaluación docente de las asignaturas desde su implementación el año 2009, informe o bitácora realizada por estudiantes de los primeros niveles, informe estudiantil de quienes formaron parte de la comisión local de Innovación curricular, informe de los Profesores Encargados de asignaturas (PEC) de toda la carrera, resultados ECOE e informe de ICBM (Instituto de Ciencias Biomédicas) sobre propuesta de ajuste para las asignaturas de Ciencias básicas del plan de estudios de la carrera. Cabe señalar que la bitácora estudiantil evidenció la gran carga horaria que tenían en algunas asignaturas y la sobreestimación de créditos asignados en otras.

Dado el trabajo realizado por el estamento estudiantil, quienes participaron activamente en INCURR se les certificó su participación como una asignatura electiva que se denomina "Curso de Formación General" (CFG). Los hitos finales del proceso que fueron los cimientos del ajuste curricular están sistematizados en la Tabla 1, la cual se basa en una revisión retrospectiva realizada el 2014.

Tabla 1. Hitos finales del procesos de ajuste curricular 2006

Hito	Descripción
Hito 1	Mediante un ECOE realizado a egresadas/os a finales del año 2013, se enfatizó en la evaluación de las competencias del ámbito Genérico Transversal. Contó con 5 estaciones con una duración de trece minutos c/u. Este proceso fue aplicado en las cohortes no Innovada e innovada a estudiantes que participaron de manera voluntaria.
Hito 2	La evaluación del primer ciclo se realizó en el segundo semestre del 2014 en conjunto con todas las carreras de la Facultad de Medicina que implementaron el currículo por competencia el año 2013. Se revisaron los Programas de las asignaturas de los cuatro primeros semestres de la carrera - denominado de ahora en más como ciclo 1, determinando si las competencias declaradas en cada asignatura, más el propósito formativo y resultados de aprendizaje, contribuían total o parcialmente a lo declarado en el Perfil de egreso. Lo anterior evidencia la coherencia y pertinencia microcurricular.
Hito 3	Se analizó la propuesta de ajuste del ICBM para las asignaturas de ciencias básicas, la cual fue presentada a la Comisión local de INCURR. Se evidenció que estas asignaturas representaban un 15% de los créditos de Ciencias Básicas, comparado con el resto de las carreras de la Facultad que representaban alrededor de un 20% del total de créditos. A raíz de este análisis se entregó una propuesta para el ajuste curricular a ser realizado desde el 2015.
Hito 4	Se presentó la propuesta de INCURR al claustro académico. Posteriormente se recibieron propuestas de ajustes, las cuales fueron sistematizadas en una jornada participativa en enero del año 2014, donde se revisó el creditaje y el número de asignaturas por semestre, considerando la sobrecarga declarada por estudiantes y PEC. Además, se rediseñaron las asignaturas que no lograron la integración esperada y otros como las prácticas clínicas, las cuales estaban agrupadas en una sola asignatura que contenía todo el creditaje semestral, situación que impedía el avance curricular en caso de reprobación de alguna de ellas. Junto a lo anterior, se corrigieron los requisitos de las asignaturas. Finalmente se presenta a los académicos del ICBM y estudiantado de la carrera obteniendo así una propuesta única de cambios, consensuada y elaborada entre estudiantes y académicos.
Hito 5	La propuesta final fue presentada al Consejo de Facultad a mediados del año 2014, siendo aprobada por unanimidad, la cual fue implementada a partir de la cohorte de ingreso el año 2015 en el proceso de ajuste curricular.

Como reflexión y aprendizaje de esta primera parte del proceso fue necesario considerar la capacitación de toda la comunidad universitaria en los procesos independientes de innovación y ajuste curricular de un currículo por competencias, para crear apertura a los cambios curriculares, evitando resistencia durante el proceso. También es importante considerar en la validación del perfil de egreso a las personas usuarias del sistema de salud para objetivar las demandas comunitarias.

Este proceso evidenció sobrecarga académica para el estudiantado y equipo docente. Finalmente, fue necesario una capacitación constante del equipo docente en educación en ciencias de la salud, lo que permitió mejorar los instrumentos de evaluación utilizados en la formación profesional de la carrera.

Reflexión del segundo periodo desde 2015 y 2019

El cambio más relevante luego de actualizar el Perfil de egreso que incorporó el enfoque de género, fue el rediseño de las competencias. Las competencias del ámbito clínico se replantearon de forma integral, sin distinción por áreas disciplinares de formación.

Otro cambio importante fue la incorporación de los módulos de Educación Emocional en la formación profesional, desarrollados en las asignaturas de Ciencias Sociales y Salud. Con respecto al resto de las asignaturas, las competencias se adecuaron respecto a la matriz de progresión de competencias, declarando una competencia específica para las asignaturas de ciencias básicas. En el ajuste se mantuvieron los cuatro niveles de Inglés y los CFG en sus tres líneas; Deporte, Arte, Actividad Física (DAAF), Desarrollo Personal y Compromiso Ciudadano, y los MIIM se dictan para las 8 carreras en un mismo semestre.

En el proceso de ajuste curricular se realizaron dos evaluaciones de ciclo, los años 2017 y 2019 respectivamente. Durante la evaluación del primer ciclo se evaluaron las competencias correspondientes a los cuatro primeros semestres de la carrera, donde las áreas disciplinares evaluadas fueron control prenatal, parto, recién nacidos, puerperio y regulación

de la fertilidad, considerando las áreas temáticas de curso de vida, fundamento; pensamiento y comunicación efectiva y afectiva.

Durante la evaluación del segundo ciclo se evaluaron las competencias desarrolladas entre el quinto y el octavo semestre de la carrera y se consideró la evaluación de los ámbitos: clínico, gestión, investigación y genérico transversal, considerando las áreas temáticas de modelo de atención de curso de vida, pensamiento crítico, toma de decisiones, investigación, gestión y genérico-transversal.

Es importante mencionar que en el segundo ciclo, el nivel de desarrollo de las competencias y subcompetencias deben estar en el grado más alto, diferenciándose del ciclo 3 (práctica profesional) en el nivel de autonomía y toma de decisiones del quehacer profesional (11).

El diseño de la evaluación curricular comprendió diez etapas desarrolladas por INCURR, las cuales consideran, en una primera fase, la revisión de los programas de asignaturas junto con la matriz de progresión declarada y en segundo lugar la aplicación de situaciones clínicas donde participan estudiantes. Todo lo anterior se describe con detalle en la Tabla 2.

Como resultados y puntos claves, se identificaron fortalezas y debilidades de ambos procesos. En la primera evaluación de ciclo, destacaron como aspectos positivos, el trato respetuoso desde el estudiantado hacia la usuaria, autonomía en la toma de sus decisiones en relación a la aplicación de tratamientos, acciones y a la entrega de contenidos educativos. En relación a las debilidades encontradas, se identificó falencias en la comprensión lectora, en la integración y fundamentación de contenidos y acciones, así como también en la identificación de las acciones propias del profesional matrona/matrón.

En la segunda evaluación de ciclo se detectaron nuevas falencias, en relación a la falta de precisión y orientación de la anamnesis y evaluación del contexto de cada situación evaluativa, falta de comunicación a la usuaria del resultado de la valoración de su estado de salud, ausencia de valoración fetal al mismo tiempo de la evaluación de la gestante, falta de evaluación de la adherencia a tratamientos, registro de actividades incompleto, ausencia de lectura de brazalete del recién nacido y lavado de manos posterior a la atención. Finalmente, se detectó una

falta en la integración de los contenidos teóricos de gestión e investigación en la toma de decisiones prácticas y en el desarrollo de la investigación cuantitativa. Cabe señalar que en estas evaluaciones de ciclo existió como debilidad la temporalidad de aplicación, ya que se aplicaron con un semestre de re-

Tabla 2. Etapas de la Evaluación curricular de primer y segundo ciclo de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Etapas	Descripción de actividades en cada etapa
Fase 1	
1. Revisión de los programas de las asignaturas	En ambas evaluaciones curriculares se revisaron todos los programas de las asignaturas de los 8 semestres de la carrera para cautelar aspectos microcurriculares.
2. Análisis de las competencias y subcompetencias.	Se analizaron todas las competencias y subcompetencias de los ámbitos curriculares, evidenciando la trayectoria de cada una en una matriz de progresión de competencias y subcompetencias.
3. Clasificación de aspectos macrocurriculares	Se clasificaron competencias, subcompetencias y resultados de aprendizajes según las taxonomías del ámbito cognitivo, afectivo y psicomotriz, utilizando la taxonomía de Bloom.
4. Selección de competencias y subcompetencias para la primera y segunda evaluación de ciclo	Se definen criterios de selección de competencias y subcompetencias, las cuales fueron evaluadas en la evaluación del primer ciclo (primeros 4 semestres de la carrera). Esta etapa se replica para la segunda evaluación de ciclo.
5. Análisis de los contextos de aprendizaje	Se analizaron los contextos de aprendizaje, los indicadores de logro para cada nivel y su respectivo alineamiento con los resultados de aprendizaje de las asignaturas que tributan a las competencias y subcompetencias seleccionadas, considerándose sólo los resultados de aprendizaje que estaban alineados con las competencias y subcompetencias de la Matriz* de Evaluación del Ciclo 1.
6. Tabla de especificaciones	Se elaboró una tabla de especificaciones que agrupó a los resultados de aprendizaje por temática y nivel de aprendizaje.
Fase 2	
7. Diseño de situaciones evaluativas	Se diseñaron situaciones evaluativas por cada área de desempeño. En la evaluación del primer ciclo, se consideraron control prenatal, recién nacido, parto, puerperio y regulación de la fertilidad. En la segunda evaluación de ciclo se consideraron atención primaria, obstetricia, neonatología, enfermería médico quirúrgica, gestión e investigación.

Etapas	Descripción de actividades en cada etapa
8. Diseño de instrumentos de evaluación	Se diseñaron instrumentos de evaluación para cada de las situaciones evaluativas, utilizando como criterios la pertinencia, viabilidad técnica, recursos físicos y humanos disponibles para la ejecución del proceso de evaluación. También se consideraron por cada situación una pauta de respuestas o blueprint y una rúbrica que solo contenía tres niveles de logro; bajo estándar, estándar y sobre estándar.
9. Aplicación de la evaluación	<p>La primera evaluación de ciclo se realizó en agosto de 2017, durante 2 horas, fue realizada por 9 docentes en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 45 estudiantes fueron distribuidos/as en 2 salas, y la asignación de las situaciones evaluativas (2 casos por estudiantes) fue aleatoria con las instrucciones de leer en la descripción del caso.</p> <p>Mientras que la evaluación del segundo ciclo se realizó en marzo de 2019, en la Unidad de Simulación Clínica del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido y en una sala de la Facultad de Medicina para los casos de gestión e investigación, los 24 estudiantes fueron distribuidos de manera aleatoria, 8 desarrollaron el caso del ámbito de investigación, 8 el del ámbito de gestión y 8 las situaciones del ámbito clínico.</p>
10. Análisis de los resultados y elaboración del informe final	Se analizaron las respuestas a las situaciones evaluativas de acuerdo al porcentaje de respuestas que se encontraron bajo, sobre y en estándar. En cada evaluación de ciclo fueron identificadas fortalezas y debilidades curriculares, las cuales se especifican a continuación. El informe final consideró la propuesta de estrategias de mejora para el cumplimiento del perfil de egreso basado en competencias.

trazo. Otra falencia organizativa fue la participación estudiantil voluntaria en la evaluación de segundo ciclo, la cual debió ser obligatoria en ambas evaluaciones y en todas las situaciones evaluativas.

En el análisis de ambas evaluaciones de ciclo se evidenció que aún persistían asignaturas cuyos resultados de aprendizaje no estaban en línea con el desarrollo de competencias y un vacío curricular en algunas competencias del ámbito clínico al realizar la evaluación del segundo ciclo.

Como reflexión del segundo proceso, es necesario aumentar la formación docente en el cuerpo académico, especialmente en metodologías evalua-

tivas. Durante el segundo periodo, se implementaron cursos de formación en uso de TIC (tecnología de la información y la comunicación), metodologías evaluativas, metodologías didácticas y formación por competencias, entregados por la Unidad de Perfeccionamiento docente de la Vicerrectoría de Pregrado de la Universidad de Chile.

Si bien los resultados obtenidos no son absolutamente concluyentes por lo planteado anteriormente, para el equipo docente que estuvo a cargo de esta actividad fue una experiencia muy enriquecedora, ya que permitió estar mejor preparados para evaluar el logro de las competencias clínicas en la práctica profesional de esta cohorte.

Finalmente, el realizar las evaluaciones a tiempo permitió implementar estrategias de mejora en la formación del pensamiento crítico y fundamentación del actuar profesional, así como también aumentar la oferta de evaluaciones formativas en las asignaturas de tercer y cuarto nivel, intencionado didácticas que profundizaron en la fundamentación, mejorando finalmente el currículum.

CONCLUSIÓN

La innovación curricular en base a una formación por competencias implementada por la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile fue un proceso progresivo que abarcó varias fases, desde el diseño, la implementación y la evaluación. Este proceso, inicialmente estuvo limitado por una escasa habilitación docente en el modelo de formación por competencias y la resistencia que generan los cambios.

En todo el proceso fue fundamental el trabajo de la Comisión de Innovación Curricular de este plantel, que tuvo un rol activo y permanente que permitió el seguimiento y evaluación de la innovación en cada uno de las asignaturas y programas, identificando aspectos de mejora continua y estableciendo los ajustes del perfil de egreso con sus competencias incorporando el enfoque de género.

El trabajo colaborativo de los miembros de esa comisión, con participación de directivos, académicos, estudiantes y con el apoyo experto de asesoras curriculares, favoreció la reflexión sistemática, consciente y crítica, mejorando la comprensión del proceso y ayudando a la toma de decisiones.

Las evaluaciones de ciclo permiten identificar fortalezas y debilidades, retroalimentar de manera oportuna los programas y sistematizar los procesos, de este modo se logra visualizar con claridad los ajustes necesarios en el currículo. Asimismo, la evaluación de la implementación en cada uno de los ciclos generó aprendizajes e insumos académicos para un futuro ajuste curricular. Es de suma importancia implementarlas a tiempo para poder realizar cambios y adecuaciones curriculares que permitan cumplir con el perfil de egreso y con el plan de estudios. En nuestro caso, se fortaleció la formación del pensamiento crítico y de la fundamentación del actuar profesional.

La formación basada en competencias evidencia un fortalecimiento en los ámbitos psicosocial, interdisciplinario y multiprofesional del estudiantado, obteniendo una formación integral para un futuro desempeño profesional humanizado y de calidad. Este aspecto fue reconocido por nuestros pares nacionales e internacionales quienes solicitaron apoyo para sus propios procesos curriculares.

AGRADECIMIENTOS

A todas y todos los académicos del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido que tuvieron injerencia en la implementación del currículum basado en competencias y a los miembros de la Comisión de Innovación Curricular, actual Comisión de Desarrollo Curricular (CODECU) en especial los que participaron en la evaluación de ciclo 1 y 2 del currículum ajustado. Agradecemos también a la unidad de asesoría curricular de la Facultad de Medicina por su aporte y la capacitación del equipo docente y a los representantes del estudiantado. Al espacio institucional donde se ha guiado y analizado el proceso de Innovación curricular, ajuste curricular y evaluación de ciclo, desde donde surge la necesidad de comunicar nuestra experiencia. A Solange Soto, asesora curricular de la Facultad de Medicina, por el aporte y guía en todo este proceso.

REFERENCIAS

1. **Sepúlveda C.** La innovación curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev Hosp Clin Univ Chile.* 2013;25:5-12. Disponible en: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/747.pdf>
2. **Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA).** Modelo Educativo de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Documento de difusión interna. Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2012.
3. **León A., Risco del Valle E., Alarcón C.** Estrategias de aprendizaje en educación superior en un modelo curricular por competencias. *Rev. educ. sup.* 2014;XLIII(172):123-44. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-27602014000400007&script=sci_abstract
4. **Grupo Operativo de Universidades Chilenas - Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA) - Ministerio de Educación de Chile.** Diseño curricular basado en competencias y aseguramiento de la calidad en la educación superior. Ayarza H, González L., editors. 2008. Disponible en: <https://cinda.cl/publicacion/disenio-curricular-basado-en-competencias-y-aseguramiento-de-la-calidad-en-la-educacion-superior/>
5. **Sacristán J.** El currículum: una reflexión sobre la práctica. Séptima edición. Ediciones Morata S. L., editor. Madrid; 1998. Disponible en: https://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Gimeno_Sacristan_Unidad_3.pdf
6. **Le Boterf G.** Ingeniería de las competencias [Internet]. España: Gestión 2000; 2001. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=25483>
7. **Tardif J.** Desarrollo de un Programa por Competencias: De la intención a la puesta en marcha. (Traducción de *Pedagogie collégiale*. Vol. 16. No. 3 Mars 2003 por Óscar Corvalán). 2003;
8. **Hawes G.** QBC Currículum Basado en Competencias [Internet]. Manuscrito no publicado. Talca: Universidad de Talca; 2005. Disponible en: <https://gustavohawes.webs.com/Educacion%20Superior/2005%20QBC%20Curriculum%20Basado%20en%20Competencias.pdf>

9. Armanet L., de Barbieri Z. Proceso de innovación curricular en la Facultad de Medicina de Universidad de Chile. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2009;20:345-8. Disponible en: https://www.red-clinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/proceso_innovacion_curricular.pdf

10. Armanet L, Astorga L, Corvalán F, Fuentes F, Moraga A, Pizarro M, et al. 1er Seminario de Experiencias de Innovación Curricular. Universidad de Chile [Internet]. Santiago de Chile: Casa Central de la Universidad de Chile; 2016. 1-53 p.

11. Riveros X. Modelo de Evaluación para los currículos basados en competencias de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Documento de difusión interna. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2013.

12. Sepúlveda C. C, Bonilla G. H, Elgueta V. P, Binfa L, Díaz M, Carreño E, et al. Caminando hacia la Implementación del Currículum por competencias. Carrera de Obstetricia y Puericultura 2007 - 2009. Documento de difusión interna. Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2009.

Atención de Matronería en Prematuro con Enterocolitis Necrotizante: prevención y pesquisa de factores de riesgo.

Midwifery care of Preterm newborn with Necrotizing Enterocolitis: prevention and screening for risk factors.

Patricia Cerda Neira¹, Marcelo Flores Pérez², Greisny Fee Azócar Garcés³

¹Matrona, Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Magíster en Enfermería Pediátrica y Neonatología. Unidad Paciente Crítico Neonatal, Hospital Regional Antofagasta.

²Matrón, Licenciado en Obstetricia y Puericultura. Unidad Paciente Crítico Neonatal, Hospital Regional Antofagasta.

³Matrona, Académica Departamento de Salud Fetal y Neonatal, Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Valparaíso

*Autor para correspondencia: patricia.cerdan@postgrado.uv.cl

RECIBIDO: 19 de Junio de 2023
 APROBADO: 23 de Enero de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.3755

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES
 ESTE TRABAJO SE DESPRENDE DE UN TRABAJO DE ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGÍA

Palabras claves: Enterocolitis necrotizante, Calostro, Recién nacido prematuro, Unidad de cuidado intensivo neonatal.

Key words: Necrotizing enterocolitis, Colostrum, Premature newborn, Neonatal intensive care unit.

RESUMEN

La enterocolitis necrotizante (ECN) es una enfermedad inflamatoria aguda del intestino que afecta principalmente al recién nacido prematuro (RNPT) y es una de las principales causas de morbimortalidad en la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN). Desde un punto de vista clínico, la ECN puede ser difícil de distinguir de otras enfermedades y condiciones comunes al RNPT. En este estudio de caso, se analizará a un RNPT 30 semanas, quien inició estímulo enteral trófico con fórmula artificial recién a los 6 días de vida, sin recibir leche materna en ningún momento de su hospitalización. Posteriormente es evaluado por cirugía infantil ya que evoluciona con vómito, residuo gástrico bilioso y distensión abdominal; asociados apneas y anemia. Se plantea diagnóstico de ECN en etapa inicial, evolucionando hasta perforación intestinal con resolución quirúrgica. Dentro de las actividades de cuidados en matronería que se derivan del análisis, incluyen identificar factores preponderantes a una ECN, sobre todo el cómo iniciar el estímulo trófico en el RNPT, fortaleciendo el área biopsicosocial materno con respecto a la

lactancia. También identificar signos y síntomas de forma precoz y oportuna, así como plantear mejoras o estrategias para disminuir la incidencia de esta patología.

ABSTRACT

Necrotizing enterocolitis (NEC) is an acute inflammatory bowel disease that primarily affects the preterm newborn (PTNB) and is a leading cause of morbidity and mortality in the neonatal intensive care unit (NICU). From a clinical point of view, NEC can be difficult to distinguish from other diseases and conditions common to PTNB. In this case study we will analyze a 30-week-old PTNB, who started trophic enteral stimulation with artificial formula only at 6 days of life, without receiving breast milk at any time during his hospitalization. Subsequently evaluated by pediatric surgery; because he evolves with vomiting, bilious gastric residue and abdominal distension; associated apneas and anemia. The patient was diagnosed with Dg. of NEC in initial stage, evolving to intestinal perforation with surgical resolution. Among the midwifery care activities derived

from the analysis, they include the identification of factors preponderant to NEC, especially how to initiate the trophic stimulus in the PTNB, strengthening the maternal biopsychosocial area with respect to breastfeeding. Also to identify signs and symptoms in an early and timely manner, as well as to propose improvements or strategies to reduce the incidence of this pathology.

INTRODUCCIÓN

El periodo neonatal es la etapa más vulnerable en la vida del ser humano, dado a que se enfrentan a una serie de factores agresivos y contrarios a su óptimo desarrollo, experimentando cambios significativos a fin de mantener la homeostasis y adaptación a la vida extrauterina.

Entre los múltiples trastornos asociados a la prematuridad se encuentra la Enterocolitis necrotizante (ECN), patología impredecible que puede traer consecuencias perjudiciales para la salud, afecta principalmente a los recién nacidos prematuros y es la urgencia quirúrgica gastrointestinal más frecuente en UCIN. Se considera que un 2 a 5% de las hospitalizaciones en UCIN en el mundo presentan ECN. Entre 85 a 90% afecta a los RNPT menores de 1.500 gramos y/o menores de 32 semanas. La incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional (EG) y varía de 1 a 3 por 1.000 recién nacidos vivos. **(1)**

La incidencia de ECN en Chile es de 0,3 a 2,4 por mil recién nacidos vivos, siendo principalmente afectados los neonatos prematuros, y de 8 a 12% en prematuros bajo los 1.500 gramos. **(2)**

La tasa de letalidad por ECN es de un 15 a 30%, pudiendo elevarse desde un 40 a un 50% en los casos complicados que requieren resolución quirúrgica, resultando mayor riesgo a menor EG y menor peso de nacimiento. Es la primera causa de muerte por patología gastrointestinal en recién nacidos de pretérmino con muy bajo peso de nacimiento (< 1.500 g); no obstante, gran número de pacientes con ECN responden a tratamiento médico y entre un 20 a 60% de los casos requiere cirugía. **(1)**

La enterocolitis necrosante (ECN) corresponde a una necrosis isquémica, inflamatoria y difusa de la mucosa y submucosa del tracto gastrointestinal con mayor afección de la región ileocecal **(3)**. A pesar de décadas de investigación, la patogenia y fisiopatología de esta enfermedad multifactorial sigue sin es-

tar del todo clara, el diagnóstico puede ser difícil y el tratamiento continúa siendo un reto. Se presenta con mayor frecuencia entre el 4° y 10° día de vida, sin embargo, puede hacerlo desde el primer día hasta varias semanas después del nacimiento; a menor peso de nacimiento tiende a manifestarse más tardíamente. **(4)**

La fisiopatología es compleja y en ella participan múltiples factores de riesgo que pueden ocasionar la enfermedad en un RN susceptible. **(5)** Aunque no está bien comprendida, se ha propuesto que la perfusión intestinal, la colonización entérica por microorganismos y la inflamación de la mucosa intestinal son pilares fundamentales en su patogénesis. **(6)**

En diversos estudios se tiene la teoría de que la interacción de inmadurez intestinal, alteración de la microbiota, alimentación enteral e isquemia inicia la lesión del tracto gastrointestinal y causa una respuesta inflamatoria aumentada del sistema inmune, sobre-reacción de las células epiteliales del intestino inmaduro y activación de receptores toll-like. Esto ocasiona disrupción y apoptosis del enterocito, alteración de la integridad de la barrera epitelial, disminución de la capacidad de reparación de la mucosa y aumento de la permeabilidad intestinal, seguida de la liberación de varios mediadores proinflamatorios que producen inflamación transmural continua o discontinua del intestino delgado o grueso y disfunción microcirculatoria, lo que resulta en daño de la mucosa y del tejido epitelial con isquemia y necrosis. **(7) (8)(9) (10)**.

Con respecto a los factores de riesgo los podemos dividir en cuatro categorías:

1. Factores de riesgo prenatales.
 - 1.1. Consumo de cocaína en el embarazo **(11)**
 - 1.2. Doppler fetal alterado **(12)**
 - 1.3. Ausencia del uso de esteroides prenatales **(13) (1)**
 - 1.4. Otros: Síndrome hipertensivo asociado al embarazo. RCIU. El uso de antibióticos previos al parto, embarazo múltiple, corioamnionitis, abrupción de placenta y el uso de indometacina para tocólisis.
2. Factores de riesgo inherentes a las características del recién nacido.
 - 2.1. Prematuridad **(5)(14)**
 - 2.2. Bajo peso para la edad gestacional (BPEG) **(5)**
3. Factores de riesgo derivados del tratamiento y los cuidados brindados al neonato.
 - 3.1. Alimentación enteral **(5)**
 - 3.2. Transfusiones sanguíneas **(9)**

3.3. Antimicrobianos (15)

4. Factores de riesgo derivados de las comorbilidades que presenta el neonato.

4.1. Cardiopatía congénita

4.2. Ductus arterioso persistente (DAP) (5)

4.3. Policitemia (5)

Como estudio de caso es importante mencionar el manejo preventivo utilizado en la actualidad y en proceso de investigación, entre estos tenemos:

Corticoides, muestra efectos sobre la maduración enzimática y de microvellosidades intestinales sugiriendo un efecto protector frente a ECN, siendo más eficaz cuando el tratamiento se hace intraútero (16) (17) (18).

La leche materna, contiene agentes protectores que incluyen IgA, lactoferrina, lisozima, macrófagos, linfocitos y otras enzimas. Otro elemento importante es su contenido en PAF-acetilhidrolasa, enzima que impide la actividad del PAF, que constituye un mediador importante en la cascada de la enfermedad. (17)

Antibióticos como la vancomicina, gentamicina y kanamicina han comprobado bajar la incidencia de la enfermedad en prematuros. Su uso prolongado puede facilitar la aparición de cepas resistentes, por lo que su uso en profilaxis no es totalmente aceptado. (16) (17)

Inmunomodulación a través de la administración exógena de IgA e IgG se ha comprobado su beneficio sobre la barrera intestinal y la translocación bacteriana. El factor estimulante de colonias de granulocitos mejora la función de la barrera intestinal y la supervivencia. La Interleukina 11 estimula la hematopoyesis, tiene efecto trófico en la mucosa, y resguarda la integridad intestinal frente a situación de isquemia. (16) (17)

Probióticos como Lactobacilos acidófilos y Bifidobacterium infantis, han reportado resultados alentadores. Se ha comprobado que estos microorganismos participan en la protección intestinal directa, colaboran al crecimiento de otras bacterias benignas e impiden la penetración de bacterias patógenas al aumentar la resistencia de la mucosa intestinal. (19) (20)

El siguiente trabajo se plantea como objetivo general analizar la atención del recién nacido prematuro hospitalizado en cuidados intensivos, centrada en la detección oportuna de factores de riesgo y signos de alarma de enterocolitis necrotizante, para brindar una atención integral y de calidad.

Como objetivos específicos se formulan los siguientes:

1. Describir un caso clínico sobre un recién nacido prematuro de 32 semanas hospitalizado en cuidados intensivo neonatal con diagnóstico de enterocolitis necrotizante.

2. Definir la fisiopatología, factores de riesgo y manejo actual en los recién nacidos con enterocolitis necrotizante.

3. Identificar el manejo y cuidado óptimo de matronería en pacientes con factores predisponentes para desarrollar enterocolitis necrotizante.

4. Proponer estrategias para la identificación temprana de factores de riesgo y signos de alarma para enterocolitis necrotizante.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes del embarazo y Parto

Madre de 40 años, G2P2A0V2. Embarazo de 30 semanas, por fertilización in vitro, sin estudio para Streptococcus grupo B, Rotura prematura de membranas (RPM) de 88 hrs. de evolución, profilaxis antibiótica con ampicilina 1gr.x 96 hrs. previo a cirugía, corticoterapia completa. Dentro de los exámenes prenatales destacan hematocrito (Hcto) 29,6 % Hemoglobina (Hb) 10 mg/dl. Flujo vaginal indica vaginosis.

Fecha de Parto: 03.11.2022

Tipo de parto: Cesárea urgencia por prociencia de pie con RPM 88 hrs.

Antecedentes de la atención neonatal inmediata

Sexo masculino, peso 1530 grs. talla: 38,5 cm CC: 28 cm. CT: 26 cm. Apgar 7- 9. Nace con relativo esfuerzo ventilatorio. Se realiza atención habitual; se apoya con CPAP PEEP +5 saturando óptimo.

Diagnóstico de ingreso a UCI neonatal

1. RNPT 30 semanas, AEG,
2. Cesárea de urgencia por prociencia de pie
3. Síndrome de dificultad respiratoria en evolución

Diagnóstico de egreso UCI neonatal

1. RNPT 30 semanas, AEG
2. Síndrome de dificultad respiratoria
3. Observación de infección connatal tratada
4. Hipoprotrombinemia - hiperbilirrubinemia tratadas
5. Colonización por *S. epidermidis* en punta de catéter
6. Sepsis tardía foco abdominal tratada
7. Anemia multifactorial / Politransfundido
8. Segunda Sepsis tardía tratada
9. DAP residual + Foramen oval permeable
10. Enterocolitis necrotizante perforada operada
11. Perforación de colon transverso; resección + anastomosis término terminal
12. Post operatorio tardío segunda perforación intestinal + dehiscencia de puntos de sutura de pared abdominal + Evisceración
13. Tercera sepsis tardía por problema respiratorio
14. Bronconeumonía asociada a ventilación mecánica

Cuadro Esquemático de la evolución del RN durante su hospitalización (véase Tabla 1).

METODOLOGÍA

Los datos utilizados en esta tesis, fueron recolectados, a través de la observación sistemática controlada de ficha clínica neonatal, cumpliendo con los principios éticos fundamentales, el respeto a la dignidad humana, justicia y confidencialidad, cuidando el anonimato del paciente y su familia.

Además de una revisión extensa de la literatura científica en relación con el tema principal desarrollado en este caso clínico, articulando en torno a las principales variables que influyen en la evolución del neonato.

DISCUSIÓN

Es de suma importancia detectar de manera temprana los factores de riesgo para desarrollar ECN, disminuir la exposición a dichos factores y a su vez emplear medidas preventivas las que permitan evitar la evolución de la enfermedad.

Los factores presentes en este caso clínico como Rotura prematura de membranas de 88 horas, madre con tratamiento antibiótico, corticoterapia comple-

ta de forma prematura sin dosis de refuerzo. RNPT con anemias recurrentes, politransfundido, con múltiples esquemas antibióticos, sin apoyo de probióticos y uno de los más importantes, sin ingesta de leche materna, recibiendo solo fórmula artificial durante su estadía hospitalaria, son compatibles con los expuestos en la literatura y la evidencia científica para el desarrollo de una ECN, por lo tanto, es de vital importancia que el profesional matron/na debiera estar siempre en alerta frente a este tipo de factores.

El papel de la matronería en estos pacientes se ha ido desarrollando a medida que ha incrementado la necesidad de cuidados específicos, principalmente relacionados con la nutrición y el soporte vital de los RNPT. El cuadro clínico es sutil e inespecífico en la mayoría de los casos de ECN y requiere observación cuidadosa del profesional, para que los primeros síntomas no pasen desapercibidos.

Actualmente, un punto importante a nivel de cuidados de matronería es evaluar el índice de riesgo de tener ECN en un RNPT, para esto hay estudios que están en proceso de evaluación. Estudios de Índice de riesgo de ECN; a pesar de que se conocen varios factores de riesgo asociados y ciertos factores protectores modificables, la evaluación del riesgo de la ECN es un desafío en la práctica clínica, por lo que es interesante tener un modelo predictivo para el riesgo ECN que pueda utilizarse en cuantificar riesgos individuales, programando medidas diagnósticas o terapéuticas.

Existe una escala predictiva GutCheckNEC (21) (**Anexo. Tabla 2**) validada para cuantificar el riesgo de ECN. Sin embargo, su utilidad clínica aún no ha sido evaluada. Esta herramienta está diseñada para mejorar la comunicación sobre el riesgo de ECN y la coordinación de los cuidados médicos y de matronas/es a lo largo del curso clínico del neonato. Por lo que su uso a nivel de matronería como cualquier tipo de score es de gran utilidad para bajar los índices de esta patología.

Actualmente la UCIN, en general, el manejo está orientado a la recuperación y rehabilitación del paciente con la patología ya instaurada en vez de tener una conducta más preventiva, un punto valioso que se debe reformular y mejorar en estas unidades, específicamente para abordar las ECN.

Ahora bien, a nivel de matronería, hay tres puntos estratégicos que se debe de enfocar:

1. Identificar tempranamente los factores predisponentes de Enterocolitis Necrotizante, de esta manera evitar su incidencia, progresión y disminuir su morbimortalidad. Así como aplicar algún tipo de Score ECN (21) en pacientes más preponderantes a padecer esta patología, advirtiendo y mejorando aquellos factores de riesgo. (Anexo. Tabla 2)

2. Difundir los perfiles epidemiológicos sobre esta patología para que el personal médico encargado del área Neonatal, se informe sobre la alta incidencia de Enterocolitis Necrotizante; buscar e investigar sobre tratamientos preventivos, alternativos o en estudio, como lo son los corticoides y los probióticos los cuales han demostrado ser eficaz en la prevención de esta patología.

3. Recomendar e incentivar al equipo médico y autoridades de salud, la administración temprana de estímulo enteral con leche materna, enfatizando que la adhesión y el seguimiento estricto de un determinado régimen estandarizado de esta alimentación reduce considerablemente el riesgo de enterocolitis necrotizante. Por su parte a nivel de matronería procurar su cumplimiento, a la vez protocolizar la administración de gotas de calostro a todos los recién nacidos prematuros, incluso aquellos menores de 28 semanas. Para esto es sumamente importante contar con matronas dedicadas 100 % al área de lactancia materna en todas las unidades neonatales, haciendo planes de mejora, educación continua a la madre, evaluar su entorno biopsicosocial, instaurar **Protocolos de Calostro**. Y como gran desafío a largo plazo, implementar un Banco de leche humana regional, donde se recepcione, almacene y distribuya, la leche materna para que todos los pacientes prematuros puedan tener acceso y de esta forma disminuir la incidencia de Enterocolitis necrotizante.

CONCLUSIÓN

1. La prevención de ECN debe estar sujeto a los antecedentes prenatales, como el uso de corticoterapia, antibióticos prenatales, RPM, RCIU.

2. La prematuridad es el factor de riesgo más importante para desarrollar enterocolitis necrotizante (ECN). Siendo el riesgo mayor cuanto menor es la edad gestacional

3. Los recién nacidos prematuros alimentados con leche materna o materna donada, presentan menor incidencia de ECN y de ECN que precise cirugía.

4. Las especies probióticas no patógenas añadidas a la fórmula de prematuros disminuyen la incidencia de ECN, de sepsis nosocomial, y la mortalidad por todas las causas en RN de muy bajo peso (RNM-BP)

5. La alimentación trófica precoz con leche materna no aumenta el riesgo de ECN y el retraso en el inicio de la alimentación no disminuye la incidencia de ECN.

6. Instaurar estrategias de forma temprana, que permitan identificar los factores de riesgo y signos de alarma para enterocolitis necrotizante con el objetivo de reducir significativamente la incidencia de esta patología. Estrategias señaladas en la discusión tales como, aplicar un Score de ECN a todos los RNPT con factores asociados, difundir la situación epidemiológica, aplicar tratamientos alternativos y en estudio y por sobre todo establecer protocolos de calostro en todas las UCIN, contribuirán de forma efectiva a la disminución de casos de esta enfermedad.

7. Por todo lo expuesto, es de suma importancia que el personal de salud en especial de matronería, pueda identificar a tiempo los factores de riesgo estudiados de ECN, a su vez aplicar medidas preventivas en la UCIN, así disminuir los índices de esta patología, días de hospitalización, además de las complicaciones y secuelas que se pueden presentar a futuro.

REFERENCIAS

1. **Alejandra Sandoval C. Fernanda Cofré S. Mariluz Hernández E.** Caracterización clínico-epidemiológica de las enterocolitis necrosantes neonatales de siete hospitales públicos. Rev. chil. infectol. vol.37 no.6 Santiago dic. 2020.

2. **Mena P, Mülhausen G, Novoa J, Vivanco G.** Guía Nacional de Neonatología. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 2005. p 339-343

3. **Estefanie Bonilla Cabana Larisa Ramírez Sandí Paulina Rojas Masís.** Enterocolitis necrotizante Med. leg. Costa Rica vol.37 n.2 Heredia Sep./Dec. 2020. 3

4. **José Luis Tapia I. y Álvaro González M,** Neonatología tercera edición, Santiago, Chile, Editorial Mediterráneo 2012. c 59 p 683.

5. **Maria Eulalia Tamayo Pérez, María Victoria Arango Rivera, Carolina Tamayo Múnera.** Fisiopatología y factores de riesgo para el desarrollo de enterocolitis necrosante en neonatos menores de 1.500 g. *Iatreia* vol.19 no.4 Medellín Oct./Dec. 2006.
6. **Juana M. Guzmán Cabañas, M. Dolores Ruiz González.** Prevención de la enterocolitis necrotizante en el recién nacido. Unidad de Neonatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. Vol 10 N°5 páginas 295-297. Septiembre - Octubre 2012. ELSEVIER. 6
7. **Cernadas C.** Neonatología Práctica. 4th ed. Buenos Aires Bogotá: Panamericana; 2010.
8. **Lic. Marisol Hilario Lizana.** Cuidados de enfermería a pacientes con enterocolitis necrotizante. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de enfermería.. Lima, Perú 2017.
9. **Juan José Gasque-Góngora.** Revisión y actualización de enterocolitis necrosante.. Unidad de Neonatología, Hospital General O'Horán. Revista Mexicana de PEDIATRÍA Vol. 82, No. 5, 2015 pp 175-185.
10. **Muller M J, Paul T, Seeliger S.** Necrotizing enterocolitis in premature infants and newborns. *J Neonatal Perinatal Med.* 2016; 9 (3): 233-42. doi: 10.3233/NPM-16915130.
11. **Buyukunal C, Kilic N, Dervisoglu S, Altug T.** Abuso materno de cocaína que resulta en enterocolitis necrosante. Un estudio experimental en un modelo de rata. II. Resultados de los estudios de perfusión. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 396: 91-93.
12. **Bhatt AB, Tank PD, Barmade KB, Damania KR. J.** Velocimetría de flujo Doppler anormal en fetos con restricción de crecimiento como predictor de enterocolitis necrosante. *Post grado Med.*2002 julio-septiembre;48(3):182-5; discusión 185.
13. **Jorge Bordeu W., Claudio Vera P-G, MSc, Jorge Carvajal C.** Dosis repetidas de corticoides prenatales para mujeres en riesgo de parto prematuro para mejorar los resultados de salud neonatal. PhD *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.76 no.6 457 - 461. Santiago 2011.
14. **Lic. Guillermina Chattas.** Cuidados al recién nacido con enterocolitis necrotizante. *Revista de Enfermería Neonatal.* 2009, 2(5): 14-21.
15. **Hodzic Z, Bolock A M, Good M.** The role of mucosal immunity in the pathogenesis of necrotizing enterocolitis. *Front Pediatr* 2017; 5:40. doi: 10.3389/fped.2017.00040.
16. **Neu, J; Walker; A.** Necrotizing Enterocolitis. *N Engl J Med* 2011; 364: 255-64. 16
17. **Bathia, J.** Strategies to prevent necrotising enterocolitis. *Chinese Medical Journal* 2010; 123 (20): 2759-2765.
18. **Cuenca, E; Martínez, V; Mauri, V; et al.** Enterocolitis necrotizante neonatal: Factores de riesgo y morbimortalidad. *Rev. de Cir. Infantil* 2010. 18
19. **Claudia Manzano A., Diana Estupiñán G., Elpidia Poveda E.** Efectos clínicos de los Probióticos: Qué dice la evidencia. *Rev Chil Nutr* Vol. 39, N°1, Marzo 2012, págs.: 98-110.
20. **Miranda Novales María Guadalupe. Cruz García Edgar.** Uso de probióticos en Pediatría. *Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas* 2012 32 (2): 74-80.
21. **Gephart SM, Spitzer AR, Effken JA, Dodd E, Halpern M, McGrath JM.** Discrimination of GutCheck(NEC): a clinical risk index for necrotizing enterocolitis. *J Perinatol.* 2014 Jun;34(6):468-75. doi: 10.1038/jp.2014.37. Epub 2014 Mar 20. PMID: 24651734; PMCID: PMC4420242.

ANEXOS

TABLA 1. CUADRO ESQUEMÁTICO DE LA EVOLUCIÓN DEL RN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN

Semana	Fecha	Sistema/ámbito	Hito o evolución
N° 1 Edad gestacional 30 semanas	03-09/ 11/2022	FEN	Régimen cero, con nutrición parenteral , al 7° día inicia fórmula 2 cc.c/4 hrs.
		Respiratorio	En VMNI, Rx Tórax: escaso infiltrado intersticial, el día 3 pasa a CPAP, presenta episodios de apnea. Al 6° día no requiere O2 suplementario.
		Infecioso	Inicia antibióticos de primera línea, hemocultivos negativos, hemograma y proteína C normales. El séptimo día se encuentra termolábil.
		Neurológico	Inicia fenobarbital e/v por episodio que se interpretó como convulsión. Ecografía cerebral sin alteraciones.
		Quirúrgico	Residuos gástricos biliosos, muco-sanguinolento, Al 6° día de aspecto normal
N° 2 Edad Gestacional 31 semanas	10 -16/ 11/2022	FEN	Alcanza aporte enteral completo hasta 25 cc. c/4 hrs. sólo fórmula artificial, suspende nutrición parenteral
		Respiratorio	Día 14 presenta apneas, se traslada a UCIN para ventilación mecánica no invasiva.
		Infecioso	Suspende antibióticos de primera línea Induración en trayecto del CPC sin eritema. Screening de infección normal. Hemocultivos I - II negativos. Cultivo punta de catéter: Staphylococcus epidermidis con antibiograma. Inicia Vancomicina
		Neurológico	Electroencefalograma y niveles de Fenobarbital normales.
		Quirúrgico	Rx Abdominal: no impresiona patologías obstructivas y restrictivas.
N° 3 Edad gestacional 32 semanas	17 -23/ 11/2022	FEN	Régimen cero Día 20 logra tolerar 10 cc c/4 hrs.de fórmula láctea
		Respiratorio	Periodos de ventana entre CPAP y naricera, presenta apneas, no tolera suspensión de CPAP .
		Infecioso	Proteína C reactiva alta Adenovirus y Rotavirus (Negativos) Inicia Meropenem y suspende vancomicina
		Quirúrgico	Regurgita contenido gástrico bilioso Deposición amarillenta con mucosidad sanguinolenta, clínicamente sin distensión. Rx. abdomen sin neumatosis ni aire libre
		Hematológico	Transfusión Glóbulos rojos 14cc x 2 veces

TABLA 2. GUTCHECKNEC. TABLA CONTROL ÍNDICE DE RIESGO ECN

GutCheckNEC, un índice de riesgo de ECN neonatal para lactantes nacidos con un peso < 1500 gramos © Gephart, 2012					Puntos
Edad gestacional (semanas) (9 máx.) Calcule la EG en semanas al nacer basada preferiblemente en la fecha prevista del parto determinada por una eco del 1° trimestre. Si no, utilice la edad gestacional evaluación en el momento del parto (Ballard o Dubowitz)	<28 9 puntos	28-31 8 puntos	> 32 0 puntos		
Etnia (2 máx.) Si el bebé es de raza negra o hispana, asigne 2 puntos. Si es de ambas razas, asigne sólo 2 puntos. Si no es de raza negra ni hispana, asigne 0	Negro 2 puntos	Hispano 2 puntos	Otras etnias 0 puntos		
Outborn (3 máx.) Si el lactante es trasladado a este centro desde otro hospital en cualquier momento después del nacimiento, asignar 3 puntos.		Sí 3 puntos	No 0 puntos		
Tasa de ECN de la UCIN (23 máx.) Se trata de la tasa anual calculada de ECN para lactantes que pesan menos de 1.500 gramos en el momento del parto. Si es < 2%, asignar 0 puntos.	2-4.99% 9 puntos	5- 7.99% 16 puntos	8-11.99% 19 puntos	> 12 % 23 puntos	
Alimentación exclusiva con leche materna (0 máx.) Se define como leche materna administrada tanto el día 7 como el día 14 de vida. No se define el volumen de leche humana administrada. Si se alimenta con leche tanto el día 7 como el día 14, restar 3 puntos de la puntuación total. No se pueden restar puntos hasta el día de vida 14.		Sí -3 puntos	No 0 puntos		
Probióticos (0 máx.) Si se ha administrado algún preparado probiótico a cualquier dosis o cualquier volumen, restar 5 puntos de la puntuación total		Sí -5 puntos	No 0 puntos		
¿Cuántas infecciones probadas por cultivo ha tenido el lactante desde el tercer día de vida? (6 puntos máximo)	Uno 4 puntos	Dos 6 puntos	Ninguno 0 puntos		
Historial de transfusiones de glóbulos rojos empaquetados (8 máx.) Si se ha administrado alguna transfusión de PRBC, independientemente del estado de alimentación o del volumen administrado. Una vez que el lactante recibe una transfusión, a partir de ese momento se puntúa "sí".		Sí 8 puntos	No 0 puntos		
Hipotensión tratada con medicación inotrópica (4 máx.) Si la hipotensión es grave y se administran medicamentos como dopamina, dobutamina o milrinona para tratarla, independientemente de la dosis, la frecuencia o la duración del tratamiento.		Sí 4 puntos	No 0 puntos		
Acidosis metabólica (3 máx.) Si el lactante experimenta acidosis metabólica, definida como pH bajo asociado a bicarbonato sérico bajo ($\text{HCO}_3 < 17$) pero pCO_2 normal o casi normal ($\text{pH} < 7,30$) o lactato $> 6,1$ mmol/L. Si el médico solicitante (médico, PNN, AP-C) documenta código "acidosis metabólica" como "sí"		Sí 3 puntos	No 0 puntos		
Puntuación TOTAL > 32 En riesgo; 58 puntos máximo					

Técnicas de medición de sonda gástrica en neonatos y comprobación de posicionamiento: revisión de alcance.

Gastric tube measurement techniques in neonates and positioning check: scoping review.

Bárbara Reguera C.¹, Pablo Gálvez O.²

¹Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia 1027, Independencia, Santiago, Región Metropolitana, Chile.

²Profesor Asistente. Matrón. Magíster en Salud Pública. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Independencia 1027, Independencia, Santiago, Región Metropolitana, Chile.

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

RECIBIDO: 24 de Octubre de 2023

APROBADO: 08 de Enero de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.3988

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: *Recién nacido, Prematuro, Sonda gástrica, Unidad de cuidados neonatales.*

Key words: *Newborn, Premature, Gastric tube, Neonatal care unit.*

RESUMEN

Introducción: la inserción de la sonda gástrica en neonatología es un procedimiento ampliamente utilizado, pero presenta riesgos acorde a sus distintas técnicas.

Objetivo: explorar literatura actual respecto de los mejores métodos de medición y técnicas de comprobación de inserción de la sonda gástrica en neonatos.

Métodos: revisión de alcance de literatura en bases de datos PubMed, ScienceDirect, LILACS y GoogleScholar, utilizando como descriptores “neonate, gastric tube y placement” y sus acrónimos, en artículos originales, entre 2009 y 2023.

Resultados y Discusión: se incluyeron 17 artículos, clasificándolos en “métodos de medición” o “técnicas de comprobación”. Los métodos de medición encontrados fueron: punta de la nariz-lóbulo oreja-apéndice xifoides (NEX), punta de la nariz-lóbulo oreja-punto medio entre apéndice xifoides y cicatriz umbilical (NEMU), fórmula basada

en peso, fórmula basada en altura y NEX modificado. NEX resultó obsoleta. Las técnicas de comprobación, descartando el gold-standard, fueron: auscultación de silbido, aspiración contenido gástrico, ecografía, pH e índigo-carmin, siendo más confiables la ecografía y pH.

Conclusión: los resultados arrojaron que la NEMU y la fórmula basada en peso son superiores como método de medición. En técnicas de comprobación destaca la ecografía y pH. Faltan protocolos y normativas para estandarizar este procedimiento.

ABSTRACT

Introduction: the insertion of the gastric tube in neonatology is a widely used procedure, but it presents risks according to its different techniques.

Objective: to explore current literature regarding the best measurement methods and techniques for checking gastric tube insertion in neonates.

Methods: scoping review of literature in PubMed, ScienceDirect, LILACS and GoogleScholar databases, using "neonate, gastric tube and placement" and their acronyms as descriptors, in original articles, between 2009 and 2023.

Results and Discussion: 17 articles were included, classifying them into "measuring methods" or "verification techniques" *. Measurement methods found were: tip of the nose-earlobe-xiphoid process (NEX), tip of the nose-earlobe-midpoint between xiphoid process and umbilical scar (NEMU), weight-based formula, height-based formula and modified NEX. NEX was deprecated. Checking techniques, discarding the gold-standard, were: wheezing auscultation, gastric content aspiration, ultrasound, pH and indigo-carmin, with ultrasound and pH being more reliable.

Conclusion: results showed that NEMU and the weight-based formula are superior as a measurement method. In verification techniques, ultrasound and pH stand out. There is a lack of protocols and regulations for this procedure.

INTRODUCCIÓN

La inserción de la sonda gástrica (SG) es una técnica comúnmente utilizada en las unidades de neonatología para diferentes fines. Sus indicaciones de empleo en los recién nacidos (RNs) son para la descompresión gástrica, el vaciamiento de residuos, la administración de fármacos y, principalmente, la alimentación entérica como apoyo cuando hay inmadurez en la coordinación succión-deglución o alguna condición que no le permita a éste alimentarse en el pecho de la madre o cuando dicha alimentación resulta ser insuficiente (1,2).

Este procedimiento realizado a diario por profesionales de la matronería u otros del ámbito de la salud no está exento de riesgos y complicaciones. Entre estas últimas figuran la perforación del tracto digestivo o respiratorio, la obstrucción nasal, la hipoxia u la obstrucción de sonda que -por posición incorrecta- quede en la tráquea o el esófago, lo que aumenta los riesgos de aspiración broncopulmonar y estimulación vagal (apnea y bradicardia), y en píloro o duodeno, que puede causar problemas de absorción intestinal o intolerancia alimenticia (1,2).

Las primeras decisiones para adoptar cuando se aplique esta técnica corresponden a la elección del tipo y el tamaño de la sonda, por dónde se insertará ésta (vía oral o nasal) y qué técnica de medición se empleará. En efecto, la determinación sobre por dónde insertar la sonda dependerá del estado respiratorio del bebé y de la asistencia respiratoria que esté recibiendo. Teniendo en cuenta que los neonatos son respiradores nasales obligados, se considera de menor propensión a moverse las sondas nasales. No obstante, una revisión Cochrane de 2013 estableció que hay datos insuficientes para apoyar una sobre otra(3).

Dentro de las formas de mensuración existen variadas formas. La más conocida históricamente es el método punta de la nariz-lóbulo oreja-apéndice xifoides (NEX por sus siglas en inglés: nose, ear, xiphoid), el método punta de la nariz-lóbulo oreja-mitad de la distancia a cicatriz umbilical (NEMU por sus siglas en inglés: nose, ear, medium umbilicus) y se han creado otros métodos, incluidas fórmulas basadas en el peso relacionado con la edad gestacional, altura (ARHB: age related height based) y tablas de inserción mínima, que aún se encuentran en estudio en búsqueda de que tan efectivas puedan ser(2,3).

La verificación radiológica se considera como el "gold standard" para corroborar el correcto posicionamiento de la SG, pero no es ampliamente utilizada, por el alto costo y la exposición continua a radiación. Existen otras técnicas como la aspiración del contenido gástrico, test de pH, auscultación gástrica, ecografía, capnografía, entre otros(2,3).

Debido a este problema de amplia variedad de métodos, existe la necesidad de comprobar la efectividad, sensibilidad, seguridad y costo-efectividad de cada una de ellas, por lo que se vuelve importante la necesidad de recopilar información y tener un mapeo disponible, para que se encuentre a disposición de los profesionales de la salud y ayude a una buena toma de decisiones con respecto a cuál técnica utilizar. A causa de esto es que nació el objetivo de explorar la literatura actual respecto a los mejores métodos de medición y técnicas de comprobación de inserción de la SG.

Esta investigación intenta responder a la pregunta de ¿qué técnicas de medición de sondas orogástricas en recién nacidos existen en la literatura actual y cuáles son los métodos de comprobación de posicionamiento recomendados?

Por tratarse de una revisión de alcance, no fue necesario solicitar la aprobación del Comité de Ética correspondiente para la realización del estudio. Asimismo, se declara no haber conflictos de interés por parte de la autora.

MÉTODO

Revisión de alcance sobre la inserción de una sonda gástrica y su posterior verificación en el recién nacido. Se describe la estrategia PCC en Anexo 1.

La búsqueda de estudios se realizó por una investigadora entre noviembre de 2020 y marzo de 2023, en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, LILACS y GoogleScholar. Se seleccionaron estudios entre 2009 y 2023, en idioma inglés, español o portugués.

Los términos utilizados para la búsqueda fueron newborn + gastric tube + placement or insertion y sus acrónimos (**Tabla 1**). El procedimiento y evaluación de la sonda gástrica debe haber sido realizada en el contexto hospitalario. Solo se incluyeron referencias donde se habla específicamente del neonato. No existen criterios de exclusión.

En algunos estudios al no poseer acceso al documento completo se solicitó apoyo a la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad.

Se realizó un control de sesgos de publicación, selección y observación considerando el uso de literatura gris en la búsqueda y el análisis de papers sin conocimiento de autores (ciego).

Dentro de las consideraciones éticas de los estudios para esta revisión no se trabajó con animales o seres humanos, por lo que se resguarda las consideraciones éticas en los estudios seleccionados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de las publicaciones encontradas entre 2009 y 2023, en las diferentes bases de datos, se pueden apreciar en la **Figura 1**.

Se seleccionaron finalmente 17 artículos. De las referencias seleccionadas se configuró la Tabla 2, en la que se observan investigaciones de América (53%), Europa (17,6%), Asia (17,6%) y Oceanía (11,8%). Se encontraron 15 artículos en habla inglesa (88%) y dos en portugués (22%). De lo observado, cinco

autores brasileños se repiten en tres estudios, hay dos autores australianos en dos estudios y un autor estadounidense en dos estudios. Esto podría considerarse como sesgo de publicación u observación, pero fue manejado aleatorizando los documentos en su análisis con un ciego simple. Dentro de los tipos de estudios, 12 son observacionales (70,5%) y cuatro experimentales (23,5%).

Métodos de medición para la inserción de la sonda gástrica

Entre los artículos seleccionados que tratan sobre la medición de la sonda gástrica (n=8) dos son experimentales (25%) y seis del tipo observacional (75%).

Los métodos descritos en estas investigaciones para la medición de la inserción de la sonda gástrica en neonatos incluyen medidas morfológicas como NEX y NEMU. Se hallaron, además, dos ecuaciones para estimar la inserción de la SG, una basada en la altura (ARHB) y la otra relaciona la edad gestacional con el peso (**4,11**).

Las publicaciones que hablan del método NEX (**5,8,10,11**) indican una elevada proporción de desacierto en la colocación de la sonda gástrica. Tras analizar 381 radiografías (303 evaluables) Quant et al (**11**) demostró que el método NEX era el utilizado en el Hospital Universitario de Zurich. Sólo el 41% de las sondas estaban ubicadas correctamente, mientras que el 59% se encontraba en posición incorrecta.

Otro estudio, realizado por Parker et al (**10**) comparó cuáles eran las prácticas de enfermería más utilizadas para la medición de la inserción de la sonda gástrica. Esta encuesta se aplicó a 60 enfermeras en 35 estados de Estados Unidos, las cuales participaron en una conferencia donde fueron reclutadas. De ellas, 81% llevaba al menos cinco años trabajando en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). El sondeo arrojó que el 63% utilizaba método NEMU, el 32% el método NEX y el 5% un método diferente. Además, se destaca que solo el 22% de las UCIN tenía protocolos para la inserción de la sonda, el 50% de los protocolos recomendaban el método NEMU y el 30% recomendaban NEX. Esta realidad mostró una falta de coherencia entre la práctica, los protocolos y la evidencia disponible.

En Brasil, en tanto, Lopez et al (8) realizó una encuesta a 52 profesionales, mediante la cual identificó seis técnicas diferentes de medición dependiendo si la inserción era oral/nasal. La mitad de estas técnicas no la encontró en la literatura médica. Otro estudio en este país (4) que evaluó una forma modificada de NEX, donde se excluyen los orificios distales de la sonda en la mensuración, también demostró que esta técnica modificada presenta riesgo de posicionamiento inadecuado, donde sólo se posicionó correctamente en un 68,3% a 71% de los casos, según sus dos evaluadores, lo que indica que esta técnica de NEX modificado tampoco sería un buen método.

Un nuevo estudio realizado en 2011 en Estados Unidos(5) comparó los métodos NEX, NEMU y la fórmula basada en la altura (ARHB), inicialmente NEMU y ARHB fueron superiores a NEX ($p < 0.0001$), pero en el análisis final usando ARHB no tuvo diferencia significativa con NEX ($p = 0.0615$). Posterior a esto desarrolló una nueva fórmula ARHB para menores de un mes, pero no ha sido comprobada aún.

A su vez, el peso del recién nacido es un parámetro medido habitualmente en las unidades de cuidados neonatales para la administración de medicamentos y suministro de líquidos intravenosos, no así la longitud, que no es una dimensión utilizada con frecuencia, por lo que Freeman et al (7) en un estudio prospectivo, al analizar los datos de posicionamiento correcto de la sonda, desarrolló una fórmula basada en el peso:

- Longitud orogástrica estimada = $3 \times \text{peso (kilogramos)} + 12 \text{ cm}$.
- Longitud nasogástrica estimada = $3 \times \text{peso (kilogramos)} + 13 \text{ cm}$.

Estas fórmulas predijeron correctamente el 60 % de las sondas orogástricas mal colocadas y el 100 % de las sondas nasogástricas mal colocadas, respectivamente.

Dias et al en 2020 (6) realizó un ensayo clínico ciego, controlado y aleatorizado. En él participaron 162 neonatos y reveló que el 67,5% de las sondas se ubicaron en el estómago utilizando método NEMU, mientras que el 91,5% de las sondas se situaban en este órgano con la fórmula basada en peso recién mencionada, siendo superior ésta última a NEMU (razón de prevalencia 1,36, IC95%, 1,15-1,44). Otro es-

tudio (9) que revisó las tasas de colocación correcta de la sonda por medición NEMU, luego incorporó la fórmula de peso para calcular cuántas mal colocaciones se podrían haber predicho. Se utilizaron Rx para confirmar la ubicación (195 en total) y resultó que el 84% de las SG fueron colocadas correctamente, pero se podrían haber predicho el 71% de las mal colocadas, teniendo eso en cuenta se podría haber alcanzado un 95% de precisión general.

La técnica de medición NEMU (5,6,8,10), aunque posee una alta variabilidad, al utilizar referencias anatómicas puede ser empleada de forma rápida al momento de la inserción y da mayor confiabilidad que la sonda se encuentre en la cavidad gástrica con respecto a NEX.

El método basado en la altura (5), al encontrarse solo un estudio sobre éste y que arrojó no tener diferencia significativa con NEMU, no permite valorar su supremacía. Se necesitan más estudios experimentales.

Con respecto a la fórmula basada en peso (6,7,9), ésta presenta buenos resultados, mejorando la tasa de colocación correcta de la sonda gástrica, incluso mejor que NEMU. Sólo un estudio habla de la experiencia de los operadores que instalan la sonda(10), siendo que es una variable de gran importancia que puede causar la diferencia entre los resultados.

Técnicas de confirmación de ubicación de la sonda gástrica

De los estudios clasificados en esta categoría ($n=10$), uno fue de tipo revisión integradora (10%), uno experimental (10%) y ocho del tipo observacional (80%), donde se investigaron las técnicas disponibles para confirmar la inserción de la sonda gástrica.

El “gold-standard” expone a los neonatos a altas cantidades de radiación, por lo que técnicas alternativas ayudarían a disminuir esta exposición (12-17). Una forma de mejorar la evaluación radiológica que probó Quandt et al (18) es a través de la inyección de aire por la sonda gástrica previo a la toma de Rx, llegando a la posición exacta en un 95% en el grupo de estudio en comparación a 78% del grupo control (total 278 neonatos), siendo un método justificable y

fácil de realizar en la práctica clínica. Boer et al(13), por otro lado, detalló los resultados obtenidos por Rx y su relación con la cantidad de aire estomacal. Describió estilos de medición pero no menciona cuál es el utilizado en la unidad donde se realizó el estudio, si bien reveló que casi la mitad de las sondas (47,5%) estaba colocada erróneamente, no vinculándose esto con la cantidad de aire, pero sí una relación significativa con el tamaño del tubo.

Las técnicas encontradas para verificar la posición de la SG fueron aspiración de contenido gástrico, auscultación de silbido, ecografía, test de pH y solución índigo-carmín (10,12,14-17,19,20). La investigación de Parker et al (10) mencionada anteriormente, dentro de la encuesta aplicada, incluyó cual era el la forma de verificar la inserción correcta de la sonda gástrica, donde casi todas las enfermeras afirmaron que utilizaban la auscultación de un silbido (98%) o la aspiración de contenido gástrico (83%). Concluye que la auscultación de silbido no se considera un método fiable actualmente, ya que es difícil diferenciar entre los ruidos pulmonares, esofágicos o intestinales y que la aspiración de contenido gástrico no es método seguro por sí solo, debido a que intentos de aspiración pueden ser infructuosos o que el aspirado respiratorio puede ser similar al gástrico, lo que significa una falta de coherencia entre la práctica y evidencia.

La ecografía se está utilizando con mayor frecuencia en diversos escenarios clínicos, poseyendo ventajas como su fácil disponibilidad, no exponer a radiación, menor costo y rápida capacitación (12). Dos papers (12,14) compararon el porcentaje de acierto arrojado por la Rx y ecografía.

Atalay et al(12) determinó que el 90,1% de las sondas estaban correctamente insertas por ultrasonido, mientras que la radiografía determinó el 98% posicionado correctamente (sensibilidad 92,2%), aunque se considera que la población estudiada fue muy pequeña (51 neonatos) y la sonda fue insertada por médico. El segundo estudio(14), con estructura de doble ciego, que incluyó a 159 lactantes, concluyó que se colocaron correctamente las sondas gástricas en 157 casos (98,7%), según Rx, y en 156 casos (98,1%), según ecografía. La sensibilidad fue de 98% y el valor predictivo positivo fue de 99%. La especificidad no se realizó, ya que no hubo suficientes casos negativos

en la muestra. Ambos estudios nos indican una alta sensibilidad de la ecografía, siendo ésta una buena alternativa según los resultados.

La revisión sistemática incluida, publicada en 2018 (19), trató de resumir la evidencia disponible con respecto a la efectividad clínica y rentabilidad de las pruebas de pH gástrico para el neonato, pero no logró identificar evidencia con respecto a las 2 temáticas abordadas. Al año siguiente, Dias et al (15) -autora de dos estudios ya mencionados(6,14)- realizó una prueba diagnóstica en 162 RN con el propósito de confirmar la precisión de la prueba de pH. Ésta arrojó que la media de pH fue 3,36. Las muestras fueron tomadas independiente de si estaban en ayuno, con alimentación o el tipo de ésta, el punto de corte de pH fue de $\leq 5,5$, dando una sensibilidad de 96,25%, especificidad 50%, valor predictivo positivo 99,35% y valor predictivo negativo 14,29%.

Otro estudio(17) que tenía como objetivo informar los valores de pH del aspirado gástrico, tuvo una muestra de 1024 RNs/6979 de valores de pH. Concluyó que el 97,51% de los valores fue ≤ 5 . Lo que se asoció a mayor probabilidad de pH elevado fue sonda orogástrica, alimentación continua, intervalos de alimentación de 4 horas o más y la exposición a medicamentos.

En Japón, Mikami et al(20) elaboró un estudio para evaluar la acidez estomacal durante las primeras horas de vida en recién nacidos de término y prematuros. El posterior análisis determinó el corte de tiempo de 8 h para un pH ≤ 5 (sensibilidad 77%, especificidad 91%), ya que la presencia de líquido amniótico (pH 8,1-9.6) deglutido en el nacimiento puede modificar el resultado de la muestra de aspiración gástrica. Esta recopilación revela que el pH es un buen indicador de encontrarnos en cavidad gástrica, pero hay diferencias de punto de corte en los estudios, lo que cambiaría los porcentajes de sensibilidad y especificidad.

Un segundo estudio realizado en Japón, por Imamura et al(16), intentó determinar si el método índigo-carmín es confiable para confirmar la colocación de la sonda, ésta se consideró exitosa en el 94,4% del total de 55 RNs sin presentar efectos adversos, pero su defecto es que solo es posible utilizar en recambio y no como primera inserción, suponiendo que la sonda previa este bien ubicada, además que es probable no obtener muestra del aspirado.

No se encontraron estudios directos sobre la capnografía y otros métodos en neonatos, por lo que no fueron incluidos en esta revisión, aunque son mencionados en la recopilación de datos de varios estudios incluidos (10,14-16).

Las técnicas de confirmación de ubicación de la sonda gástrica que parecieran ser más confiables según lo compilado serían la ecografía (12,14) y pH (15,17,20), aunque presentan limitaciones en cuanto al material (que no se encuentren disponibles en la unidad) y tener que capacitar al personal, además de mencionar que no está claro el valor de corte de pH entre 5 y 5,5, y pudiese no obtenerse aspirado gástrico al igual que en la técnica índigo-carmín(16), pero a este último se debe estudiar con mayor profundidad y solo serviría para recambio.

Las limitaciones del estudio fueron que la búsqueda fue realizada por un solo investigador sin contraste y selección limitada de publicaciones en motores de búsqueda, llegando sólo hasta la cuarta página de estos.

CONCLUSIÓN

Dentro de las formas de medición, los resultados arrojaron que las más precisas y menos riesgosas serían la NEMU y la fórmula basada en peso. La fórmula basada en altura, en tanto, no demostró supremacía ante las otras, necesitándose más estudios al respecto, aunque el peso del neonato se acostumbra a tomar de forma más rutinaria que la talla.

Las técnicas disponibles para confirmar la ubicación estomacal de la sonda son variadas. Si no se debe someter al neonato a una radiografía se puede preferir la ecografía, que demostró gran sensibilidad, es de menor costo y fácil capacitación. A su vez, la prueba de pH demostró ser confiable, pero se debe definir con claridad su punto de corte y costos asociados. La prueba índigo-carmín necesita más estudios y solo se podría utilizar en recambio. Se debe tener en cuenta que puede no obtenerse aspirado gástrico.

Por último, cabe señalar que -en las unidades clínicas- se deben establecer protocolos y normativas claramente definidas sobre cuáles métodos de inserción de sonda gástrica y confirmación se debe utilizarse, para así disminuir el riesgo al que se exponen los neonatos.

REFERENCIAS

- (1) **Egan MF.** Colocación de sonda orogástrica o nasogástrica. Enfermería Neonatal, Revisando técnicas [Internet] p25-26 [citado el 05 de Diciembre 2020] Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Colocacion%20de%20sonda%20orogastrica%20o%20nasogastrica.pdf>
- (2) **Dias FSB, Emidio SCD, Lopes MHBM, Shimo AKK, Beck ARM, Carmona EV.** Procedures for measuring and verifying gastric tube placement in newborns: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem [Internet] 2017 Jul [citado el 05 de Diciembre 2020] 25:e2908. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28699995/>
- (3) **Wallace T, Steward D.** Gastric tube use and care in the NICU. Newborn Infant Nurs Rev. [Internet] 2014 [citado el 05 de Diciembre 2020] 14(3):103-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336914000610>
- (4) **André RR, Mendes CQS, Avelar AFM, Balieiro MMFG.** Posicionamento de sonda enteral em neonatos segundo técnica modificada de mensuração. Acta paul. enferm. [Internet] 2017 Dic [citado el 10 de Abril 2021] 30(6):590-597. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000600590
- (5) **Cirgin Ellett ML, Cohen MD, Perkins SM, Smith CE, Lane KA, Austin JK.** Predicting the insertion length for gastric tube placement in neonates. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. [Internet] 2011 Jul-Ago [citado el 10 de Abril 2021] 40(4):412-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21639864/>
- (6) **Dias FSB, Jales RM, Alvares BR, Caldas JPS, Carmona EV.** Randomized Clinical Trial Comparing Two Methods of Measuring Insertion Length of Nasogastric Tubes in Newborns. JPEN J Parenter Enteral Nutr. [Internet] 2020 Jul [citado el 11 de Abril 2021] 44(5):912-919. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32026495/>
- (7) **Freeman D, Saxton V, Holberton J.** A weight-based formula for the estimation of gastric tube insertion length in newborns. Adv Neonatal Care. [Internet] 2012 Jun [citado el 09 de Septiembre 2021] 12(3):179-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22668691/>

- (8) **Lopez LS, Silva GD, Alves AMA, Reis AT, Silva GRG.** Cateterização gástrica em recém-nascidos prematuros: análise de prevalência das técnicas de mensuração. *Rev. enferm. UERJ* [Internet] 2019 [citado el 09 de Septiembre 2021] 27:e38515. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38515/30347>
- (9) **Nguyen S, Fang A, Saxton V, Holberton J.** Accuracy of a Weight-Based Formula for Neonatal Gastric Tube Insertion Length. *Adv Neonatal Care.* [Internet] 2016 Abr [citado el 10 de Septiembre 2021] 16(2):158-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26945283/>
- (10) **Parker LA, Withers JH, Talaga E.** Comparison of Neonatal Nursing Practices for Determining Feeding Tube Insertion Length and Verifying Gastric Placement With Current Best Evidence. *Adv Neonatal Care.* [Internet] 2018 Ago [citado el 11 de Septiembre 2021] 18(4):307-317. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29889728/>
- (11) **Quandt D, Schraner T, Ulrich Bucher H, Arlettaz Mieth R.** Malposition of feeding tubes in neonates: is it an issue? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* [Internet] 2009 May [citado el 25 de Enero 2023] 48(5):608-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19367180/>
- (12) **Atalay YO, Polat AV, Ozkan EO, Tomak L, Aygun C, Tobias JD.** Bedside ultrasonography for the confirmation of gastric tube placement in the neonate. *Saudi J Anaesth.* [Internet] 2019 Ene-Mar [citado el 26 de Enero 2023] 13(1):23-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30692884/>
- (13) **de Boer JC, Smit BJ, Mainous RO.** Nasogastric tube position and intragastric air collection in a neonatal intensive care population. *Adv Neonatal Care.* [Internet] 2009 Dic [citado el 25 de Enero 2023] 9(6):293-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20010147/>
- (14) **Dias FSB, Alvares BR, Jales RM, Franco APV, Silva JEFD, Fabene SMS, Caldas JPS, Carmona EV.** The Use of Ultrasonography for Verifying Gastric Tube Placement in Newborns. *Adv Neonatal Care.* [Internet] 2019 Ene [citado el 26 de Enero 2023] 19(3):219-225. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30394913/>
- (15) **Dias FSB, Almeida BP, Alvares BR, Jales RM, Caldas JPS, Carmona EV.** Use of pH reagent strips to verify gastric tube placement in newborns. *Rev Lat Am Enfermagem.* [Internet] 2019 Dic [citado el 26 de Enero 2023] 5;27:e3227. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826168/>
- (16) **Imamura T, Maeda H, Kinoshita H, Shibukawa Y, Suda K, Fukuda Y, Goto A, Nagasawa K.** Confirmation of gastric tube bedside placement with the sky blue method. *Nutr Clin Pract.* [Internet] 2014 Feb [citado el 03 de Mayo 2023] ;29(1):125-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24344256/>
- (17) **Kemper C, Haney B, Oschman A, Lee BR, Lyman B, Parker L, Brandon D.** Acidity of Enteral Feeding Tube Aspirate in Neonates: Do pH Values Meet the Cutoff for Predicting Gastric Placement? *Adv Neonatal Care.* [Internet] 2019 Ago [citado el 03 de Mayo 2023] 19(4):333-341. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30720480/>
- (18) **Quandt D, Brøns E, Schiffer PM, Schraner T, Bucher HU, Mieth RA.** Improved radiological assessment of neonatal feeding tubes. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* [Internet] 2013 Jan [citado el 25 de Enero 2023] 98(1):F78-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22315468/>
- (19) **Gray C, Campbell K.** Gastric pH Testing for Neonatal Gastric Feeding Tube Placement: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. [Internet] 2018 Oct [citado el 10 de Junio 2023] 98(1):F78-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30817104/>
- (20) **Mikami T, Mizumoto H, Katayama T, Hata D.** Transition of gastric pH after birth for verification of feeding tube placement. *Pediatr Int.* [Internet] 2019 Ago [citado el 10 de Junio 2023] 61(8):832-834. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31449346/>

ANEXOS, FIGURAS Y TABLAS

ANEXO 1: Técnica PCC

- P: Recién nacidos independientemente de su edad gestacional de nacimiento y sexo.
- C: Instalación y comprobación de ubicación de sonda gástrica, dentro de un recinto hospitalario.
- C: Métodos de medición para instalación de sonda gástrica / métodos de comprobación de ubicación de sonda gástrica

FIGURA 1: Flujograma de selección de artículos. Autoría propia.

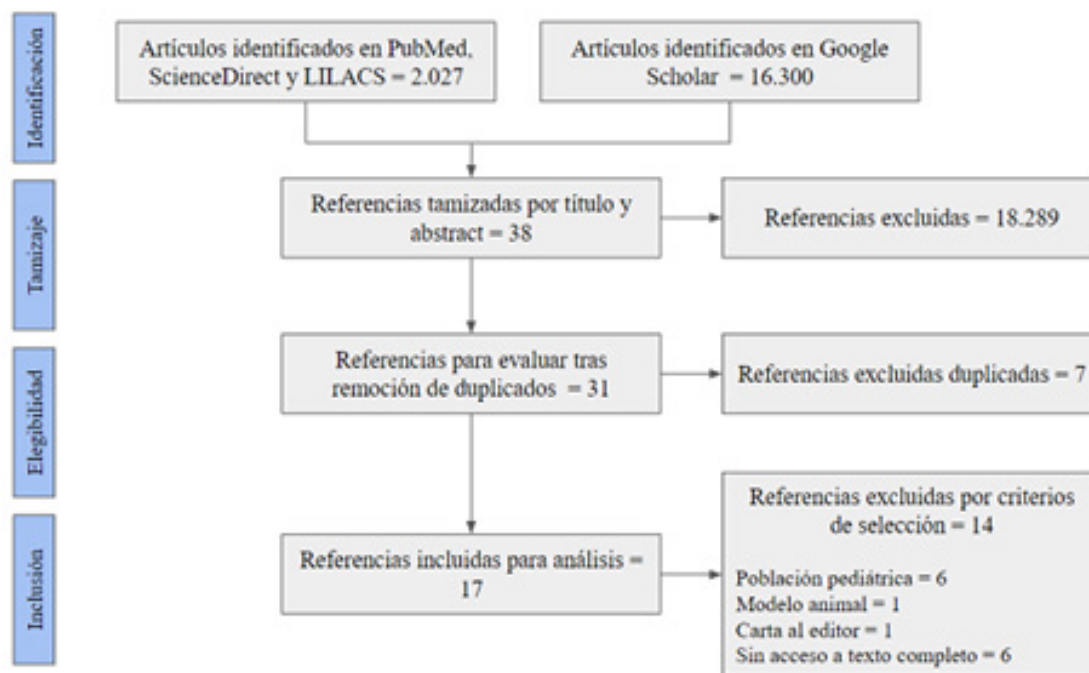


TABLA 1: Sintaxis de las diferentes bases de datos.

Base	Algoritmo
Pubmed	((“infant, newborn”[MeSH Terms] OR (“infant”[All Fields] AND “newborn”[All Fields]) OR “newborn infant”[All Fields] OR “neonatal”[All Fields] OR “neonate”[All Fields] OR “neonates”[All Fields] OR “neonatality”[All Fields] OR “neonatal s”[All Fields] OR “neonate s”[All Fields]) AND (“gastrics”[All Fields] OR “stomach”[MeSH Terms] OR “stomach”[All Fields] OR “gastric”[All Fields]) AND “tube”[All Fields] AND (“placement”[All Fields] OR “placements”[All Fields])) AND (2009:2023[pdat])
ScienceDirect	newborn AND gastric tube AND (placement OR insertion)Year:2009-2023
LILACS	newborn AND “gastric tube” AND (placement OR insertion) AND (db:(“LILACS”)) AND (year_cluster:[2009 TO 2023])
Google Scholar	newborn AND gastric tube AND placement OR insertion (Intervalo específico: 2009-2023)

TABLA 2: Resumen de papers años 2009 al 2023.

n°	Título	Autores	Año	País	Tipo estudio
1 (4)	Posicionamento de sonda enteral em neonatos segundo técnica modificada de mensuração	André RR, Mendes CQS, Avelar AFM, Balieiro MMFG.	2017	Brasil	Observacional
2 (12)	Bedside ultrasonography for the confirmation of gastric tube placement in the neonate	Atalay YO, Polat AV, Ozkan EO, Tomak L, Aygun C, Tobias JD	2019	Turquía	Observacional
3 (13)	Nasogastric tube position and intragastric air collection in a neonatal intensive care population	de Boer JC, Smit BJ, Mainous RO	2009	Países Bajos	Observacional
4 (5)	Predicting the insertion length for gastric tube placement in neonates	Cirgin Ellett ML, Cohen MD, Perkins SM, Smith CE, Lane KA, Austin JK.	2011	Estados Unidos	Experimental
TABLA 2: Resumen de papers años 2009 al 2023.					
5 (14)	The Use of Ultrasonography for Verifying Gastric Tube Placement in Newborns	Dias FSB, Alvares BR, Jales RM, Franco APV, Silva JEFD, Fabene SMS, Caldas JPS, Carmona EV	2019	Brasil	Observacional
6 (15)	Use of pH reagent strips to verify gastric tube placement in newborns	Dias FSB, Almeida BP, Alvares BR, Jales RM, Caldas JPS, Carmona EV	2019	Brasil	Observacional
7 (6)	Randomized Clinical Trial Comparing Two Methods of Measuring Insertion Length of Nasogastric Tubes in Newborns	Dias FSB, Jales RM, Alvares BR, Caldas JPS, Carmona EV	2020	Brasil	Experimental
8 (7)	A Weight-Based Formula for the Estimation of Gastric Tube Insertion Length in Newborns	Freeman D, Saxton V, Holberton J	2012	Australia	Observacional
9 (19)	Gastric pH Testing for Neonatal Gastric Feeding Tube Placement: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines	Gray C, Campbell K	2018	Canadá	Revisión sistemática
10 (16)	Confirmation of gastric tube bedside placement with the sky blue method	Imamura T, Maeda H, Kinoshita H, Shibukawa Y, Suda K, Fukuda Y, Goto A, Nagasawa K.	2014	Japón	Experimental
11 (17)	Acidity of Enteral Feeding Tube Aspirate in Neonates. <i>Do pH Values Meet the Cutoff for Predicting Gastric Placement?</i>	Kemper C, Haney B, Oschman A, Lee BR, Lyman B, Parker LA, Brandon D	2019	Estados Unidos	Observacional
12 (8)	Cateterização gástrica em recém-nascidos prematuros: análise de prevalência das técnicas de mensuração	Lopez LS, Silva GD, Alves AMA, Reis AT, Silva GRG.	2019	Brasil	Observacional
13 (20)	Transition of gastric pH after birth for verification of feeding tube placement.	Mikami T, Mizumoto H, Katayama T, Hata D	2019	Japón	Observacional
14 (9)	Accuracy of a Weight-Based Formula for Neonatal Gastric Tube Insertion Length	Nguyen S, Fang A, Saxton V, Holberton J	2016	Australia	Observacional

n°	Título	Autores	Año	País	Tipo estudio
*15 (10)	Comparison of Neonatal Nursing Practices for Determining Feeding Tube Insertion Length and Verifying Gastric Placement With Current Best Evidence	Parker LA, Withers JH, Talaga E	2018	Estados Unidos	Observacional
16 (11)	Malposition of feeding tubes in neonates: is it an issue?	Quandt D, Schraner T, Ulrich Bucher H, Arlettaz Mieth R	2009	Suiza	Observacional
17 (18)	Improved radiological assessment of neonatal feeding tubes	Quandt D, Brøns E, Schiffer PM, Schraner T, Bucher HU, Mieth RA	2013	Suiza	Experimental

Nota. Esta tabla muestra los títulos de las referencias, autores, año, país de origen y tipo de estudio realizado.

*15 incluido en ambas categorías: “métodos de medición” y “métodos de comprobación”

TABLA 3: Referencias clasificadas en “métodos de medición para la inserción de la sonda gástrica”.

n°	Autor, año	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión	Método medición
1 (4)	André RR, 2017.	Evaluar la efectividad de la medición de una SG mediante la técnica modificada, nariz - oreja - proceso xifoides (NEX), excluyendo los orificios distales de la sonda, para posicionamiento en cámara gástrica de neonatos.	Observacional, descriptivo. 28 RNs	Posicionamiento correcto fué de 68,3% y 71% según evaluadores 1 y 2 respectivamente, según análisis por posiciones, mientras que en el análisis por vértebras, 95% de las sondas se ubicaron correctamente en la cámara gástrica. Hubo asociación estadísticamente significativa entre altura y ubicación de la SG, según evaluador 2 (p=0,05).	La técnica de medición evaluada presenta riesgo de posicionamiento inadecuado de la sonda enteral utilizada en neonatos, por lo que se debe desaconsejar su aplicación en la práctica clínica.	-NEX modificado
4 (5)	Cirgin Ellett ML, 2011.	Comparar las tasas de error de 3 métodos existentes para predecir la longitud de inserción de la SG en un grupo de RN < 1 mes edad corregida (ARHB; NEX; NEMU)	Ensayo clínico aleatorizado simple, ciego. 173 RNs	Análisis primario: NEMU y ARHB más precisos que NEX. Análisis secundario: ARHB no fue significativamente diferente de NEX. Nueva ecuación ARHB específica para RN < 1 mes edad corregida.	NEX ya no debe usarse como predictor de longitud de inserción de SG en RN. Debe utilizarse NEMU o la nueva ecuación ARHB para SG → $1.950 + 0.372 \times \text{longitud (cm)}$.	-NEX -NEMU -ARHB → OG = 13,3 cm + 0,19 x longitud (cm) → NG = 14,8 cm + 0,19 x longitud (cm)

n°	Autor, año	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión	Método medición
7 (6)	Dias FSB, 2020.	Verificar si existe diferencia en la proporción de SNG colocadas correctamente al utilizar método NEMU y la ecuación basada en el peso para medir la longitud de inserción.	Ensayo clínico aleatorizado simple, ciego. 162 RNs	Según Rx: - 67,5% ubicación en cuerpo gástrico con método NEMU - 91,5% ubicación en cuerpo gástrico con método ecuación basada en el peso. Ecuación basada en el peso superior a método NEMU, razón de prevalencia de 1,36 (IC del 95%, 1,15-1,44). No hubo diferencia entre los 2 métodos, según la prueba de pH (p=0.7179)	Según Rx, con la ecuación basada en el peso para medir la longitud de inserción de la SG en RN se colocarán significativamente más en la ubicación intragástrica correcta.	-NEMU -Fórmula basada en peso → $3 \times \text{kg} + 13$
8 (7)	Freeman D, 2012.	Evaluar la frecuencia de colocación correcta de SG y determinar una fórmula basada en el peso para estimar la longitud de inserción.	Observacional, analítico, prospectivo. 87 RNs	218 Rx de lactantes con un peso de 397-4131 g. 74% ocasiones posición correcta (NEX + 1 ó 2 cm). Al analizar los datos de las posiciones correctas de la sonda, se derivaron fórmulas para predecir la longitud de inserción de la sonda en centímetros: SOG [$3 \times \text{peso (kg)} + 12$] SNG [$3 \times \text{peso (kg)} + 13$]. Fórmulas predijeron correctamente el 60 % de las SOG mal colocadas y el 100 % de las SNG mal colocadas.	Propone una nueva fórmula basada en el peso para la estimación de la longitud de inserción de la SG en RNs para mejorar la precisión de este procedimiento de rutina.	-Fórmula basada en peso → $3 \times \text{kg} + 12/13$
12 (8)	Lopez LS, 2019.	Identificar la prevalencia de las técnicas de medición para inserción de catéter gástrico en neonatos prematuros, utilizadas por el equipo de enfermería de la unidad de terapia intensiva neonatal	Observacional, descriptivo. 52 profesionales	Se encontraron seis técnicas distintas, que variaron de acuerdo con la vía de inserción, oral y nasal. La mitad de ellas no se encuentran en la literatura médica.	Las técnicas más prevalentes fueron CEX (comisura labial-oreja-xifoides) - NEX - ENX (oreja-nariz-xifoides). Ninguna de ellas fue validada para neonatología debido a la escasez de investigaciones hacia los neonatos.	-NEX -CEX -ENX

n°	Autor, año	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión	Método medición
14 (9)	Nguyen S, 2016.	Revisar la tasa de colocación correcta de la SG, según lo confirmado por radiografía, después de incorporación de la fórmula basada en el peso en la práctica.	Observacional analítico, prospectivo. 107 RNs	195 Rx, posición correcta de la SG fue en un 84% de los casos. Mejora estadística y clínicamente significativa.	La implementación de la ecuación basada en el peso para la longitud de la SG mejora las tasas de posición correcta. Se necesitan más estudios que comparen la precisión de las estimaciones de longitud / altura y basadas en el peso para la inserción de la SG en RN prematuros y prematuros extremos.	-Fórmula basada en peso → $3 \times \text{kg} + 12/13$
*15 (10)	Parker LA, 2018.	Comparar prácticas de enfermería neonatal con respecto a los métodos utilizados para determinar la longitud de inserción de la SG y verificación.	Observacional, descriptivo. 60 enfermeras	- 63% utiliza método nariz-oreja-medio camino a ombligo (NEMU) / 50% de los protocolos / precisión hasta 90% - 32% utiliza método nariz-oreja-xifoides (NEX) / 30% de los protocolos.	falta de coherencia entre la práctica de enfermería y los métodos basados en la evidencia.	-NEMU -NEX
16 (11)	Quandt D, 2009.	Evaluar la colocación de la sonda de alimentación de forma retrospectiva a través de las radiografías.	Observacional, descriptivo. 173 RNs	381 Rx, 303 evaluables: - 41% colocaciones correctas (124 Rx). - 59% colocaciones incorrectas (179 Rx)	Se necesitan mejores reglas para medir la distancia de la sonda y métodos mejorados para confirmar la posición correcta.	-NEX

Nota. Esta tabla muestra los autores-año, objetivo, metodología, resultados, conclusión y método de medición estu-

TABLA 4: Referencias clasificadas en “Técnicas de confirmación de ubicación de la sonda gástrica”

nº	Autor, año	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión	Método de confirmación
2 (12)	Atalay YO, 2019.	Determinar si la ecografía de cabecera se puede utilizar para verificar la colocación de la SG en pacientes de cuidados intensivos neonatales.	Observacional, analítico, prospectivo. 51 RNs	Ecografía determinó correctamente la ubicación de la SG (sensibilidad del 92,2%). No pudo determinar la ubicación en cuatro neonatos (7,8%). En un bebé, la SG se colocó en el esófago, según la ecografía como radiografía. *90,1% inserción correcta con fórmula NEMU x ultrasonido, 98% x Rx *sonda colocada por médico.	Herramienta de diagnóstico eficaz y prometedora para determinar la ubicación de la SG en RNs. Se puede utilizar en tiempo real durante la colocación, como evaluación inicial y posterior. Se necesitan más estudios con una cohorte más grande.	-Ecografía
3 (13)	de Boer J, 2009.	Relacionar la posición del tubo gástrico con la cantidad de aire. Hipótesis: cuanto mejor sea la posición del tubo, menor será la cantidad de aire en el estómago.	Observacional, analítico, retrospectivo. 326 RNs	- 7,1% Uno o ambos orificios de las SG estaban en el esófago / 35,3% de las SG estaban enrolladas en el estómago / 5,5% puntas de las SG estaban más allá del esfínter pilórico - Se encontró aire sustancial o excesivo en el 37,7% de los casos. No hubo una correlación significativa entre la posición de la sonda nasogástrica y el aire gástrico ($r=-0.021$; $p=0.726$).	Las sondas nasogástricas estaban mal colocadas en casi la mitad de los casos (47,5%), y se encontró aire sustancial o excesivo en más de un tercio de los casos Hipótesis no fue confirmada, pero se encontró relación significativa entre tamaño del tubo y aire gástrico.	-Aire gástrico *no específica técnica de medición utilizada
5 (14)	Dias FSB, 2019.	Evaluar la precisión diagnóstica de la ecografía para verificar la colocación de la sonda gástrica en los recién nacidos.	Observacional, analítico, prospectivo. 159 RNs	Los tubos se colocaron correctamente en 157 casos (98,7%), según imágenes radiológicas, y en 156 casos (98,1%), según ecografía. El análisis de sensibilidad fue de 0,98 y el valor predictivo positivo fue de 0,99. No fue posible realizar un análisis de especificidad, ya que no hubo suficientes casos negativos en la muestra.	Ecografía buena sensibilidad, no fue posible evaluar la especificidad de la ecografía	-Ecografía *formas utilizadas para medición: NEMU o fórmula basada en peso

nº	Autor, año	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión	Método de confirmación
7 (15)	Dias FSB, 2019.	Confirmar la precisión de la prueba de pH en identificar el posicionamiento de la SG en RNs.	Observacional, descriptivo. 162 RNs	La media del pH fue 3,36. Considerando el punto de corte de $pH \leq 5,5$, la sensibilidad fue 96,25%, especificidad 50%, valor predictivo positivo 99,35% y valor predictivo negativo 14,29%	Sensible para identificar el posicionamiento correcto de la sonda gástrica	-pH
9 (19)	Gray C, 2018.	Resumir la evidencia con respecto a la efectividad clínica y la rentabilidad de las pruebas de pH gástrico para recién nacidos para confirmar la colocación de la sonda de alimentación NG o OG	Revisión sistemática **ningún estudio cumplió criterios	No se identificó evidencia con respecto a la efectividad clínica o costo-efectividad de las pruebas de pH gástrico. No se identificaron pautas basadas en evidencia con respecto al uso de pruebas de pH gástrico para recién nacidos.	No se identificó evidencia con respecto a pruebas de pH para confirmación de SG específicamente en RN, no se analizó por separado esta población. Se necesitan investigaciones futuras para confirmar la colocación, puntos de corte apropiados para edad, seguridad y pautas.	-pH
10 (16)	Imamura T, 2013	Determinar si el método azul cielo es confiable para confirmar la colocación del tubo gástrico.	Observacional, analítico, prospectivo. 55 RNs	La colocación de SG mediante el método azul cielo se consideró exitosa en 52 colocaciones (94,4%) - 5,6% (3 fracasos) imposibilidad de obtener índigo carmín (IC) del espacio gástrico. No se observaron efectos adversos durante el periodo de cambio de tubo.	El método azul cielo puede considerarse como confiable para la confirmación de la colocación de la SG. Sugiere que las evaluaciones radiológicas podrían reducirse en un futuro.	-Solución índigo-carmín
11 (17)	Kemper C, 2019.	Informar los valores de pH del aspirado de SG en infantes y evaluar los factores que pueden influir en los valores de pH	Observacional, descriptivo. 1024 RNs	97,51% de los valores de pH fueron ≤ 5 . SOG, alimentación continua, intervalo de alimentación de 4 horas o más y exposición a medicamentos se asociaron a una mayor probabilidad de valores $pH > 5$. Con cada variable de estudio la mayoría de los valores de pH fueron 5 o menos.	Hallazgos sugieren que pH para ubicación de la SG es recomendado para evaluar colocación en población neonatal. La investigación futura debe evaluar prospectivamente el pH de SG en comparación con Rx. Se deben explorar otros factores que podrían influir	-pH

nº	Autor, año	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión	Método de confirmación
13 (20)	Mikami T, 2019.	Evaluar la acidez gástrica durante las primeras horas de vida y evaluar el momento apropiado para evaluar el pH en estos lactantes.	Observacional, analítico, prospectivo. 87 RNs	559 muestras (61,2%). En el análisis post-hoc, el tiempo de corte para pH ≤ 5 fue de 8 h después del nacimiento, con una sensibilidad de 0,77 y una especificidad de 0,91.	La determinación del pH gástrico podría usarse para confirmar la colocación de la sonda y la alimentación segura por sonda a las 8 h después del nacimiento.	-pH
*15 (10)	Parker LA, 2018.	Técnicas utilizadas para verificación de colocación gástrica .	Observacional, descriptivo. 60 enfermeras	- 98% utiliza auscultación de silbido para verificar - 83% aspiración contenido gástrico	Ninguno de los métodos de verificación está respaldado por pruebas ni se recomienda su uso. Falta de coherencia entre la práctica de enfermería y los métodos basados en la evidencia.	-Auscultación de silbido -Aspiración contenido gástrico
17 (18)	Quandt D, 2013.	Determinar si la inyección de aire a través de una SG antes de tomar radiografías mejora la evaluación radiológica de su posición.	Ensayo clínico no aleatorizado. 278 RNs	La definición de la posición exacta de la sonda gástrica fue posible en el 95% del grupo de estudio en comparación con el 78% en el grupo de control	Insuflar aire antes de la toma de Rx en RN mejora la visibilidad de la burbuja de gas del estómago, y por lo tanto, la definición de la posición exacta. Método fácil de realizar y se justifica su práctica en la rutina.	-Aire gástrico / Rx

Nota. Esta tabla muestra los autores-año, objetivo, metodología, resultados, conclusión y método de confirmación estudiado.

*15 incluido en ambas categorías

Análisis descriptivo de mallas curriculares de la carrera de obstetricia en Chile en el año 2023.

Descriptive analysis of midwife's career curriculum in Chile in 2023.

Catalina Aroca Hidalgo¹, Pablo Gálvez Ortega²

¹Matrona, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027, Independencia, Santiago

²Matrón, Profesor asociado. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 1027, Independencia, Santiago. Autor correspondal: pablogalvez@uchile.cl.

*Autor para correspondencia: pablogalvez@uchile.cl

RECIBIDO: 24 de Octubre de 2023

APROBADO: 08 de Enero de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.3872

ESTE DOCUMENTO DERIVA DE UNA TESIS DE PREGRADO
LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: *Curriculum, Educación, Matronería.*

Key words: *Curriculum, Education, Midwifery.*

RESUMEN

Objetivo: analizar la composición curricular de la carrera de Obstetricia en las casas de estudio que la imparten en Chile en el año 2023.

Material y método: estudio observacional descriptivo. Para la ejecución de la investigación se aplicó una pauta de caracterización confeccionada para este estudio. Se recopilaron veinticinco mallas curriculares de la carrera, impartidas ese año

Resultados: el 56% de las universidades que ofrecen este programa son instituciones privadas. Las sedes en las que se imparte esta carrera se concentran en la Región Metropolitana, con un 37,5% del total. Los cursos contenidos en las mallas curriculares se distribuyen en un 91,68% en los primeros cuatro años de carrera, concentrándose principalmente en las áreas de ciencias básicas, formación general y disciplinar clínico, con un 52,12% del total. Los pertenecientes a las áreas de obstetricia, ginecología y neonatología corresponden a un 22,84% del total, en tanto que los teóricos predominan en los primeros

cuatro años de la carrera y corresponden al 87,52% del total de cursos analizados, mientras que los de tipo anual son el 5,22% del total de cursos.

Conclusión: las mallas de la carrera de obstetricia en Chile, en el año 2023, destacan por contener en su mayoría cursos asociados a las áreas de ciencias básicas, formación general y disciplinar clínico. Se observó que los cursos teóricos se destacan en proporción a los de aplicación clínica y los de formato semestral por sobre los anuales.

ABSTRACT

Objective: the objective of the study was to analyze the curricular composition of the midwife's career in the different universities that teach the degree, in Chile during the year 2023.

Material and method: descriptive observational design. For the execution of the research, a characterization guideline specially prepared for this study was applied 25 curriculums were collected to carry out the investigation, all of them corresponding to the midwife's career.

Results: the universities that offer the midwives career in 56% are private institutions. The campuses of these universities concentrated in the Metropolitan region with 37.5% of the total. The courses contained in the curriculum are distributed in 91.68% in the first four years of the degree, concentrating in the basic sciences, general training and clinical discipline areas with 52.12% of the total, those belonging to the areas of obstetrics, gynecology and neonatology correspond to 22.84% of the total, the theoretical ones predominate in the first 4 years of the degree and correspond to 87.52% of the total courses analyzed, finally those of an annual type correspond to 5, 22% of the total courses.

Conclusion: the courses of the midwife's career in Chile in the year 2023 stand out for containing mostly courses associated with the areas of basic sciences, general training and clinical discipline. It was observed that the theoretical courses stand out in proportion to those of clinical application and those of semester format over the annual ones.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la matronería en Chile tiene su origen en el siglo XIX. En esa época, el precario oficio de atender partos por parte de las llamadas parteras o comadronas dio lugar, a raíz de la necesidad de mejorar las condiciones sanitarias de la población, a la profesionalización de este rubro que hoy ejercen las matronas y matrones. (1) Progresivamente, con el paso de los años, la formación cada vez más integral de las matronas y matrones ha habilitado y consolidado su participación en los programas de Salud de la Mujer, del Adolescente, de la Atención Primaria, Secundaria, Terciaria y de la Salud Pública, desempeñándose unas y otros en roles asistenciales, de gestión, investigación y docencia. (2)

Actualmente, los profesionales de la matronería cumplen su rol en diversos entornos, tanto intra como extra hospitalarios, a través del apoyo, cuidado y consejo a la mujer durante el embarazo, parto y posparto, cuidado del recién nacido, consejería y educación en materias de salud sexual y reproductiva para la mujer, la familia y la comunidad. (3) En nuestro país, el desarrollo del profesional de las matronas y matrones ha sido particular y casi único a nivel global, caracterizándose por entregar cuidados regularizados, de calidad y atinentes a la mujer, el recién nacido, la familia y la comunidad. (2)

El título profesional de matrona o matrona se obtiene en Chile a través del estudio de la carrera de Obstetricia o cualquiera de sus denominaciones, dependiendo de la casa de estudios que la imparte. Esta carrera tiene una duración de diez semestres y una malla curricular basada en un sistema de prerrequisitos por curso (2).

Para graficar parte del plan de estudios de esta disciplina, se crean las mallas curriculares. Se entiende por el concepto de malla curricular la representación gráfica de todas las asignaturas o cursos impartidos para una carrera universitaria, de otras actividades académicas del plan de estudio, de salidas intermedias y del momento en que se obtiene el título y/o grado (4). Las mallas son utilizadas por los departamentos o escuelas para que los estudiantes interesados en la carrera puedan tener una visión de, por ejemplo, cuántos años dura la carrera, cuantos cursos son en total o la cantidad de cursos prácticos.

Los planes de estudios cuentan con un perfil de egreso, el cual “expresa la finalidad de la formación de un programa de pregrado y es el referente sobre el cual se proyecta el plan de formación” (5), para cumplir con este perfil de egreso se tienen ámbitos, los que se definen como las “familias de problemas que describen y representan los campos de acción propios de una profesión o disciplina”, como por ejemplo la atención o gestión clínica. Cada ámbito tiene competencias clasificadas en genéricas, transversales, clínicas, siendo estas últimas alcanzadas a través de los cursos. Los cursos tienen propósitos formativos alineados con el perfil de egreso y son organizados en líneas formativas según su naturaleza o propósito. (6)

En la literatura, las investigaciones sobre las mallas curriculares se realizan con la finalidad de mejorar los planes de estudio en base a la innovación curricular, tanto en el pregrado como en el postgrado. Las mallas curriculares, y a su vez, los planes de estudio cambian con frecuencia para formar profesionales competentes en sus áreas, que puedan cumplir con lo estipulado en los perfiles de egreso de cada carrera. La investigación basada en la evidencia hace que cada vez más las nuevas generaciones de profesionales deban mantenerse actualizadas. Sin embargo, la literatura sobre mallas curriculares es escasa (7).

Si bien hasta la fecha se han hecho análisis cualitativos acerca de las competencias asociadas a la partería y su estudio (8), como también la descripción de diferentes procesos de mejora en el currículum asociado a esta carrera (9), según la revisión realizada, a la fecha no se ha publicado un análisis asociado a la descripción de las mallas curriculares que forman estos profesionales, muchos menos en Chile.

El objetivo del presente estudio es analizar la composición curricular de la carrera de Obstetricia en las diferentes casas de estudio que la imparten en Chile en el año 2023.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo observacional descriptiva. Presenta el análisis de veinticinco mallas curriculares correspondientes a la totalidad de universidades que imparten la carrera de Obstetricia en Chile al año 2023.

Los criterios de inclusión fueron: corresponder a la carrera de Obstetricia o cualquiera de sus variaciones en denominación y encontrarse en internet con acceso libre. El estudio no consideró criterios de exclusión.

Las mallas curriculares se obtuvieron a partir de fuentes oficiales de cada casa de estudio en su versión más actualizada con una antigüedad máxima de cinco años con consulta en julio 2023.

Los descriptores utilizados fueron: curriculum, education, midwives y sus respectivas traducciones al español dependiendo de la base de datos utilizada en el momento.

VARIABLES DE ESTUDIO

La construcción de la categorización se generó a partir de una primera revisión de los cursos contenidos en cada programa de estudio. El criterio primario de clasificación de las asignaturas se basó en la contención de uno de los términos claves, es decir, según su aparente naturaleza, los cuales además dan en su mayoría nombre a cada categoría.

Dentro de la clasificación de ciencias básicas se encuentran todos los estudios basados en las disciplinas de las ciencias exactas, físicas y naturales (10). En ciencias sociales se contabilizó a las asignaturas

asociadas a las disciplinas de antropología y psicología. Con “formación general” se agrupó a todas las asignaturas con temáticas en idiomas, cultura, competencias académicas, desarrollo personal, religión y deportes.

En las clasificaciones de obstetricia, ginecología y neonatología se agrupó a todo curso el cual en su denominación tuviera explícitamente expresado uno de estos tópicos. En caso de representar a más de uno de estos de forma explícita, por ejemplo “gineco-obstetricia”, se contó a esta asignatura dentro de cada una de las clasificaciones que correspondiera, es por esto también que la suma de los cursos dentro de sus respectivas clasificaciones puede superar al número total de cursos dentro de la malla.

Dentro del apartado de “disciplinar clínico” encontramos cursos: asociados a competencias o habilidades transversales al ejercicio de la profesión en estudio en cualquiera de sus áreas, que en su denominación contienen el término “matronería” como tal y asociados a un nivel de atención de salud o práctica clínica sin especificar la unidad de aplicación o trabajo.

En la clasificación de Investigación se integró a toda asignatura que contuviera este concepto, algún estudio asociado o el trabajo en los proyectos de titulación de los estudiantes. Dentro de la clasificación de Gestión se incluyó, además de los cursos explícitamente pertenecientes a ésta, el estudio de la salud pública, el gerenciamiento o liderazgo. En Ética y matronería legal se encuentran agrupadas todas las asignaturas asociadas a ética profesional, medicina legal y sus variaciones. A Salud Comunitaria se le adjuntó también todo curso asociado a educación para la salud. Clasificados como electivos está toda asignatura que se denomine como tal en la unidad de análisis y como Otros a toda cual no se ajuste a las descripciones antes explicadas.

Una vez clasificados los cursos según el área de estudio, se procedió también a clasificarlos según si correspondían a una naturaleza teórica o práctica-clínica, esta categorización se realizó a partir de la presencia de los términos “práctica”, “clínica” y/o “internado” en su denominación y del año curricular al que pertenecen estos cursos. Finalmente se clasificaron los cursos según el tipo de régimen de estudio, es decir, si corresponden a cursos de tipo semestrales o anuales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio resguarda la información de las instituciones al no considerar en el análisis los nombres de las universidades. Se utilizó como medida de protección la asignación de un código a cada malla curricular previo a su caracterización correspondiente, además de solo una persona tener acceso a la información antes descrita.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento especialmente creado por la autora para la presente investigación tomando en consideración los datos necesarios y atingentes para realizar una correcta caracterización de las casas de estudio en observación. Este instrumento se validó mediante la revisión de expertos previo a su implementación y fue aplicado al momento de recolectar las mallas desde su fuente (**Anexo 1**). La información obtenida del instrumento fue vaciada y analizada en programa Excel (R).

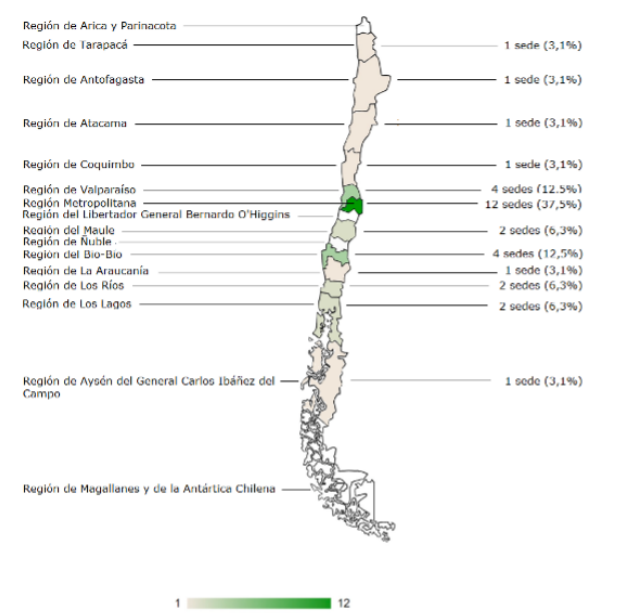
Una vez quitada la identificación de cada unidad se procedió a la clasificación y contabilización de los cursos según las categorías definidas anteriormente. A partir de la información recabada se creó una base de datos digital para su posterior análisis.

TABLA 1: Caracterización de la carrera y sus respectivas casas de estudio.

Tipo de institución	Privada = 14 universidades (56%)
	Estatal = 11 universidades (44%)
Años de acreditación de la institución	3 años = 3 universidades (12%)
	4 años = 4 universidades (16%)
	5 años = 11 universidades (44%)
	6 años = 4 universidades (16%)
	7 años = 3 universidades (12%)
Años de acreditación de la carrera	Sin acreditación = 19 universidades (76%)
	5 años = 3 universidades (12%)
	6 años = 2 universidades (8%)
	7 años = 1 universidad (4%)

Frente al potencial de sesgo en este tipo de investigaciones (11) se tomaron medidas de control asociadas a la variable de estudio, observador y al instrumento (12). Las variables de estudio, es decir, los cursos contenidos en las mallas curriculares estudiadas, pueden ser modificadas o actualizadas por las universidades con el fin de generar mejoras en sus planes de estudio, lo cual se explicita por las en-

FIGURA 1: Mapa de calor - Concentración de sedes en las que se imparte la carrera de Obstetricia en Chile



tidades en sus plataformas digitales en la totalidad de los casos, es por esta razón que la caracterización se hace asociada a la fecha de última consulta planteada anteriormente.

Posibles errores en la clasificación de las variables fueron previstos y minimizados mediante la previa definición de cada categoría de las variables mediante palabras claves y términos asociados. Las mallas curriculares no requieren de condiciones especiales para su observación, tampoco se existen dificultades asociadas a la naturaleza de la medición. La clasificación de los distintos cursos según las variables de estudio se realizó en tres oportunidades diferentes espaciadas por seis meses con el fin de disminuir errores de medición y sesgos asociados al observador. Los posibles sesgos asociados al instrumento de medición fueron esclarecidos y controlados como se describió en el apartado de "análisis de los datos" en el texto.

RESULTADOS

Del total de universidades que imparten la carrera de Obstetricia, se observa que catorce corresponden a instituciones de tipo privado y once a establecimientos de tipo estatal, siendo un 56% y un 44% del total respectivamente. Las instituciones se encuentran acreditadas desde los tres hasta los siete años, algunas a la fecha en proceso de reacreditación.

La carrera de Obstetricia como tal también se encuentra acreditada en seis de las veinticinco instituciones que la imparten, desde cinco hasta siete años. En la Tabla 1 podemos observar el desglose de esta información.

Respecto a la denominación de la carrera, esta recibe como nombre obstetricia y puericultura en 18 casos, obstetricia en 5 casos y obstetricia y neonatología en 2 casos impartándose en un total de 32 sedes a lo largo de Chile.

En el mapa de calor a continuación se puede observar la distribución de las distintas sedes a lo largo de Chile y su respectiva proporción del total.

La cantidad total de cursos contenidos en las mallas curriculares van desde los treinta y uno hasta los sesenta y ocho, con una media de cuarenta y nueve por malla curricular. Durante el primer año de la carrera se observa una media de 12,48 cursos correspondiendo estos a un 25,45% del total de cursos contabilizados en las mallas. A lo largo del segundo, tercer y cuarto año de carrera se observó una distribución decreciente pero similar con un promedio de 12,76, 10,68 y 9,04 cursos por malla lo que equivale a un 26,02%, 21,78% y 18,43% respectivamente. Respecto al quinto año de carrera la cantidad de cursos asociados a este periodo disminuye a un promedio de 4,08 cursos por malla correspondiendo a un 8,32% del total.

Las mallas curriculares presentan un promedio de 9,24, 7,68 y 7,64 cursos de ciencias básicas, formación general y disciplinar clínico respectivamente, siendo estos 3 tipos de líneas formativas las de mayor frecuencia equivalentes a un 52,12% del total de cursos.

Respecto al área de obstetricia, los cursos asociados se encuentran presentes entre 1 y 8 veces con un promedio de 4,12 cursos por malla. En el caso de los cursos asociados al área de ginecología entre 2 y

TABLA 2: Caracterización de mallas curriculares según cantidad de cursos por año curricular, áreas de estudio teóricos y prácticos y régimen curricular

Número de cursos	Rango	Media	Porcentaje del total (%)
Total	[31 - 68]	49,04	100
Número de cursos por año curricular			
Primer año	[9-18]	12,48	25,45
Segundo año	[10-16]	12,76	26,02
Tercer año	[4-15]	10,58	21,78
Cuarto año	[3-15]	9,04	18,43
Quinto año	[1-8]	4,08	8,32
Número de cursos según área de estudio			
Ciencias básicas	[6 - 16]	9,4	19,17
Ciencias sociales	[0 - 4]	2,0	4,08
Formación general	[2 - 18]	6,52	13,30
Disciplinar clínico	[3-22]	9,64	19,66
Obstetricia	[1 - 8]	3,76	7,67
Ginecología	[0-9]	3,56	7,26
Neonatología	[2-10]	3,88	7,91
Investigación	[2-8]	3,68	7,50
Gestión	[2-9]	4,04	8,24
Ética y matronería legal	[0-3]	1,24	2,53
Salud comunitaria	[0 - 5]	2,4	4,89
Cursos electivos	[0 - 5]	1,28	2,61
Otros	[0 - 4]	0,32	0,65
Número de cursos según su naturaleza teórica o práctica-clínica			
Cursos teóricos	[29-57]	42,92	87,52
Cursos práctico-clínico	[2-15]	6,12	12,48
Número de cursos según su naturaleza semestral o anual			
Cursos semestrales	[28-67]	46,48	94,78
Cursos anuales	[0-13]	2,56	5,22

14 veces por malla con un promedio de 4,56 y neonatología entre uno y seis cursos por malla con un promedio de 3,32. Las tres áreas disciplinares mayormente reconocidas de la carrera corresponden en su suma a un 22,84% del total de los cursos de las mallas.

En cincuenta y nueve cursos, que corresponden al 4,81% del total, se identificó más de una palabra clave asociada a diferentes áreas de estudio, por lo que se les clasificó según el número de éstas en dos o tres categorías según el caso. Ocho cursos fueron categorizados como Otros, al no denotar pertenencia a alguna de las áreas mencionadas.

De la sumatoria total de cursos presentes en las mallas curriculares analizadas, un 12,48% correspondió a cursos de tipo clínico. Durante el primer año de carrera, el 100% de las mallas se compone exclusivamente de cursos teóricos, según su descripción. Asimismo, las escuelas comienzan a integrar cursos de naturaleza clínica a partir del segundo año, en un 20% de los casos. En este nivel curricular los cursos teóricos predominan correspondiendo a un 98,12%.

En tercer año en un 44% de los casos inicia con actividades de tipo clínicas siendo estas un 9,74% del total de cursos del nivel. En cuarto año en un 12% de los casos se observó la implementación por primera vez de actividades clínicas las cuales ocupan el 20,35% de los cursos del cuarto año. Quinto año es el único en el cual las actividades clínicas superan a las teóricas en un 73,53% versus un 26,47%, en un 24% de las mallas este año curricular es el primero en presentar actividades de tipo asistenciales. Los cursos teóricos predominan en los primeros cuatro años de la carrera y corresponden al 87,52% del total de cursos analizados. Un 44% de las mallas curriculares presentan cursos de tipo anuales, este tipo de cursos están contenidos en el primer y segundo año de la carrera en un 6,25% en ambos casos, en tercer año los cursos anuales aumentan a un 18,75%, en cuarto año a un 25% y finalmente en quinto año a un 43,75%. Estos cursos corresponden – en suma – al 5,22% del total de cursos analizados en el estudio. El desglose de la información antes presentada se puede observar en detalle en la Tabla 2 del texto.

DISCUSIÓN

Todo estudiante al momento de elegir su carrera universitaria e institución genera expectativas respecto a su formación profesional y personal (13). Por

esto, a la hora de realizar esta elección, es clave que los futuros profesionales investiguen acerca del perfil de las universidades y los planes de formación que ofrece la carrera de su interés.

Respecto a la elección de una casa de estudio estatal o privada, la evidencia actual no asocia necesariamente una mejor calidad a un tipo de institución (14). Como aseguramiento de la calidad de la educación superior en Chile se utiliza como instrumento la acreditación institucional (15), la cual mediante su obligatoriedad, a partir del año 2018 (16), asegura estándares de logro de criterios en la formación de profesionales (17). Si bien las mallas curriculares son diseñadas bajo el principio de libertad de cátedra en Chile según los criterios planteados por cada institución (18), estas entidades, mediante su acreditación, aseguran la homogeneidad y consistencia de las mallas de pregrado y de la formación de sus profesionales (17).

Según las normas que rigen actualmente en el país, la acreditación de las carreras de pregrado se plantea como selectiva en conjunto a la acreditación institucional (16). En el área de la salud, se plantean como excepción a esta regla las carreras de Medicina y Odontología ya que “resulta necesario que los graduados de estas carreras desarrollen habilidades específicas en el campo de la investigación e innovación en el área de la salud” (17). Pese a esto, los planes de estudio de Obstetricia pueden optar a una certificación de calidad, la cual cuenta con una de las mayores tasas respecto a otras carreras del área (19). Esto da cuenta de su lineamiento a las necesidades del país, su regulación sanitaria y actualización basada en la evidencia (20).

El profesional que se titula de la carrera de Obstetricia en cualquiera de sus denominaciones se le reconoce como matrona o matrona en Chile, adicional a la licenciatura que se obtiene al término del octavo semestre, y si bien se deben tomar en cuenta las diferencias en su formación, no se debe dejar de poner atención a todas similitudes que existen y que en su conjunto generan su identidad (21), tal como lo simboliza la característica utilización del uniforme rojo en los diversos espacios de desempeño profesional (22).

La descentralización es una problemática abordada hace al menos setenta años nuestro país, si bien se han implementado una serie de estrategias para combatirla, especialmente en el área de salud

y educación (23), podemos observar en los resultados del presente estudio que es un fenómeno que se sigue dando a lugar a nivel nacional. Pese aún a la existencia de este problema, con el transcurso de los años se ha observado una mejora asociada a la apertura de la carrera en diversas universidades tanto estatales como privadas con sedes en regiones distintas a la metropolitana a nivel nacional (24).

La construcción de mallas curriculares, es decir, su contenido y distribución, no es un proceso azaroso (25), según López en el año 2017, las Instituciones de Educación Superior (IES) “desarrollan procesos de creación, modificación, revisión, o innovación curricular atendiendo a los parámetros de calidad educativa, nuevos modelos y métodos de enseñanza y aprendizaje, demandas del medio, y a impulsos de competencia y posicionamiento entre las comunidades académicas” (26) es por esta razón que el diseño de las mallas se considera un proceso complejo el cual requiere la integración y compromiso de no solo expertos (25) sino de todos los componentes de la comunidad educativa (27).

Todo profesional de salud necesita como base para el ejercicio de su trabajo las ciencias básicas (28), el estudio de materias asociadas a su disciplina específica (29) y una formación integral a través del desarrollo personal y de habilidades socioemocionales (30), a partir de estas necesidades es que se fundamenta la mayor proporción de cursos asociados a estas materias en las mallas curriculares.

Tal como se pudo observar en la caracterización de las mallas curriculares, el área disciplinar clínica, la obstetricia, ginecología y neonatología aplicada por el profesional matrn o matrona, se pueden estudiar cada una de forma aislada como también de forma conjunta, este fenómeno se da a lugar a partir de la focalización del trabajo de estos profesionales, en la mayoría de los casos, al grupo específico de la mujer a lo largo de su ciclo vital y reproductivo y su hijo desde un enfoque integral (31).

La complementariedad de la teoría y la práctica es clave en la formación de los profesionales del área de la salud ya que les permite no solo aprender cómo funcionan las cosas sino que además aprenden su aplicación a la realidad permitiéndoles construir un mejor proceso de enseñanza-aprendizaje (32), a raíz de esta observación es que se releva la importancia

de la implementación de cursos clínicos a lo largo de la formación curricular de los futuros matrones y matronas, en especial en etapas tempranas de la carrera ya que representa en el estudiante una oportunidad de mejorar lo aprendido en la teoría, ampliar sus conocimientos, aplicar técnicas y realizar procedimientos (33).

Una de las aristas que considera el proceso de enseñanza aprendizaje es el régimen de estudio ya que esta afecta directamente el desempeño de los estudiantes, la opinión de estos últimos respecto a qué metodología es mejor se resume en no privilegiar una por sobre la otra ya que cualquier técnica de aprendizaje va a generar resultados positivos en su proceso (34).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La caracterización utilizada en este estudio se basa en percepciones de la autoría de este documento, no representando necesariamente una clasificación estandarizada, sin embargo frente a esta situación es que se tomaron en cuenta las medidas de control de sesgo.

Dentro del proceso de caracterización de las mallas se observó la ausencia de, por ejemplo, cursos asociados al área de medicina legal y ética en un 16% de los casos lo que no denota necesariamente la ausencia de este contenido en la formación de los profesionales. Debemos considerar que las mallas curriculares son un componente del plan de estudio, es por esto que su visualización directa sin incluir otros componentes curriculares podría generar sesgos en la observación.

A raíz de lo anterior es que se releva la importancia de realizar posteriores análisis complementarios a la información presentada tomando en consideración, por ejemplo, los programas y creditaje asociado a los cursos presentes en las mallas a modo de profundización.

CONCLUSIÓN

La composición curricular de las mallas de la carrera de obstetricia en Chile, en el año 2023, destaca por contener en su mayoría cursos asociados a las áreas de ciencias básicas, formación general y disciplinar clínico. También se observó que los cursos teóricos se destacan en proporción a los de apli-

cación clínica, con un 87,52%, y que los cursos en formato semestral también predominan en cantidad por sobre los anuales correspondiendo a un 94,78% del total.

Los hallazgos de esta investigación impactan de manera significativa ya que permiten a la comunidad científica de matronas y matrones de Chile reconocer la diversidad curricular que existe a nivel nacional sobre la formación de pregrado, lo que enriquece los distintos perfiles de egreso en nuestra sociedad acorde a las necesidades locales de cada institución educativa y al sello propio de cada una. Actualmente no existe evidencia que demostrara esta diversidad, por lo que este documento potencia la investigación en matronería sobre su formación profesional.

De esta investigación se desprenden otras inquietudes que pueden ser analizadas en otros procesos investigativos y que permitirían complementar la información presente en este documento.

Destaca el hecho de medir si la diversidad en la formación genera profesionales que sean capaces de desempeñarse laboralmente en otros lugares geográficos distintos al original. Adicionalmente, se puede buscar la relación entre las líneas disciplinares o área de formación de las distintas universidades y su impacto en el desempeño laboral. Finalmente, se invita a los lectores a buscar la percepción de egresados y egresadas de las distintas casas de estudios, para verificar si existen fortalezas y debilidades relacionadas con la estructura del plan de estudio o de la construcción de la malla curricular.

Finalmente, con los resultados presentados es posible indicar que la formación de pregrado de matronas y matrones en Chile es muy heterogénea desde la mirada de sus mallas curriculares, sin embargo hay aspectos que unifican su formación y potencian áreas diferentes a la disciplinar, como las ciencias sociales o las ciencias básicas.

Se recomienda a los cuerpos docentes o educativos a innovar en la construcción de planes de formación de matronería, permitir la creatividad de sus estudiantes y fortalecer constantemente la modernización de los procesos educativos, no solo enmarcado en lo disciplinar, sino también en nuevas áreas del conocimiento.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las personas que permitieron llevar a cabo este estudio, dentro de ellas, académicos/as y estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile.

REFERENCIAS


1. **Zárate, M.** De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calid educ* [Internet]. 2007 [citado el 27 de septiembre de 2022];0(27):284. Disponible en: <https://www.calidadenlaeducacion.cl/index.php/rce/articulo/view/227/232>
2. **Muñoz, L.** Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2020 Abr [citado 2022 Sep. 27]; 85(2): 115-122. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000200115&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200115>.
3. **International Confederation of Midwives.** Documento Básico Definición Internacional de Matrona de la ICM [Internet]. 2017. Disponible en: https://internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/8.1-definition-of-the-midwife_es.pdf
4. **Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.** Modelo curricular y lineamientos para el diseño curricular en Pregrado [Internet]. Pucv. cl. [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.pucv.cl/uuaa/site/docs/20201016/20201016121710/modelo_curricular_y_lineamientos_para_el_diseno_curricular_de_pregrado.pdf
5. **Universidad de Chile.** (2021). Modelo educativo de la Universidad de Chile. Universidad de Chile. <https://doi.org/10.34720/DE4P-1K12>
6. **Toledo, G.** El currículum en la formación universitaria docente: aportes para un análisis crítico. *Rev virtual Univ Catól Norte* [Internet]. 2022;(66):183-212. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35575/rvucn.n66a8>

7. **Acevedo, L., Cartagena, C., Palacios, L., Gallagos, A.** Análisis comparativo de mallas curriculares de programas tecnológicos de mercadeo. *Rev. CEA* [Internet]. 2019;5(9):97-112. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22430/24223182.1254>
8. **Firoozehchian, F., Zareiyani, A., Geranmayeh, M., Behboodi Moghadam, Z.** (2022). Domains of competence in midwifery students: a basis for developing a competence assessment tool for Iranian undergraduate midwifery students. *BMC Medical Education*, 22(1), 704. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03759-z>
9. **Muraraneza, C., Mtshali, G.** (2021). Planning reform to competency-based curricula in undergraduate nursing and midwifery education: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 106(105066), 105066. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105066>
10. **Puga, A., Puga, G.** Investigaciones en educación médica, necesarias para el desarrollo científico y docente en residentes de Ciencias Básicas Biomédicas. *Gac méd espirit* [Internet]. 2022 [citado 27 Sep 2022];24(2). Disponible en: <http://revgmespiritua-na.sld.cu/index.php/gme/article/view/2433>
11. **Arguedas, O.** Tipos de diseño en estudios de investigación biomédica. *Acta méd. costarric* [Internet]. 2010 Mar [cited 2023 July 13]; 52(1): 16-18. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000100004&lng=en.
12. **Manterola, C., Otzen, T.** Los sesgos en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2015 Sep [citado 2023 Jul 13]; 33(3): 1156-1164. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000300056&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056>.
13. **Sparling, F.** Expectativas de estudiantes sobre su formación universitaria. *Carretera de Obstetricia*. Instituto Dr. Andrés Barbero. San Lorenzo-Paraguay. 2018. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2021 Apr [cited 2023 July 13]; 19(1): 79-85. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-952820210001000079&lng=en. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.01.79>.
14. **Huerta, P., Gaete, H.** Análisis de la dependencia de la acreditación institucional: Un estudio comparativo de universidades en Chile. *Actual Investig Educ* [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v18i1.31748>
15. **Fleet, N., Pedraja, L., Rodríguez, E.** Acreditación institucional y factores de la calidad universitaria en Chile. *Interciencia* [Internet]. 2014;39(7):450-457. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33931446001>
16. **Espinoza, O., López, D., González, L., Pulido, S.** Calidad en la Universidad [Internet]. Instituto Interuniversitario de Investigación Educativa; 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Oscar-Espinoza/publication/338431356_Calidad_en_la_Universidad/links/5e148f4492851c8364b73cdb/Calidad-en-la-Universidad.pdf#page=92
17. **Comisión Nacional de Acreditación.** Criterios y estándares de calidad para la acreditación institucional y de programas [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.cnachile.cl/noticias/SiteAssets/Paginas/Forms/AllItems/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LOS%20CRITERIOS%20Y%20EST%C3%81NDARES%20DE%20CALIDAD%20DE%20LA%20EDUCACI%C3%93N.pdf>
18. **Madrid R.** El derecho a la libertad de cátedra y el concepto de universidad. *Rev. chil. derecho* [Internet] 2013. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372013000100016&script=sci_arttext
19. **Medina, E., Kaempffe, A.** Medicina y otras Carreras de la Salud en Chile: Un análisis preliminar. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2007 Oct [citado 2023 Jul 13]; 135(10): 1346-1354. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001000018>.
20. **González, L.** El impacto del proceso de evaluación y acreditación en las universidades de América latina [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.uned.ac.cr/academica/images/igesca/materiales/12.pdf>

21. **Balderas, M.** Identidad profesional en los estudiantes de enfermería [Internet]. Vol. 20. Revista mexicana de enfermería cardiológica; 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-092.pdf>
22. **León, C.** El uniforme y su influencia en la imagen social. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 Mar [citado 2023 Jul 13] ; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=es.
23. **Goic, A., Armas, R.** Decentralization of health care and medical teaching: The Chilean experience. Rev. méd. Chile [Internet]. 2003 Jul [citado 2023 Jul 13] ; 131(7): 788-798. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000700012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000700012>.
24. **Víctor, C.** Sistema de Acreditación Universitaria en Chile: ¿Cuánto hemos avanzado? [Internet]. Vol. 40. Estudios pedagógicos; 2014. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052014000100003&script=sci_arttext&lng=en
25. **Armijos, J., La Paz, A.** Características de la construcción curricular de las carreras universitarias de Contabilidad en Chile. Capic Rev [Internet]. 2021;18:1-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35928/cr.vol18.2020.106>
26. **López, A.** Características de los procesos de innovación curricular en las instituciones de educación superior de Chile [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales; 2017 [citado: 2023, julio]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/167725>
27. **Bitencourt, J., Martini, J., Léo, M., Conceição, V., Maestri, E., Biffi P., et al.** Structuring a philosophical and theoretical framework in the pedagogical project to teach nursing care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(suppl 6):e20190687. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0687>
28. **Petra, I., Herrera, P., Cortés, M.** Enseñanza de competencias en ciencias básicas. Medicina y áreas de la salud [Internet]. Vol. 3. Facultad de Medicina, UNAM, y McGraw Hill Education; 2014. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/gaceta/mar102k15/g_mar102k15.pdf
29. **Hernández, E., Quishpe, G., Leiva, L., Chi-caiza, J.** Innovación en el proceso educativo para la excelencia académica y científica en las ciencias básicas de salud. Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest [Internet]. 2023;8(1):76-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v8i1.1893.2023>
30. **Peña R, Milena A.** Las habilidades comunicativas en la formación profesional de los estudiantes de Enfermería y su importancia en las prácticas clínicas. Universidad Militar Nueva Granada; 2018.
31. **Molina, L., Rodríguez, V., Miranda, M., Hidalgo, M.** Recorrido histórico de la profesión de matrona: una revisión bibliográfica. Rev Paraninfo Digital, 2016; 25. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n25/335.php>> Consultado el 13 de Julio de 2023
32. **Melendez, S.** La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos [Internet]. Vol. 8. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores; 2020. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902020000800004&script=sci_arttext
33. **García, B., Siles, J., Martínez, M., Martínez, E., Manso, C., González, S. et al.** Percepciones de los estudiantes sobre sus vivencias en las prácticas clínicas. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2019 Sep [citado 2023 Jul 14] ; 16(3): 259-268. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000300259&lng=es. Epub 11-Feb-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.712>.
34. **Bracho, L.** Indicadores de confort relacionados con el desempeño académico de los estudiantes universitarios [Internet]. Vol. 24. TELOS: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales; 2022. Disponible en: <http://ojs.urbe.edu/index.php/telos/article/view/3633/4955>

ANEXOS

ANEXO 1. Pauta de caracterización de las Universidades, Escuelas o departamentos que imparten la carrera de Obstetricia.

 Pauta Caracterización de las universidades
Nombre del responsable:
Fecha:
Universidad:
Tipo de Institución: Estatal () Privada ()
Acreditación: Si () No () Años de acreditación: () años
Antigüedad de la Universidad:
Nombre de la carrera:
Tipo de Unidad: Escuela: () Departamento: ()
Antigüedad de la carrera en la universidad:
Número de Sedes en las que se imparte la carrera en Chile:
Región(es) en la(s) que se encuentra(n) la(s) sede(s):
Código de malla asignado:

Anexo 2. Objetivos específicos de la investigación

Como objetivos específicos de la presente investigación se plantean:

1. Caracterizar a las Universidades y Escuelas o departamentos que imparten la carrera de Obstetricia en Chile.
2. Identificar las sedes en las que se imparte la carrera de Obstetricia en Chile y su distribución.
3. Categorizar los cursos contenidos en las mallas curriculares de Obstetricia en Chile según su distribución en los años de carrera, líneas formativas, presencia de cursos clínicos y teóricos y presencia de cursos semestrales y anuales.

Anexo 3. Normas de publicación de revista *Matronería Actual* para autores

Directrices para autores disponibles en:

<https://revistas.uv.cl/index.php/matroneria/about/submissions>

Relación costo-beneficio de la vacuna anti Virus del Papiloma Humano en el Programa Nacional de Inmunizaciones de Chile.

Cost-benefit relationship of the Human Papillomavirus vaccine in Chile's National Immunization Program.

Andrés Ibarra-Pérez,¹ Mario Parada-Lezcano², Manuel Calvo-Irrazabal³

¹Tecnólogo Médico, Magister en Salud Pública, Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Valparaíso, Chile.

²Médico-Cirujano, Doctor en Sociología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

³Profesor de inglés, Magister en la Enseñanza del Inglés como Lengua Extranjera, Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Valparaíso, Chile.

*Autor para correspondencia: andres.ibarra@uv.cl

RECIBIDO: 29 de Agosto de 2023

APROBADO: 27 de Mayo de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.3869

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Cáncer de cuello uterino; Virus del Papiloma Humano; Vacunas contra el Virus del Papiloma Humano.

Key words: *Cervical cancer; Human Papillomavirus; Human Papillomavirus vaccines.*

RESUMEN

Introducción: en el año 2018, Chile registró una tasa de mortalidad estandarizada de cáncer de cuello uterino de 6.6 por cada 100.000 mujeres. Las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) suponen una nueva herramienta para el control de esta patología.

Objetivo: determinar la relación costo-beneficio de la vacunación universal contra el VPH en Chile.

Material y métodos: estudio correlacional de tipo observacional con aplicación de un modelo dinámico. Este estudio consideró dos cohortes de 130.000 niñas, una sometida a la simulación de vacunación y otra no inoculada.

Resultados: en términos del costo de las prestaciones, este estudio arrojó los siguientes resultados: a) Niñas no vacunadas: US\$6.317.408, b) Niñas vacunadas: US\$3.598.473.

Conclusión: La aplicación de la vacuna contra el VPH tiene una relación de costo favorable para la economía del país.

ABSTRACT

Introduction: in 2018, Chile registered a standardised mortality rate of cervical cancer of 6.6 per 100,000 women. Human papillomavirus vaccines represent a new tool for the control of this pathology.

Objective: to determine the cost-benefit ratio of universal vaccination against human papillomavirus in Chile.

Material and methods: the study used an observational correlational study of prospective cohorts, with application of a dynamic model. A cohort of 130,000 girls who underwent the vaccination simulation and a non-vaccinated cohort.

Results: in terms of the cost of benefits, this study showed the following results: a) Girls unvaccinated: US\$6,317,408, b) Girls vaccinated: US\$3,598,473.

Conclusion: the application of the Human Papillomavirus vaccine is cost-effective for the country's economy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial y, con especial énfasis, afecta a los países en vías de desarrollo.

Según datos de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC, por su siglas en inglés) de 2017 (1), en el mundo se registran anualmente alrededor de 270.000 muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino, constituyéndose globalmente como la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer, antecedido por el cáncer de mama y de pulmón. Para el año 2020 se observaron 342.000 defunciones causadas por esta patología, lo que indica un aumento importante de víctimas de la enfermedad a nivel mundial.

En los países de ingresos bajos y medios, el cáncer de cuello uterino corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres. En efecto, de las 270.000 muertes por este cáncer en el mundo, alrededor del 90% corresponde a mujeres de estos países, donde los programas de prevención no se encuentran aún lo suficientemente implementados o desarrollados (1).

En Chile, de acuerdo con cifras de 2018, la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de cuello uterino, es de 5 por cada 100.000 mujeres (2). En 2017 fallecieron 601 mujeres por esta patología, constituyéndose en la séptima causa de muerte por cáncer en mujeres. Asimismo, durante el período comprendido entre los años 2000 y 2017, en nuestro país fallecieron 7.209 mujeres por cáncer de cuello uterino, con una distribución muy similar en todo el período y, por lo tanto, sin variaciones significativas de la tasa de mortalidad, lo que sugiere un estancamiento de las estrategias de prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad.

En la actualidad se han presentado nuevas estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino basadas en la aparición de vacunas contra el Virus Papiloma Humano. La identificación del VPH como agente etiológico del cáncer de cuello uterino (3), estimuló a los investigadores y a la industria farmacéutica internacional a la búsqueda de una vacuna que contribuyese al control de esta patología, dado el potencial oncológico de algunos subtipos del virus

y su directa asociación con la enfermedad (4). Desde el 2002, varios países -sobre todo del primer mundo-, han incluido esta vacuna en sus programas de inmunización como una nueva herramienta dentro de las estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino. Hasta 2017, 71 países habían incorporado la vacuna en contra del VPH para niñas y 11 comenzaron a aplicarla también a niños (5).

Desde 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda incluir esta vacuna como una nueva herramienta de prevención en los programas de salud pública dirigidos a combatir el cáncer de cuello uterino, advirtiendo que para lograr un impacto real en los indicadores de mortalidad e incidencia es necesario reforzar la citología convencional (examen de Papanicolaou, PAP). También indica que el alto valor nominal de la vacuna dificulta su adquisición en países con menos recursos, por lo que aconseja privilegiar la implementación y el reforzamiento de los programas de tamizaje mediante el PAP. Las recomendaciones también apuntan a incorporar la vacunas cuando el VPH sea considerado como una prioridad de salud pública, viable en términos programáticos (programas de inmunización) y se garantice su financiamiento sustentable (6).

En Chile, la vacuna contra VPH se comercializaba hasta el año 2014 sólo a nivel privado, con un valor que la hacía inaccesible para la mayoría de las mujeres. Un estudio de costo-efectividad, realizado en 2011 por el Ministerio de Salud (Minsal) reveló que la vacuna presenta una relación de costo-efectividad favorable a un valor inferior a US\$ 18 por dosis, lo que se alcanza con la disponibilidad que ofrece la OMS. No obstante, señala que la vacuna aún no tiene evidencia empírica suficiente que indique que provea inmunidad de por vida, lo que plantea el tema de un eventual refuerzo que elevaría el costo de la inmunización. Este mismo estudio, si bien no recomienda la incorporación de la vacuna anti VPH por su alto costo, sugiere a la vez realizar estudios de costo-efectividad a través de la construcción del Modelo de Márkov, u otro, que permita la simulación más fina de los escenarios posibles frente a la opción de adoptar la vacunación universal anti virus VPH como política pública en Chile. Cabe considerar también que el costo al año 2014 por dosis (US\$ 11,72) es muy inferior al señalado por el mencionado estudio y, por lo tanto, indicaría que es potencialmente costo-beneficio favorable (7).

El gobierno del Presidente Sebastián Piñera decidió incluir la vacuna contra el VPH en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) a partir de 2014, iniciándose esta inmunización en niñas estudiantes de cuarto básico de todo el país. Se decidió utilizar la vacuna tetravalente Gardasil que protege de cuatro serotipos virales; dos de alto riesgo oncológico, subtipos 16 y 18, y dos de bajo riesgo asociados a condilomas acuminados, subtipos 6 y 11 (8). El costo de la vacuna, en 2012, proporcionado por el fondo rotatorio de la OMS, era de US \$14.24 por dosis. Sin embargo, a este valor referencial, el gobierno chileno ordenó en junio de 2014 la adquisición de 130.000 dosis de Gardasil a un valor unitario de \$7.852,94, equivalente a US\$ 11.72. Es decir, a un costo inferior al indicado por la OMS, y reportando un valor global de \$1.214.850.000. Durante su segundo gobierno, la Presidenta Michelle Bachelet decidió ampliar la cobertura de la vacuna a todas las niñas comprendidas entre los 9 y 13 años, siguiendo la recomendación de la OMS, lo que tiene relación con el número de dosis adquiridas.

Desde el inicio de la vacunación contra el VPH, aplicada a partir de 2014, todavía no hay información suficiente que aborde este tipo de decisiones sanitarias en base a estudios de relación costo beneficio que indiquen la pertinencia económica de esta política pública.

Los estudios de evaluación costo-beneficio constituyen una importante herramienta para determinar la aplicación de una intervención o estrategia en salud pública. Por definición, el financiamiento de la salud pública -en especial en los países menos desarrollados- es siempre escaso, por lo que la autoridad debe tomar decisiones sanitarias basadas en criterios objetivos de maximización de recursos y resultados positivos, según sea el tipo de política adoptada, para obtener finalmente un resultado eficiente de la estrategia adoptada.

La determinación de una relación costo-beneficio se realiza mediante la simulación de dos o más escenarios hipotéticos que tienen determinados costos económicos. Utilizando variables de costo monetario se pueden simular escenarios de implementación de estrategias o intervenciones y, de esta forma, determinar el beneficio económico de la adopción de una política proyectado en el tiempo. Este beneficio si bien se mide en términos monetarios tendrá im-

pacto en indicadores que señalan los resultados de la estrategia seguida, por lo tanto si la intervención resulta beneficiosa en términos de costo-beneficio, el impacto sanitario, social e incluso cultural supone un valor adicional no cuantificado en términos monetarios necesariamente (9). Este tipo de estudios, también denominados Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), permiten orientar la toma de decisiones en materias de salud pública y el respectivo uso de los recursos financieros disponibles.

En el caso estudiado en esta investigación se evalúa económicamente el costo de la incorporación de la vacuna anti VPH al PNI, iniciada el año 2014, versus el costo actual de los tratamientos del cáncer de cuello uterino. Si teóricamente el costo-beneficio de esta intervención es favorable, no solo se estará ante un escenario positivo desde el punto de vista económico (disminución de los costos asociados al tratamiento de la enfermedad) sino que, también, se obtendrá una mejora de la calidad de vida de las mujeres, disminución del riesgo de cáncer de cuello uterino y de la tasa de mortalidad, etc., indicadores de alto impacto social.

Lo anterior plantea el objetivo principal de este estudio: determinar la relación costo-beneficio de la vacunación universal anti VPH, implementada en Chile desde 2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el análisis de la información recolectada se recurrió a los modelos de Márkov, recomendados por la OMS (Proyecto WHO-CHOISE) (10) para estudios de cohortes prospectivas que se basan en una simulación de la exposición de una de las cohortes a la variable independiente en forma hipotética, que permite realizar estudios de costo-beneficio destinados a simular económicamente intervenciones sanitarias complejas de alto costo.

En este tipo de estudios se intenta realizar representaciones de la realidad con las que se busca simular todas las posibilidades o eventos que pueden ocurrir, a mediano y largo plazo, a partir de una intervención determinada (11).

En el caso de este estudio, la matriz permitió diseñar un modelo que expresa, a partir del estado inicial de individuo sano (sin infección por VPH) y que,

a continuación integra, los siguientes estados desde la infección por VPH hasta el cáncer de cuello uterino y la matriz de tasas de transición. El modelo de Márkov, aplicado al ámbito sanitario, se define como un escenario en el cual un individuo tiene un número finito de estados de salud, denominados estados o anillos de Márkov. Estos estados deben ser exhaustivos, es decir, deben incluir todas las posibilidades, o estados de salud y, a la vez, son excluyentes entre si ya que un mismo individuo no puede estar simultáneamente en dos estados (por ejemplo, enfermo y sano). A su vez este tipo de modelo permite calcular los costos por año de vida saludable (AVISA) ganados en una intervención (12).

El estudio de costo/beneficio consideró veinte años proyectados para el uso y financiamiento de la intervención (vacuna anti VPH) y cien años de proyección para los beneficios en salud dada la protección a largo plazo que entrega la vacuna. Estas proyecciones se basan en la evolución natural del cáncer de cuello uterino que va de veinte a treinta años. Para este estudio se definieron dos cohortes iguales, de niñas de 9 a 13 años, que fueron sometidas a dos escenarios distintos:

- a. Con vacunación anti VPH y tamizaje con PAP
- b. Sin vacunación anti VPH y tamizaje con PAP

Se excluyeron los niños varones del mismo grupo etario por no estar considerados aún en el programa de vacunación anti VPH.

La selección de datos estadísticos, demográficos, tasa incidencia y prevalencia, entre otros, se realizó en base a la información disponible en el MINSAL (2) y en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), que son consideradas de disponibilidad pública.

Se recolectó la información requerida del universo de niñas -130.000 (proyección censal de 2014)- comprendidas en el grupo etario de 9 a 13 años que residen en el país, el Producto Interno Bruto (PIB) y per cápita y, también, la valorización de las prestaciones del Fondo Nacional de Salud (FONASA) relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de lesiones de cuello uterino, incluido el valor del PAP.

Para efectos del cálculo costo-efectividad se utilizó el valor pagado por el Estado de Chile en 2014 para cada dosis de vacuna contra el VPH (US\$ 11.72).

El modelo Márkov se replicó en una planilla Microsoft Excel que permitió determinar los estados en escenarios según fuera la etapa de la enfermedad, con y sin aplicación de la vacuna contra el VPH. Para calcular los valores de vector de probabilidades iniciales (V^0) y la matriz de transición (P) se aplicaron al grupo de intervenido (130.000 niñas vacunadas) las tasas de prevalencia, de progresión de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado (LIE BG, LIE AG) y cáncer de cuello uterino (CCA), la tasa de mortalidad y los valores de diagnóstico, tratamiento y seguimiento expresados en dólares americanos. Los siguientes datos estadísticos y valorización de prestaciones fueron utilizados en la simulación para determinar el costo de los distintos escenarios posibles:

- Número de niñas vacunadas de entre 9 y 13 años; 130.000 (proyección censal de 2014)
- Prevalencia de infección por VPH en Chile: 29.2% (2008)
- Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino: 7.5 x 100.000 mujeres (2008)
- Tasas de progresión desde lesiones de bajo y alto grado y cáncer de cuello uterino (Minsal 2011)
- Valor de vacuna anti VPH unitaria: US\$ 11.72
- Valor de aplicación de programa de vacunación nacional: US\$ 1.813.209
- Valor de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones pre epiteliales: US\$ 889.2 (valor unitario)
- Valor de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer de cuello uterino: US\$ 6.673 (valor unitario)

(Fuente: Ministerio de Salud, FONASA)

RESULTADOS

Los resultados de la matriz de transición son los siguientes (Tabla N°1 y N°2):

- a. Número de niñas vacunadas: 130.000
- b. Número de futuras infectadas según prevalencia: 33.784
- c. Número de futuras portadoras de lesiones de alto grado (LIE AG): 4.176
- d. Número total de infectadas por VPH y portadoras de LIE AG: 37.960 (b + c)
- e. Número de eventuales portadoras de cáncer de cuello uterino (CCA): 501

TABLA N°1

Vector de probabilidades (V (0)):

		N	P
1º ciclo	VPH+	37.960	0,292
	VPH-	92.040	0,708
		130.000	1,00

TABLA N°2

Matriz de transición (P):

Los cambios de lados observados entre el 1º y el 2º ciclo

	LIE AG	CCA	Total
LIE AG	3.675	501	4.176
CCA	501		501

TABLA N°3

Proporciones (V (0)):

		VPH-	LIE AG	Transición		Transición	
				LIE AG a CCA	LIE BG a LIE AG		
	VPH +	0,89	0,11				
	VPH -	1,00	0,000				
v (1) = v (0) *P	0,292	0,708	0,89	0,11	0,968	0,032	
			1,00	0,00			
v (2) = v (1) *P	0,968	0,032	0,89	0,11	0,894	0,106	
			1,00	0,00			
v (3) = v (2) *P	0,894	0,106	0,89	0,11	0,902	0,098	
			1,00	0,00			
v (4) = v (3) *P	0,902	0,098	0,89	0,11	0,90	0,10	
			1,00	0,00			
v (5) = v (4) *P	0,901	0,099	0,89	0,11	0,90	0,10	
			1,00	0,00			
v (6) = v (5) *P	0,901	0,099	0,89	0,11	0,90	0,10	
			1,00	0,00			
v (7) = v (6) *P	0,901	0,099	0,89	0,11	0,90	0,10	
			1,00	0,00			

Al estabilizarse la matriz de transición, cuando el resultado se repite y ya no varía, se procede a aplicar los valores obtenidos al costo de las opciones analizadas en este trabajo, esto es, valores de las prestaciones señaladas: diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones intra-epiteliales (LIE) y cáncer de cuello uterino (CCA) versus costo de la vacuna anti VPH, en valores unitarios:

-Transición de lesión de bajo a alto grado (Tabla N°3): $V7=V6*P$ 0,90 - 0,10

-Transición de lesión de alto grado a cáncer (Tabla N°3): $V7=V6*P$ 0,89 - 0,11

-Resultado obtenido para progresión de LIE de bajo a alto grado: $0.90 \times US\$ 889.2 = 800.28$

-Resultado obtenido para progresión de LIE de alto grado a cáncer de cuello uterino: $0.89 \times US\$ 6673 = 5939$

-Resultado aplicado a valor unitario de la vacuna anti VPH: US\$ 11.72

-Valor ajustado para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones pre-epiteliales de alto grado: US\$ 3.341.969 (4176 portadoras x 800.28)

-Valor ajustado para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer de cuello uterino: US\$ 2.975.439 (501 portadoras x 5939)

-Valor aplicación de vacunas anti VPH: US\$ 1.813.209 (130.000 niñas)

-Valor ajustado para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer de cuello uterino: US\$ 892.632 (calculados a un 70% de disminución de casos por efecto de la vacuna)

-Valor de aplicación de vacuna más tratamiento de lesiones pre invasoras y cáncer ajustados a efecto total (disminución de un 70% de incidencia de cáncer): US\$ 2.705.841 (universo de 130.000 mujeres vacunadas).

-Valor ajustado de prestaciones en niñas no vacunadas: US\$6.317.408

-Valor ajustado para prestaciones en cohorte vacunada: US\$3.598.473.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos resultados reflejan la coincidencia de lo que se espera de la aplicación de los indicadores de morbilidad y mortalidad a un grupo en particular medidos en una matriz dinámica de transición, es decir, son coincidentes con lo que indica la historia natural de la enfermedad versus la modificación de los indicadores señalados al intervenir un grupo determinado, en este caso, con la aplicación de la vacuna anti VPH.

Al plantearse un modelo hipotético perfecto, es decir, que la vacuna tenga un 100% de efectividad sobre un grupo etario determinado, el resultado esperado de tal intervención sería la desaparición de la enfermedad, tal como ocurre en Chile en otros casos como la Poliomielitis, por ejemplo. Sin embargo, en este caso, no es posible aseverar tal escenario por cuanto la vacuna anti VPH tetravalente, que se aplica actualmente en este país, solo previene la infección de los subtipos virales 16 y 18 de mayor riesgo oncológico, que constituyen alrededor de un 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino, y el restante 30% se atribuye a otros subtipos virales no contemplados en las actuales vacunas (subtipos 31,33,35,45,51,52,58,59). A lo anterior debe sumarse el hecho de que faltan al menos 15 años, desde que se iniciara la vacunación en Chile, para tener resultados concluyentes respecto de la efectividad de la vacuna y, también, mencionar cierta resistencia u oposición que ha generado la vacuna anti VPH en la población lo cual atenta contra la fidelización o adherencia al programa de vacunación (13).

No obstante, lo anterior, si la vacuna actual es capaz de prevenir hasta en un 70% los casos de cáncer de cuello uterino asociado a los subtipos virales 16 y 18, esto representa un enorme avance en el combate a la enfermedad.

Analizados los resultados de la aplicación de un modelo dinámico tipo Márkov, se puede aseverar que la aplicación de la vacuna anti VPH, en el largo plazo, y con una alta fidelidad al programa de inmunización, tiene una relación costo favorable para la economía del país.

Estos resultados coinciden con otros estudios similares cuando estos se han basado en la premisa de un valor bajo de la vacuna, inferior a US\$18 (14, 15). Los costos de la aplicación de esta vacuna muestran una significativa disminución, en el largo plazo, acorde a la historia natural del cáncer de cuello uterino, que debe medirse en un lapso no inferior a los 20 años de acuerdo a los indicadores de mortalidad.

Cabe señalar también que el valor unitario de la vacuna contra el VPH de US\$ 11.72 es inferior al recomendado por un estudio del MINSAL (16), que refiere un valor de US\$ 18 unitario como umbral de costo-efectividad favorable, coincidente con otros estudios de costo efectividad.

En relación al PIB per cápita, Chile al año 2016 registra un monto de US\$ 23.950, que lo sitúa en entre las naciones medias del mundo en cuanto a recursos, lo que también indica que el costo de la implementación de la vacuna contra el VPH está muy por debajo del indicador recomendado por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS que considera una intervención como efectiva, en términos de costo, cuando su razón de costo-beneficio promedio no supera a un PIB per cápita (11, 17).

Por último, debe mencionarse que la disminución de las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino, asociada a la vacunación a nivel nacional deberán, necesariamente, disminuir los Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVAD) que, según el MINSAL, para el año 2013 correspondieron a 11.954 AVAD, lo que refleja el impacto que tiene esta enfermedad en la economía del país, sin dejar de mencionar los efectos negativos en la vida social y afectiva de las pacientes afectadas y su entorno familiar (18).

Dentro de las posibles limitaciones de este estudio, cabe destacar la relativa falta de información sobre la real eficacia de la vacuna a largo plazo y la eventualidad de una dosis de refuerzo lo que encarecería su costo. Dicha limitación está condicionada por la larga latencia que existe entre la edad de vacunación y la aparición de signos de infección por VPH o de lesiones intraepiteliales de bajo grado de cuello uterino. También cabe mencionar que para un análisis aún más fino de los resultados, es recomendable medir la sensibilidad del modelo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este trabajo agradecen la excelente orientación estadística brindada por la Prof. Ana Zepeda Ortega, académica de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Valparaíso.

REFERENCIAS

- 1.- **International Agency for Research in Cancer.** Cervical cancer. Disponible en : <https://www.iarc.who.int/cancer-type/cervical-cancer/>
- 2.- **Departamento de Estadísticas e Información de Salud.** Defunciones y Mortalidad por causas – DEIS [Internet]. Disponible: <http://www.deis.cl/?p=2541>
- 3.- **Meisels A, Fortin R.** Condylomatous Lesions of the Cervix and Vagina. Acta cytol. (1976) 505-509.
- 4.- **McIntyre P.** Finding the viral link: the history of Harald zur-Hausen Cancer World, Julio-Agosto, 2005, 32-37.
- 5.- **World Health Organization.** WHO/ Immunization, Vaccines and Biologicals database, as of 31 March 2017. Disponible en: http://www.who.int/entity/immunization/monitoring_surveillance/VaccineIntroStatus.pptx, accessed February 2017.
- 6.- **World Health Organization.** Summary of Key Points from WHO Position Paper, VPH Vaccines, April 9, 2009. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X0900721X>
- 7.- **Castillo M, Castillo C.** La costo/efectividad potencial de una vacuna contra el VPH en Chile. Boletín de Economía y Salud 2011; 5 : 2-12.
- 8.- **World Health Organization.** Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017, N°19, 2017,92,241-268
- 9.- **Catalá-López F.** Efficiency-based healthcare. General concepts on economic evaluation of healthcare interventions. Enferm Clin 2009; 19:35-42.
- 10.- **Tan-Torres T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans D, et al.** Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 11.- **Rubio-Terrés C, Echeverría A.** Modelos de Markov: Una herramienta útil para el análisis fármaco-económico. Pharmacoeconomics-Spanish Research Articles 2006, Vol 3, Suppl.2:71-7.
- 12.- **Garzón MO.** Carga de la Enfermedad. Rev CES Salud Pública 2012; 3(2): 289-295.
- 13.- **Valera L, Ramos P, Porte I, Bedregal P.** Rechazo de los padres a la vacunación obligatoria en Chile. Desafíos éticos y jurídicos. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Ene 12]; 90(6): 675-682.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000600675&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1002>.
- 14.- **Bolaños-Díaz R, Tejada R, Beltrán J, Escobedo-Palza S.** Evaluación costo-efectividad de dos alternativas de vacunación para el virus del papiloma humano en la prevención del cáncer cervical uterino. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Jul [citado 2024 Ene 12] ; 33(3): 411-418. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2294>.
- 15.- **Andrés-Gamboa O, Chicaíza L, García-Molina M, Díaz J, González M, Murillo R et al .** Cost-effectiveness of conventional cytology and HPV DNA testing for cervical cancer screening in Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2024 Ene 12] ; 50(4): 276-285. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000400005&lng=es.
- 16.- **Castillo M, Castillo C.** La costo/efectividad potencial de una vacuna contra el VPH en Chile. Boletín de Economía y Salud 2011; 5 : 2-12.
- 17.- **Favato G, Pieri V, Mills R.** Analisi costo-efficacia del programma di vaccinazione anti-HPV in Italia: il modello multi-coorte Markov. G. Favato, V. Pieri, R.W. Mills School of Projects, Processes and Systems, Henley Management College, UK; Servizio di Epidemiologia e Farmacia Preventiva (SEFAP), Milano, Supplemento n. 2 alla rivista Farmaci Vol. 31 - n. 2/2007.
- 18.- **Ministerio de Salud.** Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016. Disponible en : <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf> (Revisado el 12.01.23)

Fertilidad humana y reproducción asistida: escenarios actuales para la Matronería.

*Human fertility and assisted reproduction:
current scenarios for Midwifery.*

Cynthia Vergara-Maldonado¹, José Urdaneta-Machado²

¹Matrona, Mg. Desarrollo Humano, Dra. En Ciencias Humanas y de la Salud. Instituto de Salud Sexual y Reproductiva. Universidad Austral de Chile, Chile.

²Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Dr. Ciencias Médicas. Instituto de Anatomía Histología y Patología. Universidad Austral de Chile.

*Autor para correspondencia: cynthia.vergara@uach.cl

RECIBIDO: 07 de Noviembre de 2023

APROBADO: 12 de Junio de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4011

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Fertilidad, Matronería, Reproducción Humana, Rol Profesional.

Key words: Fertility, Midwifery, Human Reproduction, Professional Role.

RESUMEN

Los grandes adelantos tecnológicos en materia de reproducción asistida, aunque acompañados de grandes dilemas bioéticos, han facilitado la comprensión de un área tan compleja como lo es la de la fertilidad y reproducción humana.

La reproducción asistida es una rama de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en constante desarrollo y crecimiento, respecto de la cual la matronería tiene la oportunidad de participar y dar respuesta a las demandas de sus usuarios, puesto que a nivel mundial son cada vez más las parejas que enfrentan dificultades para la reproducción, así como hay quienes desean postergar su maternidad, con necesidades de preservación de su fertilidad por razones médicas, o familias diversas que requieren de servicios de fertilidad.

En este contexto, el presente artículo es una reflexión sobre los diferentes escenarios en los que la matronería podría actuar, en la primera línea de la atención de los problemas de salud sexual y reproductiva. Asimismo, esta realidad plantea

un llamado a la academia a transformar las mallas curriculares de la escuelas de Obstetricia, para que se establezca el interesante rol profesional de la matronería en función de ejercer dentro de este campo.

ABSTRACT

The great technological advances in assisted reproduction, although accompanied by great bioethical dilemmas, have facilitated the understanding of an area as complex as human fertility and reproduction; becoming a branch of Sexual and Reproductive Health (SRH) in constant development and growth; where midwifery has an opportunity to participate and respond to the demands of these users, since worldwide there are more and more couples who face difficulties in reproduction, as well as a greater number of users who wish to postpone their motherhood, with fertility preservation needs for medical reasons, or diverse families requiring fertility services.

In this context, this article is a reflection on the different scenarios where midwifery could act, as front-line professionals in the care of sexual and

reproductive health problems, to address the needs and problems associated with reproduction; likewise, it is a call from the academy for the transformation of the curricula of the Schools of Midwifery, to establish the interesting professional role that midwives can play within this field.

REFLEXIÓN

Un reciente informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (**WHO, 2023**), establece que cerca del 17,5% de los adultos -es decir, alrededor de una de cada seis personas- presentan infertilidad, por lo que resulta urgente aumentar el acceso a una atención de calidad en este ámbito para quienes la necesiten.

De acuerdo con las nuevas estimaciones, la prevalencia de la infertilidad varía poco de una región a otra y las tasas son similares en los países de ingresos altos, medianos y bajos, lo cual demuestra que se trata de un importante problema de salud pública en todos los países y todas las partes del mundo.

Tradicionalmente, en las clínicas de reproducción asistida las matronas vienen realizando actividades en la atención al paciente similares a las que ejecutan en los centros de salud primaria, las clínicas ambulatorias y en las salas de los hospitales. Aunque las actividades que pueden realizar las matronas están bien definidas y sus competencias no incluyen tareas específicas dentro de la terapia de infertilidad, el papel que pudiese tener la matronería en el proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad es de gran importancia, pudiendo mejorar significativamente el proceso diagnóstico y terapéutico de la infertilidad y la aplicación del principio de atención holística al paciente (**Neneman et al., 2019**).

En este escenario, el campo de la asistencia clínica se torna crucial, siendo las matronas y los matrones en cuanto profesionales de la salud reproductiva una pieza clave en los equipos de salud, ya que ejercen diversas acciones para las que cuentan con la experticia necesaria, en particular en la detección de procesos infecciosos causantes de obstrucción tubaria causantes de infertilidad (**Sánchez et al., 2018**), así como también, en la pesquisa temprana de patologías con la respectiva derivación y diagnóstico, e, incluso, en los tratamientos de baja complejidad y/o uso de medios ecográficos.

En efecto, estos profesionales se desempeñan como guía a las familias en la planificación familiar, control preconcepcional y gestacional, entre otros aspectos del rol de matronería implicados en la gestión, docencia e investigación que subyacen la salud reproductiva.

Conforme las sociedades han ido avanzando, la formación en matronería ha tenido que integrar conocimientos y actitudes para hacer frente a nuevos desafíos y temas emergentes, lo que en la actualidad representa una exigencia profesional.

En esta línea, la reproducción asistida se convierte en un eslabón interesante que amplía el quehacer y reconocer que toda persona a quien atendemos es un sujeto de derechos sexuales y reproductivos (**Vergara, 2020**). Por otro lado, aunque el **Programa de la mujer (2007)**, las normas de fertilidad (**Minsal, 2015**) o el **Código Sanitario (s.f)** no explicitan referencias específicas que vinculen acciones de la matronería en este ámbito, si bien su rol en la planificación familiar es indiscutible y comprende el ejercicio de la profesión en todos los niveles de atención sanitaria, cuestión que invita a incorporar la temática de la reproducción asistida en nuestras discusiones profesionales y en el enfoque de derechos sexuales y sobre todo derechos reproductivos que caracteriza a la disciplina.

De acuerdo con lo anterior, es preciso mencionar que no todas las unidades de medicina reproductiva disponen de matronas o matrones especializados en reproducción humana que desempeñen asistencia clínica, educación, apoyo emocional y contacto más cercano a los pacientes, cubriendo así necesidades en cuanto a la información y resolución de dudas, logrando una atención integral durante todo el proceso (**Elevancini et al., 2021**). No obstante, paradójicamente, las matronas y los matrones son los profesionales sanitarios mejores preparados y con más experiencia para prestar atención y apoyo a las familias de manera integral en su proyecto parental, desde el consejo reproductivo a la atención a la gestación, el parto y posparto y el recién nacido (**López y Garrido, 2023**).

Con base en estos planteamientos, es indudable que la matronería debe desempeñar un papel importante en el ámbito de la fertilidad humana y la reproducción asistida, tanto en Chile como en todo el mundo.

Por otro lado, a los avances relativos a los derechos sexuales y reproductivos, y sobre todo en las temáticas relativas a género y diversidades- se agrega el reconocimiento a los diversos tipos de familias y la autonomía reproductiva de las mujeres, lo que ha llevado a repensar la formación profesional en favor de integrar la perspectiva género en las atenciones de matronería, cuestión que incluye una actualización en materia de salud sexual y de la salud reproductiva hacia modelos inclusivos y no heteronormados. Esta cuestión incluye a la salud trans en el ámbito de la salud sexual, pero, también, en salud reproductiva, reconociendo las barreras sanitarias que ocurren durante la atención de parto desde una atención en salud sin prejuicios (**Hoffkling et al., 2017**).

En lo que respeta a la salud reproductiva, las matronas y los matrones están llamados a proporcionar asesoramiento, educación, apoyo emocional y atención ética a las personas que buscan concebir o que enfrentan desafíos en la reproducción. Además, deben estar al tanto de las regulaciones y tendencias cambiantes en este campo en constante evolución.

En una reciente revisión sobre el rol de la matronería en las unidades de fertilidad se llegó a la conclusión de que pudiesen tener tres roles bien diferenciados. Estos son: el manejo emocional de la pareja infértil, ser representantes de la pareja infértil discutiendo con ellos sus preocupaciones, explicándoles los tratamientos y emitiendo una retroalimentación a quienes son profesionales tratantes y, por último, en algunos casos, la aplicación de técnicas de reproducción asistida (**Tsonis et al., 2023**).

Sin embargo, se puede considerar que la participación de los profesionales de la matronería en estos asuntos puede ser mucho más amplia. A continuación, se describen los roles que la matronería podría ejercer en el campo de la fertilidad y reproducción humana:

1. Acceso a servicios de reproducción asistida. El acceso a la fertilización in vitro (FIV) y otros servicios de reproducción asistida puede variar según la disponibilidad y las políticas de salud en cada país. En Chile, por ejemplo, hubo una prohibición legal de la FIV durante muchos años, aunque en 2017 se levantó esta prohibición. Los matrones y las matronas pueden estar involucrados en la educación y el apoyo a las parejas que buscan estos servicios.

2. Apoyo emocional y educación. Aunque, el papel y la presencia de la matrona en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad es actualmente insuficiente, hay margen de cambio, dado a que el apoyo emocional y educativo, así como la creación de una sensación de seguridad durante las consultas con una matrona, son de vital importancia en la actualidad (**Woroniciecka et al., 2023**). Los profesionales de matronería desempeñan un papel crucial en la educación y el apoyo emocional a las parejas que experimentan dificultades para concebir o que están considerando tratamientos de fertilidad, pudiendo ayudar a las parejas a entender los procedimientos y las opciones disponibles, así como a afrontar el estrés emocional que a menudo acompaña a la infertilidad.

3. Asesoramiento genético. Las matronas y los matrones desempeñan un papel importante en la asesoría genética antes y durante el embarazo., lo cual incluye ayudar a las parejas a comprender los riesgos genéticos, realizar pruebas genéticas preimplantación, y tomar decisiones informadas sobre la reproducción asistida en casos de riesgo de enfermedades hereditarias.

4. Regulaciones y marco legal. Tanto en Chile como en muchos otros países existe un basamento legal que regula en materia de salud y específicamente, en torno a la reproducción asistida. Por tanto, estos profesionales deben estar involucrados en la implementación y el cumplimiento de dichas regulaciones, así como de los estándares éticos en el ámbito de la fertilidad y la reproducción asistida.

5. Ética y toma de decisiones informadas. Matronas y matrones también pueden participar en discusiones éticas sobre la reproducción asistida, como la gestación subrogada o la selección de embriones. Por ello, deben estar preparados para ayudar a las parejas a tomar decisiones informadas, respetando siempre sus valores y preferencias.

6. Orientaciones reproductivas en poblaciones diversas. Otro punto interesante, radica en las diversas conformaciones familiares ya que ponen en tensión el cómo abordamos los derechos reproductivos y a su vez rompen la visión sesgada hacia la infertilidad, y abren el espacio a no solo considerar causas patológicas de infertilidad sino a tratamientos para

parejas del mismo sexo, lo que nos exige el trato humano y respetuoso en la formación profesional y una visión ampliada de la reproducción.

7. Preservación de la fertilidad. Asimismo, otra tendencia global en la materia es la preservación de la fertilidad, bien sea por razones médicas como enfermedades neoplásicas o por deseo y decisión voluntaria de las usuarias; por lo que los profesionales de la matronería deben estar al tanto de estas tendencias y preparados para abordar estas necesidades, dando orientación oportuna y asesoría en cuanto a la diversidad de técnicas y procedimientos; sin dejar a un lado las diversas connotaciones y dilemas bioéticos que puedan presentarse en el ámbito de la vitrificación, conservación y disposición de embriones.

8. Acompañamiento psicoafectivo. Además, es preciso una atención integral que considere el factor psicológico en este proceso y la necesidad de regulación y estrategias para ayudar a las personas a afrontar la planificación familiar y el deseo reproductivo, dado a que el estrés, la ansiedad, la angustia y el enfado son algunas de las alteraciones psicológicas comunes durante este proceso de reproducción asistida. Por ende, es fundamental contar con programas adecuados de intervención psicológica, donde los profesionales de la matronería debieran estar siempre incorporados dentro del equipo multidisciplinar de reproducción asistida como personal idóneo por su condición de especialista en el área de salud sexual y reproductiva (**López y Garrido, 2023**).

9. Atención prenatal en mujeres con antecedentes de fallas reproductivas. En las mujeres que logran el embarazo mediante tratamientos de fertilidad, la matronería podría ayudar a que estas pacientes puedan comprender mejor el curso probable de su embarazo, comprendiendo la historia previa del tratamiento de fertilidad y ofreciéndoles apoyo psicosocial dado a que probablemente puedan necesitar consultas y ecografías más frecuentes (**Warmelink et al., 2016**).

10. Tratamientos de fertilidad. Aunque aún es discutible si las matronas puedan asumir mayores responsabilidades dentro de las intervenciones médicas están pueden someterse a entrenamientos especializados por parte de médicos especialistas, enfrentando las exigencias de un servicio de reproducción

asistida, pudiendo en algunos casos realizar o asistir algún tipo de tratamiento bajo supervisión médica. Por tanto, la formación especializada es fundamental para afrontar el nuevo territorio de la fertilidad y reproducción (**Tsonis et al., 2023**).

En conclusión, ante el desafío del incremento de los casos de parejas infértiles, tanto en Chile como en el mundo entero, y las nuevas conformaciones familiares, aunado a las complejidades de las nuevas tecnologías que día a día emergen en el campo de la reproducción asistida, es menester de las universidades y escuelas de obstetricia respondan a estos nuevos retos a los que se enfrentarán los futuros profesionales de la matronería. Sin lugar a duda, las competencias profesionales de las matronería hacen que puedan discutir la integración del rol en la reproducción asistida desde su disciplina, incluyendo el manejo de los problemas asociados con la fertilidad y la reproducción humana, siendo de importancia la definición de este rol y por ende urgente su reflexión desde el código sanitario y la formación profesional.

En este contexto, es que, desde el sur de Chile, específicamente en la Universidad Austral, ha surgido la iniciativa de explorar una nueva línea de investigación, en conjunto a los avances en materia de género que las mallas curriculares de la carrera han experimentado los últimos años, lo que permite establecer una aproximación teórica al perfil profesional de las matronas y los matrones en ámbitos actuales de formación, de modo de poder establecer roles y tareas a los cuales deberán enfrentarse las personas que egresen de la carrera a modo de poder adecuar la estructura curricular a estos escenarios futuros, esperando ampliar los campos del quehacer profesional y así mismo contribuir al debate de nuevos campos laborales en todos los niveles de atención como es la reproducción asistida.

Indudablemente, la reflexión sobre la incorporación de temas que respondan a las necesidades actuales desde el proceso humano y respetuoso en salud reproductiva, como punto de partida a la formación de futuros profesionales, constituye un desafío para la docencia e investigación pero también para la promoción y prevención en salud clínica y comunitaria. Además, esto implica un llamado a impulsar las normativas y protocolos vigentes de salud en estas direcciones, en cuanto a fiscalización y

desarrollo de programas de salud integradores hacia la salud reproductiva de todas las personas, incluyendo la diversidad tanto sexual como de género y corporal, asumiendo perspectivas críticas hacia el cuestionamiento de los lineamientos en salud actuales y los derechos sexuales y reproductivos, cuestión que invita tanto a profesionales como docentes y estudiantes a estar a la vanguardia de los tiempos actuales.

REFERENCIAS

- Elevancini M.I., Díaz C., & Aliaga, C. (2021).** Nuevos desafíos en el rol de matronas/matronas en Medicina Reproductiva. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.10.003>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017).** From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(Suppl 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- López-Orta, V., & Garrido F.J. (2023).** Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos. *Matronas hoy*, 11(1), 32-38. https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2023/05/matronas_11_11.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (s. f.).** Código Sanitario. Modificación 2023. <https://bcn.cl/2f8kr>
- Ministerio de Salud de Chile. (1997).** Programa de salud de la mujer. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf
- Neneman, M., Bączek, G., & Dmoch-Gajzlerska, E. (2019).** The role of the midwife in the therapy of infertility in Poland in the opinion of patients. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 9 (1), 41-49. <https://doi.org/10.17219/pzp/93531>
- Sánchez, J.P., Urdaneta, J.R., García, J., Sánchez, K., García, A., Baabel-Zambrano, N., Contreras, A., & Valbuena, G. (2018).** Infección genital por *Ureaplasma urealyticum* en mujeres infértiles. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 78(2), 132 - 141. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20479
- Tsonis, O., Gkrozou, F., Sifaka, V., & Paschopoulos, M. (2019).** The role of a midwife in assisted reproductive units. *Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*, 5, 1-4. <https://doi.org/10.15761/COGRM.1000269>
- Vergara, C. (2020).** Midwifery Hermeneutic. Historical Implications and Life Stories. En: Salavera, C., Teruel, P. y Antoñanzas, J. L. (eds.), *Observatory for Research and Innovation in Social Sciences*, 84. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 4, 68-79. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2020.05.8>
- Warmelink, J.C., Adema, W., Pranger, A., & de Cock, T.P. (2016).** Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: a qualitative study in the Netherlands. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 37 (1): 12 - 20. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1106474>
- World Health Organization. (2023).** Infertility Prevalence Estimates, 1990-2021. Global report. 3 April 2023. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
- Woroniccka, W., Neneman, M., & Sztyber, B.M. (2023).** Consultations between midwives and couples affected by infertility using the Creighton Model as a diagnostic tool for health monitoring: a case report. *Medical Science Pulse*, 17(1), 55-63. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.4019>

Análisis de la relación entre exposición in útero a antidepresivos y problemas de salud mental en niños.

Analysis of the relationship between utero exposure to antidepressants and mental health problems in children.

Carolina Rodríguez-Carrasco¹, Daniela Núñez-Vargas², Carolina Gutiérrez-Ortiz³, Jonatan Rodríguez-Baquerizo⁴, Carmen De Jesús De Las Salas-Sarmiento⁵

¹Matrona, Académica, Universidad San Sebastián. Chile.

²Químico Farmacéutico. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Chile.

³Hospital Santa Barbara. Chile.

⁴Químico Farmacéutico. Farmacia Salco Brand. Chile.

⁵Red Salud. Chile

*Autor para correspondencia: carofernandaro@gmail.com

RECIBIDO: 13 de Mayo de 2023

APROBADO: 27 de Junio de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.3710

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE TRABAJO DERIBA DE UNA TESIS DE MAGÍSTER.

Palabras claves: Embarazo, Salud mental, Antidepresivos, Primera infancia.

Key words: Pregnancy, Mental health, Antidepressants, Early childhood.

RESUMEN

Introducción: el embarazo representa una etapa de grandes cambios fisiológicos para la mujer, destacando aquellos que ocurren a nivel físico y psicológico y que vuelven a la madre más vulnerable y con gran necesidad de apoyo emocional.

Objetivo general: analizar la relación entre exposición in útero a antidepresivos y problemas de salud mental en niños nacidos entre 2015 y 2021, atendidos en un centro de salud pública perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Material y método: se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal de casos y controles, en una población conformada por 89.554 niños. La exposición a estudiar fue el consumo de sus madres de algún tipo de antidepresivo durante el embarazo.

Resultados: de los niños expuestos a algún medicamento antidepresivo durante el embarazo, un 35% tiene algún diagnóstico de salud mental, mientras que de los niños que no fueron expuestos, un 29% tiene algún diagnóstico de salud mental.

Discusión y conclusiones: existen diversos factores que pueden influir en la salud mental de los niños, no sólo la exposición in útero a algún tipo de antidepresivo. Por lo tanto, se hace necesario generar otros estudios estadísticos que puedan dar una mejor correlación entre los factores y los diagnósticos de salud mental en la primera infancia. Asimismo, existe una relación entre la exposición in útero a antidepresivos y los problemas de salud mental en los niños en sus primeros años de vida (OR 1.3 con un intervalo de confianza de 95%) lo que significa que la posibilidad de presentar algún diagnóstico de salud mental al estar expuesto a antidepresivos in útero, es 30% más que al no estar expuesto.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy represents a stage of great physiological changes for women, highlighting those occurring at the physical and psychological level, making the mother more vulnerable and in great need of emotional support.

Objective: Analyze the relationship between utero exposure to antidepressants and mental health problems in children's born between 2015 and 2021 treated in public health centers of southeast metropolitan Chilean health service.

Methods: A quantitative, observational, retrospective and longitudinal study of cases and controls was carried out, where the population consisted of 89,554 children. The exposure to be studied was their mothers' consumption of some type of antidepressant during pregnancy.

Results: Of the children exposed to any antidepressant medication during pregnancy, 35% have some mental health diagnosis and children who were not exposed to any antidepressant medication during pregnancy, 29% have some mental health diagnosis.

Conclusion: There are several factors that can influence the mental health of children, not only in utero exposure to some type of antidepressant. Therefore, it is necessary to generate other statistical studies that can give a better correlation between factors and mental health diagnoses in early childhood. No significant relationship was found between in utero exposure to antidepressants and mental health problems in children in their first years of life (OR 1.3 with 95% confidence interval).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental no sólo como la ausencia de trastornos mentales, sino como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y satisfactoria y hacer una contribución a su comunidad (1).

Los problemas de salud mental y el consumo de drogas son la primera causa de discapacidad a nivel mundial, expresada a través de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (2). Entre ellos, la depresión ocupa el primer lugar, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica (3). En efecto, entre un 20% y 40% de las mujeres que viven en países desarrollados sufren depresión y/o ansiedad perinatal durante el embarazo y el postparto (1).

Por otro lado, los bebés expuestos a estas patologías sufren consecuencias en su desarrollo a nivel cognitivo, motor, emocional y social (1).

Se ha estudiado que el estrés juega un papel importante en el desarrollo fetal y es causante de resultados obstétricos adversos. Es así como se ha visto que las mujeres que viven en malas condiciones, en ambientes de violencia y con un bajo nivel socioeconómico, son más propensas a sufrir estrés crónico y a tener un sistema inmunológico deficiente (1)(4). El estrés prenatal puede desencadenar alteraciones neurobiológicas en el feto, afectando en el desarrollo conductual, cognitivo y afectivo del niño y adulto (5).

Las intervenciones psicológicas para las mujeres con depresiones leves a moderadas deberían ser la intervención terapéutica de primera línea (6) y sólo a las mujeres con depresión severa se les recetan medicamentos durante el embarazo (7). Por lo anterior, cuando se requiere una intervención farmacológica durante el embarazo, el objetivo siempre debe ser prescribir la dosis efectiva más baja, con monoterapia siempre que sea posible y no debe tomarse durante más tiempo del necesario (8), ya que la mayoría de estos medicamentos psicoactivos han sido detectados en el líquido amniótico, lo cual resulta preocupante por su posible efecto teratogénico, impacto en la adaptación neonatal y los efectos a largo plazo en el neurodesarrollo (9).

Estudiando registros de atención médica en Dinamarca, se halló una asociación entre la exposición prenatal a los antidepresivos y los trastornos depresivos en la infancia, explorando una variedad de resultados psiquiátricos que incluyen autismo, retraso mental y trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, no hay claridad sobre si esta asociación se debe a la enfermedad materna subyacente, los antidepresivos o una combinación de ambos (7). En general, los hijos de mujeres que continuaron usando antidepresivos en el embarazo tienen un 30% más de riesgo de trastornos psiquiátricos que los hijos de mujeres que suspendieron los antidepresivos durante el embarazo, siendo mayormente trastornos del estado de ánimo (10).

Es por esto que el objetivo de esta investigación es analizar la relación entre exposición in útero a antidepresivos y problemas de salud mental en niños nacidos entre los años 2015 y 2021, atendidos en centros de salud pública pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Estudio de caso y control, cuantitativo, observacional, analítico y retrospectivo.

Método:

Se consideró una base de datos establecida y con registro histórico de diagnósticos y despacho de medicamentos de madres y sus hijos nacidos en distintos centros de salud pública dependientes del SSMSO.

La información se recolectó de exposiciones pasadas, seleccionando a 89.554 niños y niñas nacidos en territorio correspondiente a dicho servicio, en función de la presencia o ausencia de patologías de salud mental diagnosticadas durante los primeros cinco años de vida.

Se buscó comparar un grupo de 26.233 niños y niñas con diagnóstico de salud mental (casos) y un grupo control compuesto por 63.321 niños y niñas sin el evento en estudio (controles) que son atendidos en centros de salud familiar, postas rurales, centros comunitarios de salud mental familiar, centros de referencia y hospitales dependientes del SSMSO. La exposición a estudiar fue el consumo de sus madres de algún tipo de antidepresivo durante el embarazo.

Los datos de ambos grupos se obtuvieron a partir de los registros de nacimientos del Registro Civil, proporcionados por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) y que están registrados y son atendidos en los centros de salud pertenecientes al SSMSO. Por esto, se tuvo acceso a su información de salud y/o atenciones en el sistema público de salud, a través de los Registros Clínicos Electrónicos del repositorio de Departamento de Estadísticas, Análisis y Gestión de la Información del SSMSO.

Población objetivo:

Todos los niños y niñas nacidos entre los años 2015 y 2021 en las comunas en las que tiene competencia el SSMSO.

Selección de casos y controles:

Tanto los casos como los controles fueron seleccionados con base poblacional. Es decir, del mismo grupo de niños nacidos y atendidos en los centros de salud correspondientes al SSMSO, durante los años indicados.

Se seleccionaron los casos y los controles en base a la presencia o ausencia del evento de interés, niños con diagnóstico de patologías de salud mental (casos) y a quienes se les hará seguimiento retrospectivo durante siete años, como máximo.

Los controles corresponden a niños que en el mismo período de tiempo no presenten registros de diagnósticos correspondientes a patologías de salud mental y que sus madres estén identificadas en los registros de los centros de salud de atención primaria pertenecientes al SSMSO.

Criterios de inclusión para los casos:

- Niños con madres identificadas.
- Haber estado inscrito en algún establecimiento de la red pública de salud dependiente del SSMSO, en el período de estudio.
 - Madres inscritas en algún establecimiento de la red pública de salud dependiente del SSMSO, en el período de estudio.
 - Presentar algún diagnóstico de salud mental correspondiente a códigos CIE10 F00F98.

Criterios de exclusión para los casos:

- Madres con registro de información incompleta.
- Niño sin sexo definido.

Criterios de inclusión para los controles:

- Niños con madres identificadas.
- Haber estado inscrito en algún establecimiento de la Red Pública de Salud dependiente del SSMSO en el periodo de estudio.
 - Madres que estén inscritas en algún establecimiento de la Red Pública de Salud dependiente del SSMSO en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión para los controles:

- Madres con registro de información incompleta.
- Niño sin sexo definido.
- Niños fallecidos en el periodo.

Análisis de datos:

Se realizó un estudio estadístico descriptivo, considerando diferentes variables como edad, consumo de antidepresivos, nivel educacional y previsión en las madres, mientras que en los niños se consideraron variables como peso y talla al nacer, semanas de gestación, diagnóstico de salud mental, edad del diagnóstico, entre otros.

En el análisis de la asociación se empleó el software Tableau 2021.2 y se evaluó la información de la base de datos correspondiente. Con esto se realizó la caracterización de las madres que consumieron antidepresivos durante el embarazo y de los niños.

Los datos de la planilla fueron cargados en el programa STATA 17.0, en el cual se utilizó modelos estadísticos que permitieron obtener la Razón de Odds, es decir, la razón de posibilidades de la exposición en los casos y en los controles, la que corresponde a la medida de la intensidad de la asociación entre las variables de exposición y resultados.

Utilizando Odds Ratio como indicador, se buscó determinar si existe mayor probabilidad de que el evento de interés (Problemas de salud mental) ocurra en niños de 0 a 5 años de vida, que presenten exposición o que tengan en su historial uno o más factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos de la madre durante el embarazo.

Las variables a estudiar en el análisis bivariado fueron la edad de la madre al momento del parto, total de hijos, nivel educacional de la madre y previsión de la madre. Estas fueron elegidas por ser las variables en la base de datos que podrían dar un proxy de nivel socio económico de la madre al momento del parto, ya que las principales causas de depresión postparto son de índole psicosocial (4).

Aspectos Éticos:

Este trabajo cuenta con la autorización del director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y la aprobación del Comité Ético Científico del SSMSO, constituido en base a la resolución exenta N°2886 (Anexo 2).

El Departamento de Estadística, Análisis y Gestión de la Información en Salud del SSMSO es el custodio de las bases de datos y hace entrega de ellas de forma anonimizada y previa firma de compromiso de confidencialidad y resguardo de la información. No

fue necesario contar con consentimiento informado, ya que la investigación, al ser retrospectiva, no produciría ningún efecto en la salud de los sujetos de estudio y sólo los investigadores tendrían acceso a las bases de datos, resguardando estrictamente la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Utilizando el software Tableau 2021.2 se realizó la caracterización de las madres que consumieron antidepresivos durante el embarazo, considerando diferentes variables como: edad, consumo de antidepresivos, nivel educacional, previsión, entre otros. Asimismo, se realizó la caracterización de los niños efectuándose un análisis descriptivo teniendo en cuenta variables como: peso y talla al nacer, semanas de gestación, diagnóstico de salud mental, edad del diagnóstico, entre otros (Tabla.1).

El consumo de medicamentos antidepresivos durante el embarazo es de un 5,68% del total de las madres de los niños incluidos en el estudio. Dentro de los medicamentos antidepresivos más utilizados se encuentra: Sertralina (76,3% embarazadas), seguido por Fluoxetina (14,5% embarazadas) y Amitriptilina (2,7% embarazadas). Es importante destacar que algunas mujeres tomaron 2 fármacos distintos durante el periodo del embarazo (Fig.1).

Respecto al nivel educacional de las madres, el 60,95% tiene educación básica completa, 30,58% posee estudios superiores y el 10,17% estudios secundarios.

El tipo de previsión, en el grupo control el 28,9% pertenece a los tramos A y B de FONASA. El 27,46% está dentro del grupo de FONASA C y D junto con los que se registran como ISAPRE o FFAA, en el grupo control esta cifra corresponde al 72,54%.

En relación con la paridad de las madres, el 63,7% son múltiparas y el 41,8% son primigestas.

De la población total de niños incluidos en el estudio, el 56,29% de los casos corresponden a hombres y el 43,71% corresponden a mujeres; de los controles 49,17% corresponden a hombres y el 50,83% corresponden a mujeres.

El peso de nacimiento en los casos, 36,4% es bajo peso, 28,64% tiene un peso normal y el 30,98% es macrosómico; en el grupo control corresponden al 63,6%, 71,4% y 69%, respectivamente. En el grupo de los casos el 34,52% es prematuro, en cambio en los controles el 71,21% es de término.

En los niños, los diagnósticos más prevalentes son los trastornos generalizados y específicos del desarrollo (F80F89) (16%); seguidos por los trastornos de conducta y trastornos emocionales (F90F98), (2.7%), y los Trastornos de ansiedad, disociativo, relacionado con estrés. Tal como se aprecia algunos niños presentaron más de un diagnóstico de salud mental (Fig.2).

A través de la aplicación del test de proporciones, se realizó una prueba de Chi² que permitió medir la magnitud y dirección de la asociación mediante la diferencia de prevalencias de diagnósticos de salud mental en los hijos de consumidoras y no consumidoras de fármacos antidepresivos. Hay un 29% de diagnósticos de salud mental en los niños no expuestos, mientras que, en los expuestos a antidepresivos durante el embarazo, la proporción de niños diagnosticados es de 35%.

Para establecer si existe asociación entre exposición in útero a antidepresivos y problemas de salud mental en niños, se aplicó el método de regresión logística, ajustando por varios factores en forma simultánea como edad de la madre, nivel educacional y otros. Los datos fueron cargados en el programa STATA 17, en el cual se utilizó modelos estadísticos que permitieron obtener la Razón de Odds.

Del grupo de niños expuestos a algún medicamento antidepresivo durante el embarazo, un 7,1% tiene algún diagnóstico de salud mental (casos). De este mismo grupo de niños expuestos un 5.5% no presenta ningún diagnóstico de salud mental (control). El OR es de 1.32 (IC 1.21.4), lo que significa que la posibilidad de presentar algún diagnóstico de salud mental al estar expuesto a antidepresivos in útero, es 30% más que al no estar expuesto. Por lo tanto, el riesgo de tener algún diagnóstico de salud mental en los niños es más alto en aquellos que tuvieron exposición a algún fármaco antidepresivo in útero, pero esta diferencia no es clínicamente significativa, por lo cual tendría una escasa relación causal (Tabla.2).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que un 5,7% de las embarazadas consume algún medicamento antidepresivo durante la gestación, similar a las prevalencias e incidencias de depresión durante el embarazo y el posparto registradas en países desarrollados, los cuales fluctúan entre 6,5% a 12,9% (11), pero inferior si se compara con la prevalencia de depresión cercana al 10% en el embarazo y entre 10 y 20% en el posparto registrada en mujeres chilenas según el Ministerio de Salud (12).

Se observa también que el mayor consumo de medicamentos se concentra en las madres de edades tardías. Estos resultados contrastan con los reportados en un estudio donde se intentó determinar si existe relación entre la edad cronológica de las primigestas (adolescentes y añosas) y sus niveles de ansiedad y depresión según la edad gestacional, encontrando que en las primigestas adolescentes existen mayores niveles de depresión a diferencia de las primigestas añosas en las que existen mayores niveles de ansiedad, y que estos niveles de ansiedad y depresión no muestran diferencias estadísticamente significativas según los trimestres del embarazo (13).

Los porcentajes de depresión según nivel socioeconómico, extrapolado según la previsión de la madre, nos muestran porcentajes muy similares para los tres estratos. Según un metaanálisis realizado por Lancaster (14), se compararon específicamente a mujeres con Medicaid versus mujeres con seguro privado en Estados Unidos. En el análisis, tener Medicaid se asoció significativamente con una mayor probabilidad de síntomas depresivos, que en nuestra realidad nacional podría compararse con pertenecer a Fonasa A. Sin embargo, los porcentajes encontrados en nuestro estudio son similares para ambos tramos previsionales. Estos datos sólo muestran una porción de la población, quedando fuera las pacientes atendidas en prestadores privados, siendo una limitación del presente estudio.

En relación con el nivel educacional de la madre, las cifras encontradas no demuestran ser tan elevadas como para considerar el nivel educacional como un factor de riesgo significativo, lo que contrasta con las pautas aplicadas durante el embarazo para detectar riesgo de depresión, donde se considera un factor de riesgo moderado (11).

Con respecto al tipo de medicamento antidepresivo más utilizado, este estudio encontró que fue la Sertralina en primer lugar, seguida por la Fluoxetina. Ambos medicamentos pertenecen a los ISRS y según la FDA (Administración de medicamentos y alimentos de EEUU), la información disponible sobre su seguridad durante el embarazo es limitada y debe utilizarse únicamente cuando el posible beneficio para la madre justifique el riesgo para el feto (categoría C) (15).

Actualmente no se cuenta con información que establezca la farmacocinética de los ISRS en el embarazo, en el período neonatal, ni el impacto que poseen a largo plazo del consumo de antidepresivos en el desarrollo de los niños. Son necesarios más estudios para determinar si el uso de los ISRS durante el último trimestre de la gestación es seguro (12). Sin embargo, lo encontrado coincide con las recomendaciones de indicar antidepresivos ISRS en el período de embarazo y post parto por sobre los antidepresivos tricíclicos, ya que, según los hallazgos encontrados, son los antidepresivos ISRS los más usados por las embarazadas que se atienden en la red pública de salud. Además, como se destaca en otras investigaciones el uso de los ISRS (especialmente sertralina y paroxetina) muestra niveles indetectables en el bebé, a diferencia de la fluoxetina y el citalopram que muestran mayor paso a la leche materna (16).

En nuestro país han sido escasas las investigaciones en torno a la salud mental de la infancia y de la adolescencia. En un estudio de Vicente y colaboradores (17) se establece que la prevalencia nacional de trastornos mentales de niños y niñas entre 4 a 11 años es del 27,8%. Por otro lado, la prevalencia de diagnósticos de salud mental en niños entre 0 y 5 años encontrada en nuestro estudio fue de un 29,34%, valor muy similar a la media nacional. Por lo tanto, la prevalencia de trastornos de salud mental infantil en Chile es muy alta y los desafíos para la salud pública en este ámbito son preponderantes.

En este estudio los diagnósticos más prevalentes en los niños son los trastornos generalizados y específicos del desarrollo, seguido por los trastornos de conducta y trastornos emocionales y los trastornos de ansiedad; mientras que en el estudio de Vicente y colaboradores (17), los trastornos más prevalentes en este grupo etario son los trastornos disruptivos (20,6%), seguidos de los trastornos afectivos ansiosos (12,7%).

Se realizó la asociación mediante la diferencia de prevalencias de diagnósticos de salud mental en los hijos de consumidoras y no consumidoras de fármacos antidepresivos. Se observó un 29% de diagnósticos de salud mental en los niños no expuestos, y en los expuestos un 35%, concluyendo que hay un 6% más de probabilidad de que los niños expuestos a antidepresivos durante el embarazo presenten algún diagnóstico de salud mental, diferencia que no resultó ser estadísticamente significativa, ya que hay 0,3 veces más de probabilidad de presentar un diagnóstico de salud mental al estar expuesto a antidepresivos in útero.

Este resultado es tranquilizador, ya que se sabe que los antidepresivos atraviesan la barrera hematoencefálica llegando al SNC fetal, y se desconoce a ciencia cierta sus efectos en el desarrollo neurológico a largo plazo (18). Y aunque hay investigaciones que sugieren una asociación entre la exposición prenatal a estos medicamentos y trastornos psiquiátricos en la infancia, los hallazgos podrían confirmar lo postulado por Nordeng, que sugiere que dicha asociación puede atribuirse a la gravedad de los trastornos maternos y su desapego hacia el bebé (7).

En un estudio sobre actualización en Depresión postparto, se concluyó que los hijos de estas madres pueden establecer relaciones de "apego ansioso" con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres no deprimidas, y exhibir una mayor probabilidad de trastornos conductuales (16).

Con respecto a los resultados obtenidos ajustados por las variables de control como edad de la madre, previsión, número de hijos y nivel educacional, se puede concluir que ninguna de ellas es modificadora de efecto de la asociación entre el consumo de medicamentos durante el embarazo y la presencia de algún diagnóstico de salud mental en los niños.

Un estudio en el que se realizó una cohorte prospectiva de más de 9.000 mujeres y sus hijos, reveló que la presencia de síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo se asociaron a un retraso en el desarrollo de los niños a los 18 meses de edad, en comparación a lo observado en los niños cuyas madres no presentan tales síntomas durante la gestación, y se determinó un OR de 1.34, subrayando la importancia de la depresión durante el embarazo y destacando que las consecuencias en el desarrollo de los niños atribuidas a la depresión puerperal son causadas en parte por los síntomas

depresivos durante el embarazo (10). Esta condición impide que la madre sea capaz de entregar los cuidados y la atención que su hijo necesita, delegando esta labor a un familiar o persona cercana de su red de apoyo, creando modelos de apego inseguros para el desarrollo emocional del niño/a.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio no se encontró una relación significativa entre la exposición in útero a antidepresivos y los problemas de salud mental en los niños en sus primeros años de vida (OR 1.3 con IC de 95%), concluyendo que la exposición in útero a antidepresivos asociado a las variables de control estudiadas como son edad, previsión, nivel educacional de la madre y número de hijos no presenta implicancia significativa en la salud mental de los niños nacidos entre los años 2015 al 2021.

Por esto, se plantea que en futuras investigaciones se deberían buscar factores tanto intrínsecos como extrínsecos relacionados a las patologías de salud mental en los niños, y no solo en el periodo gestacional. Los factores por estudiar podrían ser, entre otros, los relacionados con el medio ambiente, antecedente de los padres con problemas de adicción (drogadicción/alcoholismo, ludopatía), familias con historia de violencia (física o verbal) y/o maltrato infantil, separación de la madre en el período neonatal precoz (desapego), desinterés o rechazo por el recién nacido, factores socioeconómicos y falta de red de apoyo.

La identificación e intervención temprana pueden ayudar a la resolución de tensiones y a aliviar estrés, y permitir así a los padres tener más sensibilidad para hacer frente a los retos que puedan plantear los niños, ayudando que el niño tenga un desarrollo psicoemocional más sano.

Realizar estas intervenciones desde la primera infancia, pudiendo implementar programas que brinden diagnóstico y tratamiento continuo a toda la población infantil desde su nacimiento, ya que actualmente estas atenciones se contemplan, pero desde los 5 a los 9 años.

Un niño mentalmente sano indica que puede hacerle frente al estrés en cualquier situación, ir al colegio y jugar en casa y en su comunidad sin sen-

tir rabia, ansiedad o depresión (19). Una buena salud mental durante la infancia es fundamental para el desarrollo del niño y para que logre desarrollar su potencial completamente.

Sería importante, entonces, generar políticas donde la salud mental en el embarazo y post parto sea considerada prioridad, dando continuidad a los controles psicológicos incluso en los periodos posteriores a la cobertura de programas como el Chile Crece Contigo, asegurando que las mujeres continúen con los tratamientos y psicoterapias avaladas por la investigación científica para esta etapa de la vida de la mujer, como la cognitivoconductual y la interpersonal (PIP). Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad (10).

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen, en primer lugar, al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, sin su colaboración no hubiera sido posible realizar este trabajo.

En segundo lugar, agradecen a sus respectivas familias, por su constante apoyo en este proceso.

REFERENCIAS

1. **Pan American Health Organization.** CD53. R7: Plan of Action on Mental Health. iris-paho.org [Internet]. 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7642>
2. **Wainberg, M., Scorza, P., Shultz, J., Helpman, L., Mootz, J., Johnson, K., et al.** Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. 2017;19(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5553319/>
3. **Smith, DJ., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., et al.** Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*. 2008;108(3):279-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.001>
4. **Maldonado-Durán, J (Ed).** Salud Mental Perinatal [Internet]. iris.paho.org. OPS; 2011. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>

5. **Cáceres, R., Martínez-Aguayo, JC.,** Arancibia, M., Sepúlveda, E. Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2017;55(2):103-13. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000200005>
6. **National Collaborating Centre for Mental Health (UK).** Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance [Internet]. PubMed. Leicester (UK): British Psychological Society; 2007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678630>
7. **Nordeng, H., Lupattelli, A., Wood, M.** Prenatal exposure to antidepressants and increased risk of psychiatric disorders. *BMJ*. 2017;j3950. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3950>
8. **Page, L.** Prescribing for pregnancy: managing prescribing for women with mental health diagnoses. *Drug and Therapeutics Bulletin* [Internet]. 2019;58(1):811. DOI: 10.1136/dtb.2019.000006
9. **Ornoy, A., Weinstein-Fudim, L., Ergaz, Z.** Antidepressants, Antipsychotics, and Mood Stabilizers in Pregnancy: What Do We Know and How Should We Treat Pregnant Women with Depression. *Birth Defects Research*. 2017;109(12):933-56. DOI: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1079>
10. **Jadresic, E.** Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2010;48(4):269-78. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lang=es
11. **Ministerio de salud.** Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Subsecretaría de salud pública división prevención y control de enfermedades depto. ciclo vital -dpto. salud mental [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
12. **Ministerio de Salud.** Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
13. **Díaz, M., Amato, R., Chávez, JG., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., et al.** Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus* [Internet]. 2013;17(2):32-40. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006&lng=es&tlng=es.
14. **Lancaster, C., Gold, K., Flynn, A., Yoo, H., Marcus, M., Davis, M.** Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2010;202(1):5-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919747/>
15. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** La depresión, 2012. Octubre de 2012; Nota descriptiva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
16. **Mendoza, B., Saldivia, S.** Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2015;143(7):887-94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010&lng=es&nr=iso&tlng=es
17. **Ewing, G., Tatarchuk, Y., Appleby, D. et al.** Placental Transfer of Antidepressant Medications: Implications for Postnatal Adaptation Syndrome. *Clin Pharmacokinetics*. 2015; 54 (4): 359-370. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40262-014-0233-3>
18. **Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R.** Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 2012; 140(4), 447-457. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
19. **Mental Health Foundation.** Children and young people [Internet]. www.mentalhealth.org.uk. Mental Health Foundation; 2021. Disponible en: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/children-and-young-people>

Tabla 1: Caracterización Casos – Control / Characterization case – control group

CASOS - CONTROL					
Caracterización	Descripción	CASOS		CONTROL	
		N°	%	N°	%
Distribución Sexo RN	Hombre	14.736	32,22	31.003	67,78
	Mujer	11.445	26,32	32.047	73,68
Semanas de Gestación	Prematuro	2.955	34,52	5.606	65,48
	Término	23.226	28,79	57.444	71,21
Peso RN	Bajo Peso	2.166	36,4	3.785	63,6
	Normopeso	21.823	28,64	54.372	71,36
	Macrosómico	2.165	30,98	4.823	69,02
Previsión Madres	Fonasa A, B sininformación	21.913	28,92	52.187	71,08
	Fonasa C, D Isapre, FF. AA	4.268	27,46	10.863	72,54
Número HijosMadres	Múltipara	16.234	28,25	39.918	71,75
	Primigesta	9.947	29,40	23.132	70,60
Edad Madres	Adolescentes	2.660	35,44	4.845	64,56
	Adultas	19.310	28,93	47.445	71,07
	Tardías	4.211	28,13	10.760	71,87
Total		26.181	29,34	63.050	70,66

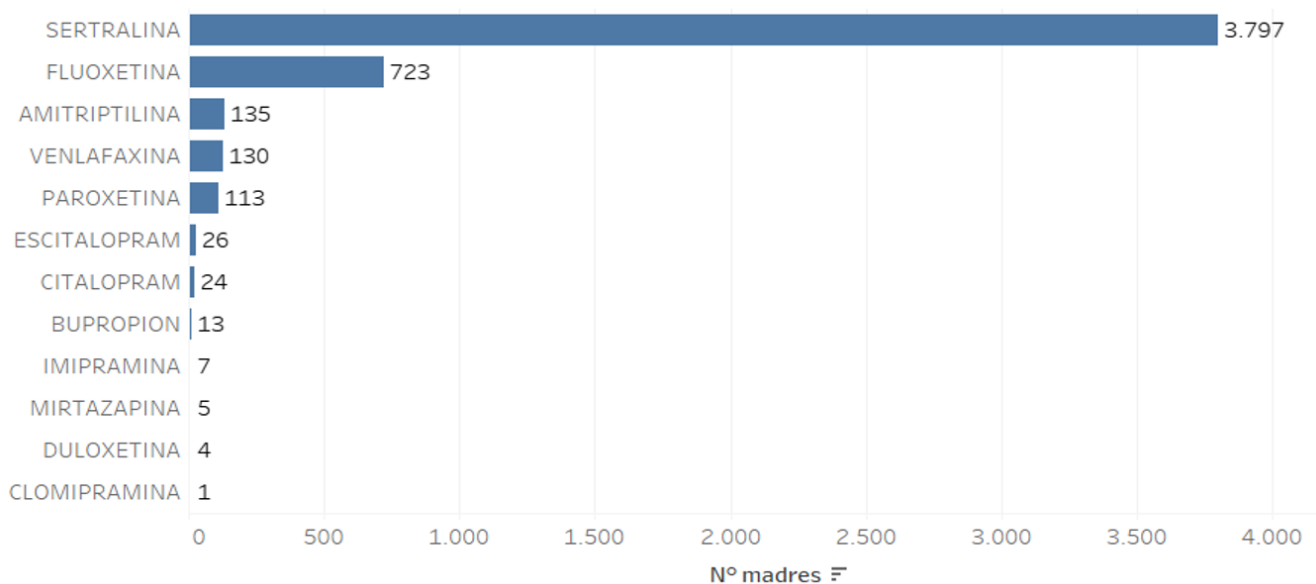
Fuente: Confección propia con datos registrados en Registro Civil proporcionados por DEISy datos obtenidos de RCE de repositorio DEAGIS

Tabla 2: Análisis caso – control / Case – control analysis

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion exposed
Cases	1860	24321	26181	0.0710
Controls	3447	59603	63050	0.0547
Total	5307	83924	89231	0.0595
	Point estimate			[95% conf. Interval]
Odds ratio	1.322386		1.246913	1.402419 (exact)
Attr. Frac. ex.	.2437913		.1980194	.2869461 (exact)
Attr. Frac. pop	.0173199			
			chi2(1) = 88.86	Pr>chi2 = 0.0000

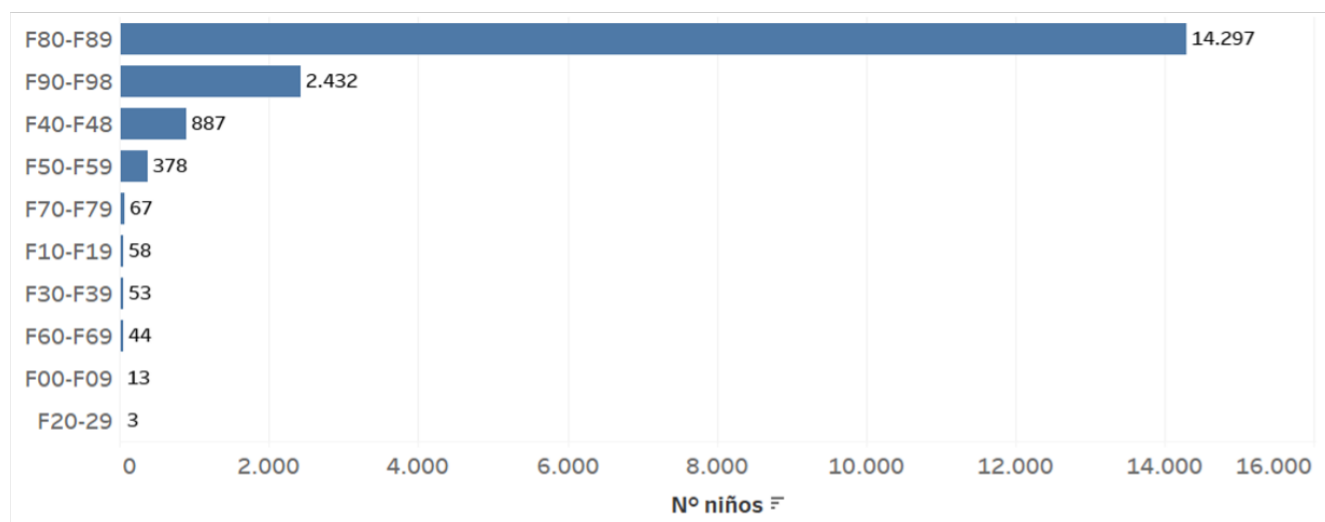
Fuente: confección propia

Figura 1. Tipo de medicamento antidepresivo consumido por las madres / Antidepressant medication consume by mothers



Fuente: Confección propia con datos registrados en Registro Civil proporcionados por DEIS y datos obtenidos de RCE de repositorio DEAGIS

Figura 2. Distribución de los niños según diagnóstico de salud mental / Distribution of children according to mental health diagnosis



Fuente: Confección propia con datos registrados en Registro Civil proporcionados por DEIS y datos obtenidos de RCE de repositorio DEAGIS

ANEXO N°1

Diagnóstico de salud mental correspondiente a códigos CIE 10.
Capítulo 05 Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico (F01-F99)

- (F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
- (F10-F19) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psico-trópicos
- (F20-29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- (F30-39) Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos
- (F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
- (F50-59) Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
- (F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- (F70-79) Retraso mental
- (F80-89) Trastornos del desarrollo psicológico
- (F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia
- (F99) Trastornos mentales sin especificar

ANEXO N°2

Acta de aprobación comité de ética

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO

ACTA DE APROBACIÓN

Miembros del Comité de Evaluación Ética Científica que participaron en la sesión del
08 de septiembre del 2022.

Comité constituido en conformidad a la resolución exenta N°2886 del Servicio de Salud
Metropolitano Sur Oriente de fecha 06 de julio 2009.
Acreditado por SEREMI de Salud 019892 de fecha 14 Abril 2014.

Sra. Andrea Mesina A. Fonoaudióloga, Hospital Sótero del Río, Presidenta del Comité.
Dr. Rafael Téllez T. Médico, Hospital Sótero del Río, Secretario
Sra. Elizabeth Valenzuela. Miembro de la Comunidad.
Dra. Daniela Valdeventi. Odontóloga, Hospital Cordillera
Dr. Gonzalo Menchaca, Medico, Hospital Dr. Sotero del Río.

Protocolo: Estudio análisis de la relación entre exposición in útero a antidepresivos y problemas de salud mental en niños nacidos entre el 2015 y 2021 atendidos en servicio de salud públicos.
Investigador Responsable: QF. Srta. Daniela Nuñez.
Centro: Hospital Dr. Sotero del Río.
Fecha de Aprobación: 08 de septiembre del 2022.

Este informe se refiere a la revisión que el Comité hizo de los siguientes documentos:

- Estudio.
- Formulario de Dispensa Consentimiento Informado.
- Curriculum Investigador.
- Carta Compromiso confidencialidad.

Evaluación Ética

Estudio de tipo observacional, no intervencional, analítico, retrospectivo, caso-control, de análisis de base de datos y registros clínicos, datos obtenidos de Departamento de Estadística, Análisis y Gestión de la Información en Salud del SSMSO.

El objetivo general de este estudio es analizar la relación entre exposición in útero a antidepresivos y patologías de salud mental en niños nacidos entre el 2015 y 2021, atendidos en centro de salud correspondiente a SSMSO.

Valor Social: De real relevancia, ya que, este estudio puede dar algunos lineamientos de la relación mencionada entre antidepresivos in útero y problemas de salud mental en niños y de encontrar alguna asociación negativa, promover futuros estudios orientados a buscar lineamientos que no sean perjudiciales para esta población de estudio.

Valor científico: Evidenciar información es siempre necesario para estrategias en Salud y fortalecer estos aspectos y Programas orientados a esto.

Determinación clara de muestra, estudio observacional, no intervencional, caso-control, cuya orientación es recabar información relacionada que será de utilidad, apuntando a Principio de Beneficencia y de No-Maleficencia en su mínimo.

Relación Riesgo/Beneficio, es favorable en su máximo e inocuo en su mínimo.

Concho y Toro 3459 - Paradero 30, Vic. Mackenna - Teléfonos: 225762401 - 225765163 - Puente Alto.

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO

Presenta Dispensa de Consentimiento Informado, uso y destino de información explícito, anonimidad y resguardo de la información también se explicita.

CONCLUSIÓN: Teniendo presente, que: Este protocolo cumple con los requisitos éticos de una investigación; con la legislación nacional vigente, con relación a las Leyes: 19628, 20120 y 20584 y que no implica costos materiales adicionales, ni en recurso humano para la Institución; Este Comité considera que no hay inconvenientes, para solicitar a la Dirección del Hospital Dr. Sotero del Río., la autorización para la realizar esta investigación.

Le solicitamos:

1. Le solicitamos antes de iniciar el estudio obtener la aprobación de él, por la autoridad administrativa correspondiente de la institución, (Director de Hospital, CESFAM, o quien corresponda) y hacernos llegar una copia de dicha a aprobación. El no cumplimiento de esta obligación lo expone a sanciones administrativas de acuerdo a la legislación vigente.
2. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio.
3. Usar los consentimientos informados validados por este Comité.
4. Informar cada 6 meses o lo menos una vez al año de su marcha, como También de cualquier publicación o presentación a congresos que dé él se generen.
5. La validez de esta aprobación es por un año al cabo del cual con el Informe Correspondiente debe solicitarse su renovación.
6. Solicitamos al Investigador Responsable informar sobre la marcha del estudio y solicitar la renovación anual de la presente aprobación ética con al menos 45 días de anticipación si desea continuar con el estudio. Si no ha recibido la respuesta oficial a su solicitud, el Investigador deberá detener las actividades del proyecto, no podrá enrolar a ningún nuevo participante y no podrá proceder con el análisis de los datos.

Andrea Mesina Araos.
Fonoaudióloga.
Magíster en Bioética.
Presidenta
Comité de Evaluación Ética Científica S.S.M.S.O.

Cc Dirección, Hospital Dr. Sotero del Río.

Av. Concho y Toro 3459 - Paradero 30, Vic. Mackenna - Teléfonos: 225762401 - 225765163- Puente Alto.

ANEXO N°3

- Glosario: Definición de las variables utilizadas.
- Bajo peso: recién nacido que tiene un peso de nacimiento igual o menor a 2.500 gr.
- Macrosómico: recién nacido que tiene un peso de nacimiento mayor a 4.000 gr.
- Adolescente: persona que se encuentra en la etapa de la adolescencia, la cual comprende entre los 14 y 19 años.
- Gestante tardía: mujer que cursa un embarazo con una edad igual o mayor a 35 años.

Revisión de alcance: atención en salud sexual y reproductiva en personas transgénero a nivel global.

Reproductive and sexual health among transgender people at global level.

Macarena Martínez-Órdenes¹, Patricia Elgueta-Villablanca², Liz Álvarez-Pinilla³, Tiare Vargas-Flores⁴

¹Matrona, Magister en Salud Pública, Profesora Asistente del Departamento de Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

²Matrona, Magister en Reproducción Humana, Profesora Asistente del Departamento de Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

³Estudiante de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

*Autor para correspondencia: macamartinez@uchile.cl

RECIBIDO: 16 de Noviembre de 2023

APROBADO: 06 de Agosto de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4010

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE ESTUDIO DERIVA DE UNA TESIS DE PREGRADO

Palabras claves: Personas transgénero, Servicios de salud para personas transgénero, Salud sexual, Salud reproductiva.

Key words: Transgender persons, Health services for transgender persons, Sexual health, Reproductive health.

RESUMEN

Objetivo: conocer el estado actual de la atención en salud sexual y reproductiva disponible o recibida por las personas transgénero a nivel global, según las dimensiones de los Estándares de Cuidado de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH).

Métodos: se realizó una revisión de alcance entre durante el primer trimestre de 2023, de todos los artículos disponibles en el período 2015-2023 en cuatro bases de datos (EBSCOHost-CINAHL Complete, Scielo, Lilacs, Google Académico) para la búsqueda de artículos, más el motor de búsqueda de Google para literatura gris y protocolos de atención de salud.

Resultados: fueron incluidos 124 artículos. Si bien se evidencia un aumento en las interés del personal de la salud por atender a esta población, la atención sigue siendo ineficiente y deficiente respecto de los estándares de cuidado de la WPATH. La investigación en personas transgénero se concentra en Estados Unidos y los diseños se distribuyen de forma similar entre cualitativo, cuantitativo y

revisiones sistemáticas. Se aprecia una tendencia al alza en relación con la investigación en este grupo a lo largo de los años. Los textos revisados incluyen las dimensiones de los estándares de cuidado de la WPATH.

Conclusión: la población transgénero presenta grandes vulnerabilidades en atención en salud sexual y reproductiva debido a barreras de carácter cultural, políticas e ideológicas, esto influye en un alto riesgo de contraer diversas ITS/VIH, riesgo de embarazos no deseados/planificados, además de presentar peores índices de salud mental. Si bien existen guías clínicas de atención a personas transgénero en estas materias, los profesionales de salud y la población general están poco familiarizados con ellas.

ABSTRACT

Objective: to assess the status of sexual and reproductive health care available to and received by transgender individuals globally, in line with the dimensions of care outlined in the Standards of Care v.8 by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

Methods: a scoping review was conducted from January 2015 to March 2023 across four databases: EBSCOHost-CINAHL Complete, Scielo, Lilacs, and Google Scholar. Additionally, a search was conducted on Google to identify relevant grey literature.

Results: a total of 124 articles were included in the review. Research about transgender individuals comes from the United States. The methodologies adopted in these studies are relatively evenly distributed among qualitative, quantitative, and review designs. The articles examined encompassed the standards of care dimensions prescribed by WPATH's.

Conclusion: the transgender community faces significant vulnerabilities in the realm of sexual and reproductive health care, which it is attributed to cultural, political, and ideological barriers that impede their access to health services. Such impediments increase the risk of contracting HIV and other sexually transmitted infections (STIs), the potential for unplanned or unwanted pregnancies, and correlate with deteriorating mental health. Despite the existence of clinical guidelines tailored for the care of transgender individuals concerning these matters, many health professionals remain inadequately acquainted with them.

INTRODUCCIÓN

Entre las distintas dimensiones de la atención en salud es posible encontrar la salud sexual y la salud reproductiva (SSyR). Si bien ambas definiciones se basan en un estado de bienestar físico, mental y social, las dos también se diferencian. La primera hace referencia a experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia, mientras que la segunda refiere a funciones reproductivas y procesos de procreación definidos de manera libre (1).

En Chile, la atención en SSyR se consolida con el Programa de Salud Materna y Perinatal (1991), que en 1997 se transformó en el Programa de Salud de la Mujer y del Recién Nacido. Ni uno ni otro han considerado recomendaciones para la atención de hombres (1, 2) y personas de diversidades sexogenéricas, lo que ha perpetuado una mirada heteronormativa y hegemónica del sistema

de salud. La población LGBTQIA+ ha sido patologizada y discriminada por los distintos modelos de atención en salud, llevando a inequidades de acceso a servicios de SSyR y a la formulación de estigmas por parte de los profesionales que brindan la atención. Esto se ha traducido, entre otras cosas, en el uso y abuso de sustancias ilícitas, desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, mayores niveles de trastornos mentales o suicidios en estas personas y, a la vez, en falta de preparación y de conocimientos de parte de los profesionales que las atienden (2-6).

Las personas transgénero se definen como individuos cuya identidad, expresión y conducta de género difiere del género asignado al nacer (5). Al igual que la población LGBTQIA+ enfrentan barreras de acceso a la atención en SSyR y se ven expuestas a transfobia, falta de conocimiento sobre sus necesidades de salud, problemas para registrar su género en registros y fichas clínicas, además de miedo a la discriminación.

Esto releva la necesidad de conocer el estado actual de la atención en salud sexual y reproductiva disponible para las personas transgénero a nivel global, a través de la búsqueda de literatura científica, protocolos, y literatura gris para identificar las fortalezas, avances, debilidades, limitaciones y brechas de acuerdo a los estándares de cuidado de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (7).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de alcance de tipo narrativa, que utiliza el protocolo del Joanna Briggs Institute (JBI), que valora cada documento con la metodología CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) (8, 9).

La búsqueda se realizó en las bases de datos LILACS, Google Scholar, Scielo, EBSCOHost/CINAHL Complete para identificar artículos académicos en las áreas de ciencia de salud latinoamericana. Para la literatura gris se utilizó el motor de Google, incluyendo tesis y protocolos de atención en salud de instituciones públicas y privadas. Se comenzó la selección leyendo el título del artículo, luego el re-

sumen y finalmente el texto completo al cuál se le aplicaron las pautas de calidad propuestas por la iniciativa CASPe para evaluación de análisis crítico.

Con los artículos seleccionados se construyó una base de datos que incluyó los ítems link del artículo, autores, año, revista, título, objetivos de investigación a los que responde, referencia del resumen, país de origen, idioma, metodología, población de estudio, tipo de intervención, comparador, resultados y conclusiones del artículo.

ESTRATEGIA DE EXPLORACIÓN

Se inició la búsqueda el 1 de enero y finalizó el 31 de marzo de 2023. Se extrajeron los textos completos de libre acceso que incluían al menos uno de los dominios de los estándares de cuidado propuestos por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), que se publicaron entre 2015 y 2023 en idioma español, inglés y portugués. Estos dominios corresponden a las prestaciones de salud en la evaluación de adultos, adolescentes, niñas y niños en ambientes institucionales de salud, el uso de terapia hormonal, la evaluación y prestación de atención en salud sexual y en salud reproductiva. Se excluyó el dominio de Salud Mental, ya que no se encuentra dentro de los objetivos de esta revisión.

En cuanto a la literatura gris, se incluyeron informes institucionales, ministeriales y de organizaciones de reconocimiento mundial como la Organización Mundial de la Salud [OMS], la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], entre otras.

Estas revisiones se realizaron en paralelo, tal como lo muestra la Figura 1. Se excluyeron artículos de opinión, noticias, foros no académicos, reportes narrativos, paneles de expertos, mesas de discusión, blog y sitios web que ofrecen prestaciones de salud.

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

La selección final de los artículos se realizó según el aporte del texto a la investigación, siendo organizados estos según dominio de cuidado y metodología, además de la tipología de origen del documento.

Los documentos que causaron desacuerdo entre las investigadoras fueron revisados de forma cruzada. Frente a la persistencia del desacuerdo se solicitó la evaluación por parte de un tercero neutral, con experiencia y pericia en el área de interés.

Tabla 1: Síntesis de búsqueda y ecuaciones por Base de Datos / Synthesis of search and equations by Database

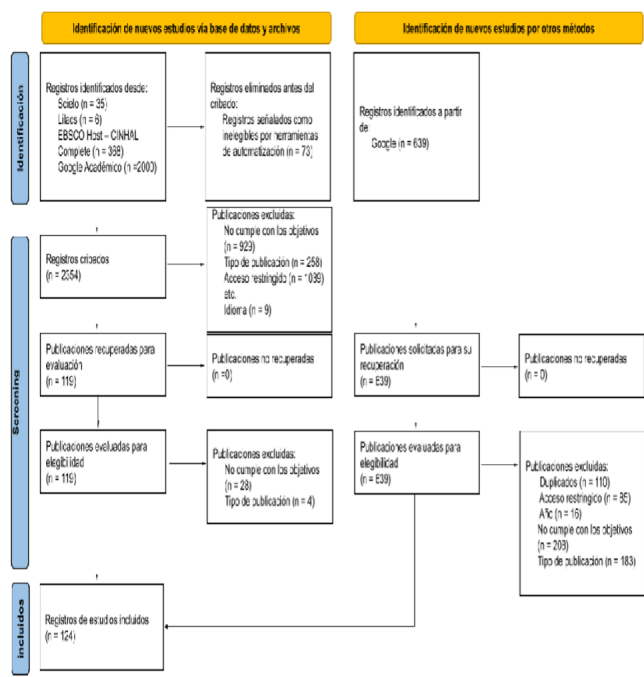
Base de Datos	Término de Búsqueda	Resultados (N)
Scielo	“Transgender Persons” AND “Sexual Health”	206
	“Transgender Persons” AND “Reproductive Health”	113
Google Académico	“Transgender Persons” AND “Sexual Health”	31
	“Transgender Persons” AND “Reproductive Health”	0
EbscoHost	“Transgender Persons” AND “Sexual Health”	1.000
	“Transgender Persons” AND “Reproductive Health”	1.000
Lilacs	“Transgender Persons” AND “Sexual Health”	3
	“Transgender Persons” AND “Reproductive Health”	3
Literatura gris	“Transgender Persons” AND “Sexual Health”	269
	“Transgender Persons” AND “Reproductive Health”	370
Total		2.995

Las características de los 124 artículos y los documentos que se incluyen en la revisión se encuentran disponibles en la siguiente tabla:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se observa en la Figura 1, en el proceso de elegibilidad se evaluaron 176 artículos, para los cuales se utilizaron herramientas CASPEe. Al final consideraron 125 artículos que cumplían con los criterios establecidos en esta investigación. Además, se revisaron una vía clínica y dos circulares normativas chilenas. Se comenzó la selección leyendo el título del artículo, luego el resumen y, por último, el texto completo, al que se le aplicaron las pautas de calidad propuestas por la iniciativa CASPe para evaluación de análisis crítico.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA adaptado para revisiones de alcance) / Flow chart of the study selection process (PRISMA adapted for scoping reviews).



Fuente: Page MJ, McKensie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an update guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n.71

Las características de los 124 artículos y los documentos que se incluyen en la revisión se encuentran disponibles en la siguiente tabla:

Figura 1. Resumen de las características de los artículos académicos incluidos en la revisión / Summary of the characteristics of the academic articles included in the review.

Características	Estudios N (%)
Países	
Norteamérica	68 (54,7)
Europa	12 (9,6)
Sudamérica	8 (6,4)
Multipaíses	5 (4,0)
Otros países	31 (24,9)
Diseño	
Cuantitativo	29 (23,3)
Cualitativo	33 (26,6)
Mixtos	8 (6,4)
Revisiones bibliográficas	27 (21,7)
Tesis	3 (2,4)
Recomendaciones/ Guías clínicas	16 (12,9)
Otros recursos	8 (6,4)
Idiomas	
Inglés	115 (92,7)
Portugués	4 (3,2)
Español	5 (4,0)
Años	
2015 – 2019	59 (47,6)
2020 – 2023	65 (52,4)

Fuente: Elaboración Propia

El desarrollo de las investigaciones en personas transgénero se concentra en Estados Unidos. Los diseños de éstas se distribuyen de forma similar entre estudios cualitativos (n= 33), cuantitativos (n= 29) y revisiones de literatura (n= 27). Estos estudios se han realizado principalmente entre los años 2020 y 2023. Faltan trabajos que aborden, por ejemplo, niveles serológicos adecuados hormonales, reacción de los métodos anticonceptivos hormonales ante el uso de testosterona exógena, y múltiples aristas relacionadas a la atención, derivación e individualización de la atención de personas transgénero.

De acuerdo con los estándares de cuidado de la WPATH se agruparon los artículos en i) evaluación de adultos, adolescentes, niñas y niños en ambientes institucionales de salud ii) terapia hormonal, iii) salud sexual, iv) salud reproductiva.

i) Evaluación de adultos, adolescentes, niñas y niños en ambientes institucionales de salud

La mayor parte de los estudios reconoce que la población transgénero tiene necesidades propias en salud y que existen limitaciones para que éstas sean reconocidas en las instituciones (8). Destacan principalmente el miedo de acceder a servicios de salud y sufrir discriminación, encontrarse con actitudes y comportamientos estigmatizantes e inhabilitados para reconocer los recursos disponibles para la atención de esta población (11, 12, 13). A esto se suman las experiencias negativas de las personas transgénero dentro del sistema de salud, por ejemplo: la negación de la identidad (11, 13). Estas experiencias se amplifican a nivel internacional, apreciando barreras como prejuicio, discriminación, falta de comunicación, heterosexismo, homofobia, desinformación, ausencia de confidencialidad y mala formación profesional (4, 14).

Cerca de un 70% de los profesionales de salud desconocen las recomendaciones de tamizaje a la población transgénero por ausencia de guías clínicas (11), implicando ausencia de formación, falta de capacitación, interés y responsabilidad dentro del sistema (13). A esto se suma que la mayoría de los estudiantes del área de la salud relata ausencia de contenido sobre salud de las personas transgénero sintiéndose incapacitados para entregar información adecuada (13). Se encontraron manuales y recomendaciones para fomentar buenas prácticas, acceso a los servicios y educación a la población objetivo (15). Se identifica que los profesionales transgénero desempeñan un rol como facilitadores dentro de la atención en las instituciones (12, 13), así como el uso de telesalud/ telemedicina (16). Dentro de las buenas prácticas se recomienda: cuidado con el lenguaje en los entornos clínicos (17-19), evitar la presunción de heterosexualidad, explicar paso a paso la valoración clínica, respetando la identidad y la experiencia de la persona (20). Se sugiere a las instituciones que quienes reciben prestaciones realicen retroalimentación anónima sobre la atención, para identificar las barreras y se logren mapear los lugares en donde las prestaciones son adecuadas.

ii) Terapia hormonal y afirmación de género

Quienes optan por la terapia hormonal y afirmación de género reconocen la necesidad de tránsito de género y su relación con la modificación del cuerpo, siendo el uso de hormonas la primera medida para acceder a cirugías de afirmación de género (21), éstas se vinculan a una mejor calidad de vida en general. Sin embargo, son costosas, dificultando su acceso, fomentando el uso sin indicación y supervisión médica, lo que expone a mayor riesgo (21-24) de trombosis, dislipidemia, osteoporosis, eritrocitosis, acné, atrofia vaginal, amenorrea, pérdida de cabello androgénico, efectos en la fertilidad futura, e incluso la muerte por eventos cardiovasculares (13, 25, 26).

iii) Salud Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un problema recurrente entre de la población transgénero. Se reconoce al Virus del Papiloma Humano (VPH) como la ITS más prevalente (26).

Diferentes instituciones recomiendan que los hombres transgénero con cérvix sigan los mismos criterios de tamizaje que las mujeres cisgénero, sin considerar barreras como el malestar psicológico, el dolor físico, la relación subóptima entre paciente-profesional, así como la preocupación por el nivel de conocimiento y experiencia de éste último (20, 27, 28). Respecto de la información sobre el VPH, la información es ambigua encontrando reportes contradictorios según la metodología de estudio (20, 27); sin embargo, ambas investigaciones coinciden que las principales fuentes de información son la prensa, internet y RRSS (20).

Las personas transgénero tienen un riesgo trece veces mayor de adquirir VIH que la población general, siendo más vulnerables las mujeres transgénero (29-33), debido a conductas de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin uso de preservativo, múltiples parejas sexuales, altas tasas de ITS y poco conocimiento sobre éstas, además de barreras culturales, explotación, altas tasas de cesantía, pobreza y experiencias previas negativas en cuidados de salud (30, 32, 34-38). La recomendación de tamizaje para VIH es la misma que para la población general, orientando así la consejería pre y post test, fomentando el conocimiento y el soporte social para disminuir las brechas de adherencia a las terapias anti-retrovirales (11, 13, 22, 33-35).

De igual modo, acceder a servicios de afirmación de género se asocia a un mayor tamizaje para ITS y VIH y mejor adherencia a la profilaxis pre exposición (PrEP) (31). Para el abordaje de estas problemáticas diversas instituciones internacionales han publicado recomendaciones sobre sexo seguro y recursos para comprender mejor el riesgo de ITS; así como la necesidad de tratar adecuadamente la salud sexual de la población transgénero (36, 39, 40).

iv) Salud Reproductiva

Son necesarios servicios de asesoramiento sobre salud reproductiva (fertilidad, aborto, anticoncepción, maternidad y paternidad responsables), violencia de género, etcétera (5, 41-44). Las pautas clínicas internacionales recomiendan, previo al inicio de la terapia hormonal, una o más instancias de consejerías para la entrega de información sobre fertilidad, pesquisa de comorbilidades, evaluación de métodos anticonceptivos, métodos de preservación de fertilidad y reproducción propia o asistida (39, 43-50). Especialmente, durante la adolescencia, donde las terapias de afirmación de género son priorizadas por los jóvenes por razones de salud mental, etapa donde no hay claridad sobre los deseos de fertilidad, de hecho las tasas de criopreservación de ovocitos, espermios y/o embriones (26, 47, 48, 51, 52) son bajas en este grupo (45, 48, 53).

Respecto de la anticoncepción se recomiendan consejerías a cualquier persona con útero que participe de relaciones sexuales con potencial reproductivo (45), ya que gran parte de los hombres transgénero conservan sus órganos reproductivos internos, por lo que están expuestos a una gestación no planificada ni deseada (54). Además se reporta un menor uso de anticoncepción por parte de usuarios en tratamiento de terapia hormonal por la creencia de que el uso de testosterona es anticonceptivo (46, 55). Ningún método anticonceptivo está contraindicado junto al uso de testosterona, siempre y cuando el individuo no posea condiciones preexistentes que se relacionen con algún riesgo ante el uso de los diferentes métodos (45, 46). Sin embargo, es necesario mencionar que no hay una guía oficial de anticoncepción para hombres transgénero que estén en tratamiento hormonal con testosterona (46).

Durante la gestación se desprenden tensiones entre la identidad de género y los deseos de maternidad/paternidad (52-57). Se recomienda un acompañamiento integral, multidisciplinario, donde se capacite al personal sobre la comunicación, trato y cuidado del lenguaje, esto con la finalidad de lograr

un ambiente respetuoso, privado y que preserve el bienestar de las personas involucradas en todos los aspectos de la atención clínica (registros clínicos, ecografías y sus vías, examen obstétrico) (58).

Respecto a las pérdidas reproductivas o la solicitud voluntaria de la interrupción de la gestación, al igual que la mayoría de la población, las barreras se relacionan con políticas restrictivas, costo de atención, seguros de salud, barreras que aumentan en el caso de hombres transgénero con útero (54) quienes consideran que éstos servicios deben adoptar un lenguaje neutral, garantizar cercanía al hogar y privacidad. Actualmente no existen recomendaciones sobre modalidades de interrupción (54, 59).

Finalmente, durante el puerperio se recomienda que se proporcione lactancia humana, aunque los hombres transgénero hayan recibido testosterona o mastectomía (58); sin embargo, el porcentaje de éxito puede ser menor. Algunas recomendaciones en el ámbito hospitalario incluyen la colactación, la relactación y la inducción de producción de leche humana en la persona no gestante (60). Éstas posibilidades deben evaluarse en la consejería prenatal y durante los controles prenatales para que la toma de decisiones sea autónoma e informada (60).

Independientemente del dominio de los estándares de calidad de atención en salud para las personas transgénero, el trato de los profesionales es una barrera transversal, predominando en las narrativas el maltrato, estigma y desconocimiento sobre la atención a la población transgénero. Adicionalmente se suman barreras en el costo de la atención, ya que no suelen ser financiar prestaciones de afirmación de género ni los procesos de preservación de fertilidad (23, 61); debido a decisiones políticas, presiones religiosas o de algunos grupos sociales que limitan la perspectiva de derecho que debiese tener la atención de SSyR para personas transgénero (25, 61). Si bien han surgido alternativas, como centros especializados en atención a personas LGBTQIA+, éstas son escasas dentro del sistema de atención público y privado a nivel internacional (32).

La marginalización, criminalización, y estigmatización de las personas transgénero los vuelve más susceptibles a riesgos de ITS que la población general. Esta situación se amplifica en la mayoría de los estudios documentados en esta revisión. Sin embargo, en algunos países del sudeste asiático existe una cultura de respeto a las personas transgénero den-

tro de las comunidades, por lo que el acceso a servicios de salud sexual, en particular a la prevención y tratamiento de VIH reporta experiencias positivas en cuanto a la adherencia de tratamiento y tamizaje (34).

Uno de los puntos que se debe considerar es que el currículo universitario, a nivel global, de formación de profesionales de la salud no tiene aspectos generales y/o específicos para la atención de salud de las personas transgénero, invisibilizando sus necesidades, pese a que los y las estudiantes reconocen que estar al tanto de éstas problemáticas es relevante para el ejercicio de su práctica clínica (62-64). A pesar de que no es una temática que se aborde en los programas de formación profesional, se debe informar a los estudiantes sobre la existencia de recursos y guías emanados de organizaciones como WPATH, OMS, OPS, UNFPA que deben considerarse al momento de prestar servicios de SSyR.

Al dar cuenta de la realidad nacional, en el país se encontraron normativas legales y estudios generales que no cumplían con los criterios de la revisión CASPe. Los estudios chilenos son coincidentes con la imprecisión de la prevalencia de las personas transgénero que existe a nivel global, también tienen una oferta restringida de políticas públicas de salud, ya que su foco es evitar VIH/SIDA, dejando otras demandas desatendidas (65, 66).

El MINSAL solo da lineamientos generales mediante las circulares N° 34, N° 21, y la “Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género”, con foco en el nombre social, los criterios para elegir el lugar de hospitalización y a quién se le entrega la información sobre su estado de salud (65, 66). Ante la falta de guías nacionales específicas los hospitales regionales han desarrollado protocolos de manejo médico para organizar los procesos de derivación que se relacionan con la vía clínica (65). Respecto a los proveedores de salud, médicos y médicas del norte de Chile un 96% consideró importante recibir información sobre el tema, un 77% desconocía la existencia de las circulares 21 y 34 del MINSAL, y un 18% no estuvo de acuerdo con que la atención en transición de género se financie con recursos de la salud pública.

Se reconocen limitaciones respecto de la atención obstétrica mediante actitudes heteronormadas, malos tratos, falta en la entrega de información, (56), incapacidad de trabajar con emociones complejas ligadas a la atención e inexistencia de herramientas para el reconocimiento de la persona no gestante como madre/padre (28). Si bien, en Chile, la atención obstétrica está ligada directamente al rol de la matronería, es necesario recalcar que este profesional no existe en todos los países, y que en nuestro país, el rol de la matrona es amplio en relación a la atención en salud sexual y reproductiva. Como limitaciones de este estudio podemos identificar que al ser una revisión de alcance, no se evaluó en profundidad la calidad de los artículos incluidos en el estudio. Además, hay que reconocer que el profesional matrona/matrón existe en pocos países, en los cuales suelen tener menos atribuciones que la matrona/matrón chilena, lo que hace difícil investigar a nivel global el rol de la matronería en este tema.

CONCLUSIÓN

Existen profundos problemas respecto a la atención en salud sexual y reproductiva para la población transgénero a nivel global, en todas la etapa de atención. Destacan los problemas de acceso a cuidados, falta de conocimiento del personal de salud, el estigma y la transfobia, junto con el alto costo asociado. Sin embargo, existen instituciones que se han dedicado a la investigación y protocolización de alta calidad con reconocimiento internacional. La creación de normativas nacionales junto con capacitación a todos los miembros que formen parte de la atención en salud por entidades certificadas será fundamental para lograr un cambio en la atención de SSyR de las personas transgénero.

Para garantizar el trato digno se recomienda: recopilar información sobre identidad de género, sexo asignado al nacer y pronombres que utilicen las personas que accedan a los servicios de salud, recordando que no es necesario transitar o realizar modificaciones corporales para identificarse como transgénero.

Las matronas y matrones deben adquirir herramientas y conocimiento que garanticen la mejor calidad de atención de las personas transgénero, así como, también, generar evidencia sobre las necesidades de la población en el país. Si bien se de-

ben apoyar por las normativas internas y protocolos internacionales, el llamado de este trabajo es al MINSAL ya que se deben elaborar las orientaciones nacionales para la atención, en todos los dominios de salud, de las personas transgénero, ampliando la cobertura de prestaciones y financiamiento.

REFERENCIAS

- 1. Organización Mundial de la Salud:** Salud sexual [Internet]. Who.int. [Consultado el 9 de Junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
- 2. Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernales M.** Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 ;42:1-7. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e124/es> [Consultado el 9 de junio de 2022]
- 3. Feliciano Silva J, Cavalcanti Costa GM.** Health care of sexual and gender minorities: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 ;73(suppl 6):e20190192. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300300 [Consultado el 9 de junio de 2022]
- 4. Day M.** La discriminación que enfrentan personas trans y no binarix en servicios de salud en Santiago, Chile [Internet]. Otdchile.org. 2017. Disponible en: <https://dev.otdchile.org/wp-content/uploads/2018/06/MORGAN-DAY-Informe-final-redaccio%CC%81n-ok.-.pdf> [Consultado el 9 de junio de 2022]
- 5. Sevilla FJ.** Análisis de la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva de la población trans en los hospitales públicos de la ciudad de Neuquén [Internet]. [Córdoba, Argentina]: Universidad Nacional de Córdoba; 2016. Disponible en: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/sevilla-francisco-jesus2016.pdf> [Consultado el 9 de junio de 2022]
- 6. Zapata Pizarro Antonio, Díaz Díaz Karina, Barra Ahumada Luis, Maureira Sales Lorena, Linares Moreno Jeanette, Zapata Pizarro Franco.** Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet] 2019; 147(1): 65-72. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100065&lng=es [Consultado el 08 de Junio de 2022]
- 7. Universidad De Los Lagos, Dirección De Igualdad De Género.** Binarismo de género. Disponible en: <https://direcciondegenero.ulagos.cl/definiciones/binarismo-de-genero/> [Consultado el 08 de junio de 2022]
- 8. Joanna Briggs Institute. (2017).** Checklist for systematic reviews and research syntheses. https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools
- 9. Critical Appraisal Skills Programme. (2018).** CASP systematic review checklist. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- 10. Page MJ, McKensie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.** The PRISMA 2020 statement: an update guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n.71
- 11. Hammond MEH, Stehlik J, Drakos SG, Kfoury AG.** Bias in medicine: Lessons learned and mitigation strategies. *JACC Basic Transl Sci* [Internet]. 2021; 6(1):78-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacbts.2020.07.012> [Consultado el 20 de junio de 2022]
- 12. Providing Transgender-Inclusive Health-care Services [Internet].** Plannedparenthood.org. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.plannedparenthood.org/files/4414/0606/9716/PPSFL_Providing_Transgender_Inclusive_Healthcare_Handbook.pdf
- 13. Scheim AI, Santos G-M, Arreola S, Makofane K, Do TD, Hebert P, et al.** Inequities in access to HIV prevention services for transgender men: results of a global survey of men who have sex with men. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2016;19:20779. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7448/ias.19.3.20779>
- 14. Rodriguez A, Agardh A, Asamoah BO.** Self-reported discrimination in health-care settings based on recognizability as transgender: A cross-sectional study among transgender U.s. citizens. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2018 [citado el 15 de octubre

de 2023];47(4):973-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-017-1028-z> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5891571/>

15. Loo S, Almazan AN, Vedilago V, Stott B, Reisner SL, Keuroghlian AS. Understanding community member and health care professional perspectives on gender-affirming care—A qualitative study. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(8):e0255568. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0255568>

16. Müller A, Spencer S, Meer T, Daskilewicz K. The no-go zone: a qualitative study of access to sexual and reproductive health services for sexual and gender minority adolescents in Southern Africa. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [citado el 15 de octubre de 2023];15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0462-2>

17. Asia Pacific Transgender Network (APTn). What they don't tell you in sex ed! – A resource for transgender and gender diverse communities on sexual and reproductive health [Internet]. *Weareaptn.org*. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://weareaptn.org/resource/what-they-dont-tell-you-in-sex-ed-a-resource-for-transgender-and-gender-diverse-communities-on-sexual-and-reproductive-health/>

18. Lock L, Anderson B, Hill BJ. Transgender care and the COVID-19 pandemic: Exploring the initiation and continuation of transgender care in-person and through telehealth. *Transgend Health* [Internet]. 2022 [citado el 17 de julio de 2023];7(2):165-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2020.0161>

19. A toolkit on patient centered transgender care for nurse practitioner faculty and clinicians. *J Nurse Pract* [Internet]. 2019;15(7):502-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155541551930203X>

20. Whitman-Walker Health Human rights campaign foundation. Safer sex for trans bodies [Internet]. *Hrc.org*. [citado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: http://assets2.hrc.org/files/assets/resources/Trans_Safer_Sex_Guide_FINAL.pdf

21. Spencer S, Meer T, Müller A. “The care is the best you can give at the time”: Health care professionals' experiences in providing gender affir-

ming care in South Africa. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(7):e0181132. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0181132>

22. Dhillon N, Oliffe JL, Kelly MT, Krist J. Bridging barriers to cervical cancer screening in transgender men: A scoping review. *Am J Mens Health* [Internet]. 2020;14(3):155798832092569. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1557988320925691>

23. Hanauer OFD, Hemmi APA. Caminhos percorridos por transexuais: em busca pela transição de gênero. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [citado el 17 de julio de 2023];43(spe8):91-106. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/91-106/>

24. Lee H, Park J, Choi B, Yi H, Kim S-S. Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiol Health* [Internet]. 2018 [citado el 17 de julio de 2023];40:e2018005. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4178/epih.e2018005>

25. Hillman J. The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annu Rev Gerontol Geriatr* [Internet]. 2017;37(1):13-26. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=121429603&lang=es&site=ehost-live>

26. Van Schuylenbergh J, Motmans J, Defreyne J, Somers A, T'Sjoen G. Sexual health, transition-related risk behavior and need for health care among transgender sex workers. *Int J Transgend* [Internet]. 2019 [citado el 15 de octubre de 2023];20(4):388-402. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6913627/>

27. Center of Disease Control and Prevention. Patient-centered care [Internet]. *Cdc.gov*. 2022 [citado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/affirmative-care.html>

28. Hodax JK, Wagner J, Sackett-Taylor AC, Rafferty J, Forcier M. Medical options for care of gender diverse and transgender youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2020;33(1):3-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318819302062>

29. Harb CYW, Pass LE, De Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and barriers to accessing sexual health care services for transgender/genderqueer individuals assigned female sex at birth. *Transgend Health* [Internet]. 2019;4(1):58-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2018.0022>

30. Crissman H, Stroumsa D. Gynecologic care considerations for transmasculine people: Transgender and non-binary people face discrimination and stigma, along with other barriers, in accessing health care. *Contemp Ob Gyn* [Internet]. 2020;65(8):20-4. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=145176958&lang=es&site=ehost-live>

31. United Nations Office on Drugs and Crime, TECHNICAL BRIEF: TRANSGENDER PEOPLE AND HIV IN PRISONS AND OTHER CLOSED SETTINGS [Internet]. Unodc.org. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/22-03088_Transgender_HIV_E_ebook.pdf

32. De Santis JP, Hauglum SD, Deleon DA, Provencio-Vasquez E, Rodriguez AE. HIV risk perception, HIV knowledge, and sexual risk behaviors among transgender women in south Florida. *Public Health Nurs* [Internet]. 2017;34(3):210-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12309>

33. Andrzejewski J, Dunville R, Johns MM, Michaels S, Reisner SL. Medical gender affirmation and HIV and sexually transmitted disease prevention in transgender youth: Results from the survey of today's adolescent relationships and transitions, 2018. *LGBT Health* [Internet]. 2021;8(3):181-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2020.0367>

34. Rosenberg S, Callander D, Holt M, Duck-Chong L, Pony M, Cornelisse V, et al. Cisgenderism and transphobia in sexual health care and associations with testing for HIV and other sexually transmitted infections: Findings from the Australian Trans & Gender Diverse Sexual Health Survey. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7):e0253589. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0253589>

35. Santana AD da S, Araújo EC de, Abreu PD de, Lyra J, Lima MS de, Moura JW da S. Health vulnerabilities of transgender sex workers: An integra-

tive review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [citado el 17 de julio de 2023];30:e20200475. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WKCPGCjjQSkgsbpgjRVGZLS/?lang=en>

36. Fauk NK, Merry MS, Putra S, Sigilipoe MA, Crutzen R, Mwanri L. Perceptions among transgender women of factors associated with the access to HIV/AIDS-related health services in Yogyakarta, Indonesia. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(8):e0221013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0221013>

37. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, Jones N, Lee-Foon N, Levermore K, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2017;20(1):21385. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7448/ias.20.1.21385>

38. World Health Organization: Hiv and young transgender people [Internet]. Who.int. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/179866/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf

39. Tun W, Pulerwitz J, Shoyemi E, Fernandez A, Adeniran A, Ejiogu F, et al. A qualitative study of how stigma influences HIV services for transgender men and women in Nigeria. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2022;25(S1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jia2.25933>

40. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [citado el 17 de julio de 2023];35(4):e00111318. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n4/e00111318/>

41. World Health Organization WHO. Policy brief: Transgender people and HIV [Internet]. 2015 [citado el 17 de julio de 2023] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf

42. Center of Disease Control and Prevention: HIV Testing, Prevention and Care for transgender people [Internet]. Cdc.gov. 2021 [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/prevention-and-care-data.html>

- 43. Moseson H, Fix L, Hastings J, Stoeffler A, Lunn MR, Flentje A, et al.** Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *Int J Transgend Health* [Internet]. 2021;22(1-2):30-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- 44. Cooper HC, Long J, Aye T.** Fertility preservation in transgender and non-binary adolescents and young adults. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado el 15 de octubre de 2023];17(3):e0265043. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0265043>
- 45. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Rodriguez-Wallberg KA.** Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. *Hum Reprod* [Internet]. 2017;32(2):383-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dew323>
- 46. Castilla-Peón MF.** Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2019 [citado el 15 de octubre de 2023];75(1). Disponible en: https://www.bmhim.com/frame_esp.php?id=4
- 47. Nahata L, Chen D, Quinn GP, Travis M, Grannis C, Nelson E, et al.** Reproductive attitudes and behaviors among transgender/nonbinary adolescents. *J Adolesc Health* [Internet]. 2020;66(3):372-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X19304513>
- 48. Boudreau D, Mukerjee R.** Contraception care for transmasculine individuals on testosterone therapy. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2019;64(4):395-402. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12962>
- 49. Lai TC, Davies C, Robinson K, Feldman D, Elder CV, Cooper C, et al.** Effective fertility counseling for transgender adolescents: a qualitative study of clinician attitudes and practices. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio de 2023];11(5):e043237. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043237>
- 50. Mayhew Veronica Gomez-Lobo A.** Fertility Options for the Transgender and Gender Nonbinary Patient. [citado el 17 de julio de 2023]; Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article/105/10/3335/5892794?login=false>
- 51. Paula Amato,** MDFertility options for transgender persons [Internet]. *Ucsf.edu*. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/fertility>
- 52. Cheng PJ, Pastuszak AW, Myers JB, Goodwin IA, Hotaling JM.** Fertility concerns of the transgender patient. *Transl Androl Urol* [Internet]. 2019 [citado el 15 de octubre de 2023];8(3):209-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>
- 53. Feigerlová E, Pascal V, Ganne-Devonec M-O, Klein M, Guerci B.** Fertility desires and reproductive needs of transgender people: Challenges and considerations for clinical practice. *Clin Endocrinol (Oxf)* [Internet]. 2019;(cen.13982). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/cen.13982>
- 54. Moseson H, Fix L, Hastings J, Stoeffler A, Lunn MR, Flentje A, et al.** Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *Int J Transgend Health* [Internet]. 2021;22(1-2):30-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- 55. Cooper HC, Long J, Aye T.** Fertility preservation in transgender and non-binary adolescents and young adults. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado el 18 de julio de 2023];17(3):e0265043. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0265043>
- 56. Moseson H, Fix L, Ragosta S, Forsberg H, Hastings J, Stoeffler A, et al.** Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2021;224(4):376.e1-376.e11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820311261>
- 57. Gomez AM, Đõ L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J.** Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *J Adolesc Health* [Internet]. 2020;67(4):597-602. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X2030104X>

- 58. Falck F, Frisén L, Dhejne C, Armuand G.** Undergoing pregnancy and childbirth as trans masculine in Sweden: experiencing and dealing with structural discrimination, gender norms and microaggressions in antenatal care, delivery and gender clinics. *Int J Transgend Health* [Internet]. 2021;22(1-2):42-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/26895269.2020.1845905>
- 59. Hahn M, Sheran N, Weber S, Cohan D, Obedin-Maliver J.** Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [citado el 18 de julio de 2023];134(5):959-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003506>
- 60. Berger AP, Potter EM, Shutters CM, Imbrorek KL.** Pregnant transmen and barriers to high quality healthcare. *Proc Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 [citado el 17 de julio de 2023];5(2):1-12. Disponible en: <https://pubs.lib.uiowa.edu/pog/article/3565/galley/112471/view/>
- 61. Moseson H, Fix L, Gerdtz C, Ragosta S, Hastings J, Stoeffler A, et al.** Abortion attempts without clinical supervision among transgender, nonbinary and gender-expansive people in the United States. *BMJ Sex Reprod Health* [Internet]. 2022;48(e1):e22-30. Disponible en: <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/48/e1/e22.full.pdf>
- 62. Rachel Wamboldt Shirley Shuster Bikrampal S Sidhu.** Lactation Induction in a Transgender Woman Wanting to Breastfeed: Case Report. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* [Internet]. mayo de 2021 [citado el 17 de julio de 2023];106. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article/106/5/e2047/6123860?login=false>
- 63. Gomez I, Ranji U, Salganicoff A, Dawson L, Rosenzweig C, Kellenberg R, et al.** Update on Medicaid coverage of gender-affirming health services [Internet]. KFF. 2022 [citado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/update-on-medicaid-coverage-of-gender-affirming-health-services/>
- 64. Johnston CD, Shearer LS.** Internal medicine resident attitudes, prior education, comfort, and knowledge regarding delivering comprehensive primary care to transgender patients. *Transgend Health* [Internet]. 2017;2(1):91-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2017.0007>
- 65. Zapata Pizarro A, Muena Bugueño C, Quiroz Nilo S, Alvarado Villarroel J, Leppes Jenkis F, Villalón Friedrich J, et al.** Percepción de la atención de salud de personas transgénero en profesionales médicos y médicas del norte de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021 [citado el 15 de noviembre de 2023];86(1):61-7. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000100061&lang=es
- 66. Zapata Pizarro A, Díaz Díaz K, Barra Ahumada L, Maureira Sales L, Linares Moreno J, Zapata Pizarro F.** Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [citado el 15 de octubre de 2023];147(1):65-72. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100065&lang=es

ANEXOS

Anexo 1: Definiciones relacionadas con la revisión:

Género:	Construcción cultural que asigna, en ámbito público y privado, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y los hombres sobre la base de su diferenciación sexual (Definición de la OMS)
Identidad de género:	Sensación interna del individuo (no visible a otros), de ser hombre o mujer (7).
Variante de género:	Individuo con expresión de género que difiere de las expectativas sociales relacionadas con el género asignado (7).
Cisgénero:	Identidad, expresión y conducta de género concordante con el género asignado al nacer (7).
Género no binario:	Disconformidad con cualquiera de las dos formas clásicas de género (hombre-mujer) (7).
Hombre transgénero:	Persona con características sexuales femeninas, identificada como mujer al nacer, que ahora se identifica como hombre (7).
Mujer transgénero:	Persona con características sexuales masculinas, identificada como hombre al nacer, que ahora se identifica como mujer (7).
Disforia de género/Desorden de identidad de género:	Término usado en DSM-V y CIE-10 respectivamente, para describir condiciones por las cuales la no conformidad de género provoca distrés o malestar clínicamente significativo (7).
Transición:	Tiempo a través del cual la persona comienza a vivir con un género con el que se identifica, más que con el género asignado al nacer (7).
Experiencia en vida real:	Adopción por completo del rol de género al cual se adecúa la persona. Es necesario esta fase antes de los procesos de hormonación y posterior readecuación corporal quirúrgica (7).
Binarismo de género:	Significa comprender el sistema de género desde una reducción sexual colonial, que abarcaría como algo normal solamente a hombres y mujeres heterosexuales, sin representación de otras personas autopercebidas con otras identidades de género, como por ejemplo, géneros no-binarios, transgéneros, muxe, entre otras. Este binarismo de género tampoco abarca los cuerpos que no corresponden con su visión, incurriendo en el endosexismo que excluye y patologiza a las personas intersexuales (8).



Experiencias del uso de la copa menstrual en estudiantes de la Universidad de Talca, Chile. Estudio fenomenológico.

Experiences of the use of the menstrual cup in students of the University of Talca, Chile. Phenomenological study.

Daniela Zárate-Ramírez¹, Denisse Muñoz-Quilodrán², Mariela Abarzúa-Romero², Daniela Merino-Lacoste², Saray Conejeros-Pereira², Daniela Yáñez-Lillo², María Briones-Lorca⁴

¹Estudiantes de pregrado de la carrera de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca.

²Estudiantes de pregrado de la carrera de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca.

*Matrona, docente de la carrera de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca.

*Autor para correspondencia: mbrionesl@utalca.cl

RECIBIDO: 21 de Diciembre de 2023
 APROBADO: 06 de Agosto de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4081

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE ESTUDIO DERIVA DE UN TRABAJO DE PREGRADO

Palabras claves: Copa Menstrual, Menstruación, Productos de Higiene Menstrual.

Key words: *Menstrual Cup, Menstruation, Menstrual Hygiene Products.*

RESUMEN

Objetivo general: conocer la experiencia de las estudiantes de la Universidad de Talca en Chile respecto al uso de la copa menstrual, con el propósito de comprender los factores que influyen en su aceptación.

Material y método: estudio cualitativo de diseño fenomenológico y paradigma interpretativo con perspectiva basada en el modelo de promoción de la salud. La muestra corresponde a estudiantes de la Universidad de Talca que cumplieron con los criterios de inclusión: edad de 18 a 25 años y uso de copa menstrual (CM) desde hace seis meses hasta dos años de antigüedad. Se obtuvo una muestra homogénea de nueve estudiantes, reclutadas a través de redes sociales, informantes claves y “bola de nieve”. La confiabilidad del estudio se resguardó con una saturación empírica de nueve entrevistas a estudiantes y la triangulación realizada por tres profesionales matronas.

Resultados: se representan en tres dimensiones principales. A saber, aspectos socioculturales, percepción personal y proyección del método.

Discusión y conclusiones: la aceptación de la copa menstrual radica en su comodidad, siendo un método práctico, higiénico y seguro para sus usuarias. Por otro lado, se plantea la necesidad de mayor información y compromiso de parte de los Servicios de Salud con la promoción de este método de higiene menstrual.

ABSTRACT

Objective: General objective: to know the experience of the students of the University of Talca of Chile regarding the use of the menstrual cup, with the purpose of understanding the factors that influence its acceptance.

Material and Method: qualitative study of phenomenological design and interpretive paradigm with a perspective based on the health promotion model. The sample corresponds to students from the University of Talca who met the inclusion criteria: age from 18 to 25 years and use of menstrual cup (MC) from 6 months to 2 years ago. A homogeneous sample of 9 students was obtained, recruited through social networks, key informants and snowball. The reliability of the study was safeguarded with an em-

pirical saturation of 9 interviews with students and triangulation by 3 professionals (midwives). Thematic content analysis.

Results: the results of the study are represented in three main dimensions: sociocultural aspects, personal perception and projection of the method.

Discussion and conclusions: the acceptance of menstrual cup lies in its comfort, being a practical, hygienic and safe method for its users. On the other hand, there is a need for more information and commitment on the part of Health Services with the promotion of this method of menstrual hygiene.

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud e higiene menstrual abarca factores como el bienestar, la igualdad de género, la educación, el empoderamiento de la mujer y sus derechos (UNICEF, 2020). Como tal, describe un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de un trastorno o enfermedad en relación al ciclo menstrual (Hennegan et al., 2021). Por lo anterior, la salud menstrual es parte integral de los derechos de salud sexual y reproductiva y un factor decisivo para la realización de los derechos de las mujeres, en toda su diversidad; un logro de la igualdad de género y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Es fundamental, por tanto, que los responsables de la formulación de políticas y los expertos adopten, en relación al ciclo menstrual, una estrategia amplia, multisectorial, capaz de abarcar todo el ciclo vital (OHCHR, 2020).

Se reconoce que la elección de un insumo menstrual debe ser una decisión de soberanía sobre el cuerpo. Sin embargo, las adolescentes informan dificultades para acceder a baños, agua, materiales absorbentes y falta de información sobre salud menstrual. Al mismo tiempo, revelan desigualdades y diversidad en las experiencias menstruales interseccionadas por categorías, como la clase social (Oliveira, 2023). Por ello, es urgente la necesidad de construir estrategias pedagógicas para la divulgación de información confiable y veraz sobre gestión menstrual y los productos que existen en el mercado, de manera que mitiguen la desigualdad en contextos donde la sociedad cuenta con mayores niveles de precariedad (Porrás, 2023).

Esta realidad no es ajena a Chile, por lo que como comunidad universitaria deseamos aportar a la gestión del conocimiento sobre un dispositivo contemporáneo denominado copa menstrual (CM). Diversos

estudios demuestran que ésta proporciona mayor libertad de movimiento, comodidad y no incrementa el riesgo de desarrollar infecciones ni alergias. Dura cinco a diez años y es reciclable, condiciones que valoran las mujeres del siglo XXI, dado su vida demandante (Arenas-Gallo et al, 2020).

Un estudio sobre el conocimiento que poseen las mujeres acerca de la CM reveló que el 18,9% de las entrevistadas la utiliza y conoce sus características. En cuanto a la vida útil, el 38,2% desconoce dicha información, mientras que el 2,9% afirma que su duración máxima es de diez años (Cillero, 2021). Los factores asociados a esta problemática están relacionados con el desconocimiento sobre costos, comodidad, vida útil, riesgos, beneficios y cuidados.

Asimismo, un estudio español mostró que el 17% de las usuarias de productos menstruales utilizaban la CM de manera habitual, siendo para el 94% de ellas el dispositivo principal. Esto significa que más de un millón de españolas usaban este método, mientras que el 83% restante no lo había probado y muchas sólo conocían su existencia, pero no sus especificaciones (Illa, 2018). En definitiva, este desconocimiento es un problema tanto nacional como internacional.

En cuanto a los métodos tradicionales, estos producen a largo plazo un alto gasto económico. En Chile, se estima que una mujer gasta en promedio \$125.000 anuales en insumos de higiene menstrual (Servicio Nacional del Consumidor, 2022). Debido al gran impacto que estos tienen, la copa es considerada una alternativa más ecológica. Sin embargo, a pesar de sus beneficios, algunas usuarias experimentan molestias en la inserción o en la extracción de la copa, aunque señalan que esto disminuye con el tiempo. El uso prolongado incrementa la comodidad y el deseo de seguir utilizándola, e incluso recomendarla a otras mujeres. También mencionan que el costo inicial es elevado, por lo que no es accesible inmediatamente para todas (Beksinska, 2020).

Finalmente, la evidencia indica que es necesario difundir más información sobre la CM para aumentar el conocimiento en la población y promover su uso entre el personal de salud, mejorando la educación, entrenamiento y cuidados en las usuarias (Medina-Perucha, 2022).

En consideración anterior, este estudio tiene como objetivo, conocer la experiencia de las estudiantes de la Universidad de Talca respecto al uso de la copa menstrual, con el propósito de comprender los factores que influyen en su aceptación.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio cualitativo de diseño fenomenológico. La fenomenología permite al investigador tener un acercamiento a un fenómeno tal cual acontece en una persona, para así, responder a usuarias y usuarios con estrategias de cuidado desde y para el ser humano (Altamira-Camacho, 2022).

El paradigma interpretativo nos permitió estudiar el tema desde la perspectiva de los actores, buscando comprender el marco de referencia de quien vive la experiencia. Finalmente, la perspectiva basada en el modelo de promoción de la salud nos orientó hacia las áreas claves que las personas utilizan dentro de su entorno para conseguir salud (Potter, 2014).

Como guía para el desarrollo de la metodología, se utilizó la pauta Estándares para informar investigaciones cualitativas SRQR de Equator Network (EQUATOR Network, s. f.).

Criterios de inclusión: estudiantes de la Universidad de Talca de sexo femenino, de entre 18 y 25 años, que utilizaban la copa menstrual con una antigüedad de entre seis meses y dos años, y tres profesionales matronas de Atención Primaria de Salud (APS). Para asegurar el cumplimiento de estos criterios se aplicó una encuesta de antecedentes personales (tabla 1). En el caso de las matronas, se solicitó que pertenecieran a un Centro de Salud Familiar (CESFAM).

Criterios de exclusión: cualquier tipo de discapacidad o merma cognitiva, auditiva o de dicción que dificulte la comunicación oral. El reclutamiento se ejecutó durante septiembre de 2023. Primero se realizó una difusión e invitación a participar a través de redes sociales con las características generales y los criterios para participar del estudio.

Dimensiones exploradas: aspectos socioculturales, percepción personal, proyección del método.

Tipo de muestreo: homogéneo. Dado que las unidades que se seleccionaron, éstas poseían un mismo perfil. Dentro de este grupo se identificaron participantes claves, quienes recomendaron a otras personas para participar del estudio (Hernández-Sampieri, 2006).

Participantes: nueve mujeres reclutadas por redes sociales, tres matronas de APS que fueron contactadas por el equipo investigador en sus trabajos.

Contexto y lugar de estudio: Universidad de Talca, CESFAM Astaburuaga y San Javier.

Técnica de recolección de datos: durante octubre de 2023 se realizaron doce entrevistas semiestructuradas, vía online, cada una con una duración en promedio de veinte minutos, que fueron grabadas y transcritas.

Método de Análisis: narrativo de contenido, el cual “deja hablar los datos, las voces y las experiencias de las participantes ocupan un lugar central en la investigación” (Atlas.Ti, 2023). Este método examina las historias con el fin de identificar los temas subyacentes y los patrones que hay en ellos (Abbadia, 2023). Se analizaron relatos de experiencias, recuerdos y reflexiones sobre el uso de la copa.

Plan de análisis: se utilizaron las herramientas de la teoría fundamentada: codificación abierta (software Taguette), a través de la recolección de datos se determinaron etiquetas o conceptos. Codificación axial, realizada en un proceso inductivo definiéndose categorías y sus relaciones. Finalmente, codificación selectiva, estableciéndose categorías centrales (De la Espriella & Restrepo, 2020).

Aseguramiento de la validez y confiabilidad del estudio: se logró a través de la saturación empírica con doce entrevistas y la triangulación por datos provenientes de diferentes fuentes de información: usuarias y matronas (Borjas-García, 2020).

Unidad de análisis Fija: párrafo.

Aspectos éticos y resguardo de los participantes: este estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética Científico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Talca (acta N° 052023).

Las participantes firmaron el consentimiento informado, sus datos se identificaron con códigos para resguardar su anonimato. Las declaraciones grabadas fueron almacenadas en un servidor accesible únicamente para el equipo investigador mediante contraseña.

Se respetaron las normas oficiales vigentes, la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de las entrevistadas / Sociodemographic characterization of the interviewees.

Criterio	Valor
Nº usuarias CM	9
Rango de edad	20-23 años
Media de edad	21,4
Nivel educacional actual	2º a 5º año de universidad
Rango uso CM	15 a 24 meses
Media uso CM	21 meses
Rango ingresos familiares	\$300.000-\$5.000.000
Promedio integrantes del grupo familiar	3,9
Estudiantes de Talca	4
Estudiantes de otra localidad	5

Los resultados están representados en tres dimensiones: aspectos socioculturales, percepción personal y proyección del método.

Aspectos socioculturales

Acceso al método

El conocimiento del método, la motivación y la información para utilizarlo fue adquirida principalmente a través de redes sociales (55,6%) y por amistades (44,4%), quienes utilizaban la copa y las motivaron a probarla: *“hablando con mi amiga que usa copita, me dijo que en verdad era mucho más cómodo”* (SMV22).

Valoración de la información

Algunas entrevistadas refieren poca información, mientras que otras señalan que existe, pero hay que buscarla: *“es limitado aún, antes era más limitado aún, me acuerdo que tuve que aprender por las mías...”* (CMP22).

Además, relatan no fiarse totalmente de la información de redes sociales y páginas de marcas que venden el producto: *“uno igual puede pensar que*

puede ser información inflada porque te están vendiendo un producto y obviamente te lo tienen que vender bien” (MFA23).

Ninguna señaló haber recibido información formal sobre este método, es decir, a través de literatura o profesionales.

Opiniones y creencias del entorno

En la narrativa se aluden a opiniones muy diversas del entorno, desde la aceptación hasta el rechazo del método:

...en mi grupo familiar fue algo así innovador y llamó la atención en el sentido de positivamente querer usarla...igual generó como efectos positivos en lo que era mi mamá y mis tías... (APR22).

...mi abuelita como que se impactó y me dijo cómo te vas a poner eso ahí ¡no, tu estai' loca! ... (MFA23).

...si llega a salir el tema... se habla y dicen ay bueno debería yo también comprármela y probar cierto, es como bien aceptable... (OBD21).

...por lo menos con mis amigas del liceo era raro, decían, pero ¿cómo no te duele? o cómo andas con eso todo el día... (CMP22).

También, narran creencias de sus cercanos, como que: *“no la van a poder sacar y que va a desaparecer”, “se va a agrandar la cavidad vaginal”,* mientras que otros refieren *“que para usarla hay que haber tenido relaciones sexuales”* y que *“teniendo como la copita no se puede orinar”,* haciendo erróneamente alusión que se menstrúa y orina por el mismo orificio.

Una usuaria mencionó que terceros creen: *“...que se va a dar vuelta... como que prácticamente una tiene que andar recta o si no la copita se va a rebalsar...”* (MGA21).



Figura 1. Creencias en torno a la CM / Beliefs about the menstrual cup

Autocuidado y liberación menstrual

Los relatos indican que mantener “medidas de higiene” es un aspecto importante a considerar para no “ocasionar alguna infección genital”, lo que les permite “cuidarse”. Además, refirieron que les posibilita tomar consciencia del “ciclo menstrual”:

soy una persona que le gusta mucho conocerse, por eso mismo trato de ver siempre mi ciclo menstrual ... entonces me ayudó a seguir en eso (CMP22).

uno igual tiene que mantener medidas de higiene para higienizar la copita, tenemos que mantener como el autocuidado en ese sentido... (APR22).

También, señalaron que este autoconocimiento les permite una “gestión personal” para realizar el recambio y limpieza de la copa, sintiéndose “responsables” de su salud menstrual:

Yo creo que es liberación, más que nada como por un tema cultural ... el hecho de que la mujer pueda decidir qué método utilizar y cómo utilizarlo, cuándo utilizarlo y sin el cuestionamiento de nadie, es la comodidad de cada una (AEF21).

Percepción personal

Ventajas

La comodidad es la principal virtud que destacan, la cual es compartido por todas las entrevistadas:

Ni siquiera siento que tengo como... el periodo, si es que la estoy usando, entonces es como muy ventajoso (OBD21).

Con la copita no siento nada y ando como muy cómoda y libre, a veces como que se me olvida que ando con la regla (MFA23).

Las matronas coinciden con lo anterior:

Por lo que me comentan mis pacientes es que es cómodo, siempre me dicen, es cómodo, me la coloco, salgo de mi casa y no tengo que preocuparme más... siento que ellas se sienten empoderadas... (M-BGS32).

Una segunda característica es la libertad. Refieren que la copa les permite “hacer ejercicio”, “viajar”, “ir a la universidad” sin necesidad de cambiarse ni limitar sus actividades mientras menstrúan.

Los beneficios al medioambiente, economía y la duración del método son señalados por el 78%, quienes apuntan que es una inversión que durará hasta 10 años, significando un gran ahorro económico. Además, refieren que los métodos tradicionales generan un gran impacto medioambiental, por lo que al utilizar la CM “se va a disminuir en gran cantidad lo que es el plástico que va a estar en el planeta circulando... van a haber menos efecto del calentamiento global... menos contaminación” (APR22).

Dichas virtudes también son compartidas por las matronas:

Siento que las ventajas tienen relación primero con lo medioambiental, que es súper importante, porque si hago una comparación con el uso del tampón, se supone que me permite lo mismo: hacer mis actividades sin mancharme... pero el beneficio de la copita es ese, que se reutiliza y que el costo beneficio es obviamente mucho mayor, porque los tampones... los tienes que utilizar para una menstruación versus la copa que sirve para muchas veces (M-CLM37).

Desventajas del método

La principal desventaja señalada fue la dificultad de utilización los primeros usos:

Al principio sí, me costaba mucho el tema de acostumbrarme a su uso, me costó el tema de la técnica para colocarla (MGA21).

La primera vez que la usé, no, me costó mucho retirarla, y pasé muchas horas con la copita, no sabía cómo, no podía (CSN20).

Sin embargo, este inconveniente no lo presentan actualmente, pues conforme más la utilizaban fue siendo más amena su inserción/extracción:

...porque yo en un principio, eh la primera vez dije que no, que no me la iba a poner más porque era incómoda... pero después cuando uno corrige la técnica de colocársela, eh, va evolucionando como en el sentido del gusto de querer ocupar la copa (APR22).

...es eso más que nada, darle tiempo como al proceso de adaptación con la copita... (MGA21).

Las fugas es otra desventaja común de presentar debido a una mala colocación:

Al principio igual me manchaba no te lo voy a mentir, pero era porque la estaba recién comenzando a usar (MFA23).

Bueno, las fugas, que a veces la copa, pero eso igual asociado a un mal, a una mala colocación de la copa (OBD21).

Sin embargo, estas ya no suelen ocurrirles, sino que fueron propias del inicio de su utilización por desconocimiento del tema.

Comparación con otros métodos

Señalaron que la “toallita” les producía irritación genital:

Yo me irritaba mucho con la toallita higiénica, más que nada por eso empecé como a ocuparla (la copa). La toallita se te pegaba po’, y aparte de que se te pegaba, te hacía, al menos a mí al menos me irritaba, estaba varios días como con dolor (PAA21).

También mencionaron que los métodos tradicionales eran incómodos de utilizar:

Cualquier actividad (con la toalla) que hiciera para mí era un problema, que quizás me voy a manchar o tener que andar preguntando, así como ¿oye, estoy manchada? (MGA21).

He usado tampones anteriormente y el tampón siempre te queda incómodo, siempre (PAA21).

Las narrativas también se refieren a las características de la menstruación:

Por una parte, está el olor, sobre el que expresaron con la toalla era muy notorio: “El olor también es algo que a mí me molestaba. Es, eh, es muy buena ventaja la, la copa y eso ya no, no, no se siente” (OBD21).

Por otro lado, la CM les ha ayudado a conocer su patrón menstrual: “Uno está más consciente del tipo de sangrado o de emmm, la cantidad de flujo que uno tiene, y los colores también, todo” (MFA23).

En la triangulación, las matronas manifestaron otro tópico en relación a las infecciones vaginales:

Se evitan... las infecciones porque ya sabemos que las toallas higiénicas en general producen un montón de infecciones vaginales... por un uso prolongado en el tiempo, eh porque traen a veces estos perfumes que pueden provocar también infecciones, hongos, etcétera (M-PBE32)

Muchos hongos o candidas... o infecciones se producen también por el uso de toalla higiénica... muchas pacientes son alérgicas a la celulosa, entonces andan con picazón, me entiende, aunque se cambien... la toalla higiénica, independiente de eso igual les incomoda, andan con picazón, no pueden volver a su rutina normal... y es netamente por la humedad que produce la toalla... no así, no produce el mismo efecto la copa menstrual, la copa continua tu flujo normal. (M-BGS32).

...el tampax igual puede producir muchas infecciones... que son terribles, hay gente que ha muerto por un tampax... (M-BGS32).

Tabla 2: Comparación de la CM con los métodos tradicionales / Comparision of the menstrual cup with traditional methods.

COPA MENSTRUAL	MÉTODOS TRADICIONALES
Más segura, no hay miedo a mancharse	Miedo a mancharse
Útil en cualquier época	Incómodos en épocas de calor
No genera irritación	Generan irritación
Más higiénica	Considerados más “sucios”
Más económica a largo plazo, significa una inversión	Fácil de costear mensualmente
Cómoda para cualquier actividad	Incómodos para realizar ejercicio, dormir
Permite conocer el patrón menstrual	Generan una idea errónea sobre las características del sangrado
No genera olor	Es posible sentir el olor de la menstruación
Menos contaminación	Gran fuente de contaminación

Comportamiento del método en situaciones especiales

Las usuarias mencionaron que la copa se comporta bien fuera del hogar o en largas jornadas. Sin embargo, ante la necesidad de vaciarla, existen opiniones divididas:

Si la he cambiado como en un lugar público, pero ahí andaba preparada con mi kit de salir... son veces en las que yo gestiono mi tiempo y me doy cuenta de que voy a estar tantas horas afuera (CMP22).

Cambiar la copita..., me atrevo solo en mi casa. Como que en un baño público no se si lo haría (CSN20).

Además, mencionan que utilizarla por largas jornadas las ha llevado a que en más de una oportunidad la usen más horas de las recomendadas, aunque refieren que retrasan el recambio pues tienen poco flujo y creen no es necesario: “No voy a decir que no me he pasado de las horas recomendables porque te estaría mintiendo” (OBD21).

Proyección del método

Las usuarias expresan que la CM se proyecta en un futuro, pero no como un método único, sino que va a “convivir armónicamente con los que ya existen”. Además, “*van a aumentar muchos más tipos de métodos, no de absorción de la sangre, sino como de la retención*” (MFA23).

Las profesionales señalan:

Sería lo ideal si todos se cambiaran a la copita menstrual, sería de verdad un mundo mucho mejor, en comparación al tema de los flujos, los hongos... por ejemplo, por el pH de la vagina, siento que beneficiaría a muchas mujeres el uso de la copa (MBGS32).

Compromiso del sistema de salud con la copa menstrual

Cuando se les preguntó a las matronas sobre la factibilidad de hacer entrega de la copita en los CES-FAM, mencionaron que “*sería muy, eh, positivo, muy beneficioso para las usuarias... y que vaya de la mano con una buena consejería*” y de la importancia de que se cuente con “*los recursos disponibles para poder*

hacer esta compra, esta distribución a lo largo de todo el país”. Sin embargo, “*no hay un objetivo sanitario de por medio*” que sustente la salud menstrual.

Las participantes señalaron que les gustaría que se puedan crear “*más guías de ayuda... por ejemplo cuando quedan vacíos*” (AEF21)

Además, “*debería influenciarse más quizás como el gobierno, intentar meterla en sentido como para regalar o cosas así, hacer como campañas*” (APR22).

Cambios a futuro del método

La mayoría refiere innecesario que al método se le apliquen cambios, ya que lo consideran cómodo. Sin embargo, dos usuarias señalaron que modificarían:

El diseño de eso de la parte de agarre creo que podría mejorarse (OBD21).

Quizás como los colores, porque igual a veces cuando uno la ocupa por mucho tiempo, igual como que el color que tenía la primera vez como que va cambiando (PAA21).

DISCUSIÓN

Lo que más valoran las usuarias de la copa menstrual (CM) su comodidad, libertad y el costo, aspectos fundamentales para su aceptación. Esto, coincide con un estudio realizado en España, donde la copa era identificada como una alternativa más higiénica, cómoda, respetuosa con el medio ambiente, económica, que les permitía aprender sobre la menstruación (**Medina-Perucha, 2022**).

Resulta relevante destacar que ambos estudios coinciden en que la CM es un método validado principalmente por generaciones jóvenes, que buscan romper las barreras en temas tabú en nuestra sociedad, como la higiene menstrual. Estos atributos, podrían proyectar a la copa en el futuro de acuerdo con las narrativas de las usuarias, quienes afirman que seguirá siendo un método relevante.

Sin embargo, las entrevistadas manifiestan la ausencia de información desde los Servicios de Salud, a pesar de que contamos con una guía ministerial de Salud Menstrual, la cual señala que debe proporcionarse educación a las usuarias sobre la manera correcta de utilizar este método (**Ministerio de Mujer y Equidad de Género, 2022**). Esta carencia de infor-

mación coincide con Cillero (2021), quien señala que sólo alrededor de un 18,9% de mujeres afirma conocer la CM y utilizarla con regularidad.

Los resultados obtenidos representan “la naturaleza multidimensional de las personas según interactúan dentro de su entorno para conseguir salud” (Potter, 2017).

Respecto a lo anterior, identificamos cuatro elementos que creemos necesarios para lograr una conducta promotora de salud: la visualización de la necesidad (que se produjo a través de redes sociales), la información por profesionales (que no fue identificada en los relatos), el apoyo de pares (identificado como amigas, familiares y redes sociales) y el compromiso institucional de los servicios de salud y educación (que no son mencionados en las narrativas). No existe evidencia de que estos elementos hayan sido identificados previamente en otros estudios.

En consideración a lo anterior, las usuarias manifestaron la necesidad de que las instituciones de salud asuman el compromiso de la promoción de este dispositivo, colocándolo a su disposición, así como se entregan métodos de regulación de fertilidad. Esta propuesta es coherente con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, de llevar la menstruación a los entornos humanitarios de salud. Sin embargo, este tema no figura dentro de los ODS, pero ha sido incluido en las agendas globales de salud, educación, derechos humanos e igualdad de género por trabajadores de base y activistas del Sur global (Organización Mundial de la Salud, 2022), lo cual pone en manifiesto que es sumamente relevante de discutir, y que, a pesar de no ser reconocido como una necesidad a abordar, cientos de profesionales en el área ya lo consideran y luchan por visibilizarlo.

En Chile, esto podría lograrse por medio de la creación de una meta sanitaria en salud menstrual, la cual comprometería a los prestadores institucionales a brindar educación en esta materia, así como ofrecer estos productos a la comunidad. Sin embargo, esto no está exento de desafíos; por un lado, sería necesaria la capacitación en esta área, para así brindar educación actualizada y de calidad. También, es relevante la gestión de los recursos económicos en materia de salud y la destinación de fondos a esta área, lo cual pudiese constituir la principal barre-

ra para que la gestión menstrual sea incluida en la cartera de prestaciones que se ofrecen en el sistema sanitario chileno.

La limitación del estudio fue trabajar con un grupo etario muy acotado, entre 20-23 años.

Se sugiere como futura línea de investigación el impacto de la utilización prolongada de la CM en la salud del piso pélvico.

CONCLUSIONES

En este estudio, las experiencias del uso de la copa se resumen en 3 dimensiones: aspectos socioculturales, percepción personal y proyección del método.

Las principales ventajas de la CM es que es cómoda y les permite mayor libertad para realizar sus actividades diarias.

Sus principales desventajas son dificultad de utilización al inicio y las fugas; sin embargo, dichos inconvenientes se solucionan conforme avanza el uso del dispositivo.

La triangulación por profesionales coincide con los relatos de las entrevistadas. Además, las matronas recomiendan la utilización de este dispositivo acompañado de educación previa y consejería.

AGRADECIMIENTOS

A todas las estudiantes y matronas que accedieron a ser entrevistadas, sin su valiosa participación no hubiese sido posible la realización de este estudio.

REFERENCIAS

Abbadía, J. (2023). Análisis Narrativo Competente: Guía exhaustiva paso a paso. Disponible en <https://mindthegraph.com/blog/es/analisis-narrativo/>

Altamira-Camacho, Ramiro, & de la Cruz-Alvarado, Mariana Guadalupe. (2022). Trayectoria fenomenológica: una aproximación al camino hermenéutico de la experiencia de salud. *Temperamentvm*, 18, e13928. Epub 17 de abril de 2023. <https://dx.doi.org/10.58807/tmptvm2022>.

Anaba, E. A., Udofia, E. A., Manu, A., Daniels, A. A., & Aryeetey, R. (2022). Use of reusable menstrual management materials and associated factors among women of reproductive age in Ghana: analysis of the 2017/18 Multiple Indicator Cluster Survey. *BMC Women's Health*, 22(1), 92.

Arenas-Gallo C, Ramírez-Rocha G, González-Hakspiel L, Merlano-Alcendra C, Palomino-Suárez D, Rueda-Espinel S. (2020). Aceptabilidad y seguridad de la copa menstrual: revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 71(2):163-77. Recuperado de: <https://revista.fecol-sog.org/index.php/rcog/article/view/3425/3621>

Atlas.ti. (2023). Guía definitiva de la investigación cualitativa - Parte 2: Tratamiento de datos cualitativos. Recuperado de: <https://atlasti.com/es/guias/guia-investigacion-cualitativa-parte-2/analisis-tematico-frente-a-analisis-de-contenido>

Beksinska M, Nkosi P, Zulu B, Smit J. (2021). Acceptability of the menstrual cup among students in further education institutions in KwaZulu-Natal, South Africa. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]; 26(1):11-6. Recuperado de: <https://web-s-ebscohost-com.utralca.idm.oclc.org/ehost/pdf-viewer/pdfviewer?vid=0&sid=8bcc6fdf-db99-43d3-b3bd-f6b9966ce325%40redis>

Borjas García, J. E. (2020). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Trascender, contabilidad y gestión*, 5(15), 79-97.

Cillero, C et al (2021). Conocimiento y prácticas asociadas al uso de la copa menstrual en estudiantes pertenecientes a la Facultad de Salud de la Universidad Adventista de Chile, Chillán 2020-2021. Recuperado de: https://bibliorepositorio.unach.cl/bitstream/BibUnACh/1860/1/CONOCIMIENTO%20Y%20PRÁCTICAS%20ASOCIADAS%20AL%20USO%20DE%20LA%20COPA%20MENSTRUAL_FE-LIPE%20ALARCÓN%20-%20Director%20Académico%20FACS.pdf

De la Espriella, R., & Restrepo, C. G. (2020). Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>

EQUATOR Network | Enhancing the QUALITY and Transparency Of Health Research. (s.f.). <https://www.equator-network.org/>

Eti, M., Shreya, M. S., & Sailakshmi, M. P. A. (2019). Knowledge about menstrual cup and its usage among medical students. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8(12), 4966-4971.

Ganz C, Lever E, Bredenkamp J, Mponda L, Ramaru T, Mazonde W, Chuene S, Mbodi L. (2022). The Understanding and Perception of the Menstrual Cup Among Medical Students. *J Obstet Gynaecol India*. Oct;72(5):439-445. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36458071/>

Porras, T. G., Mendoza, J. S. D., Liévano, F. A. N., Velasco, C. C. P., Bueno, N. J. H., Clavijo, L. P. G., ... & García, Y. S. (2023). Explorando la realidad del conocimiento, uso y acceso a elementos de higiene menstrual en Bucaramanga: El caso de mujeres y personas menstruantes en situación de vulnerabilidad socioeconómica. *Revista Boletín Redipe*, 12(9), 274-291.

Hernández Sampieri R. (2006). Metodología de la Investigación. Compañías McGraw-Hill; 2006. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hufnagel GL. (2012). Una historia de la menstruación de las mujeres desde la antigua Grecia hasta el siglo XXI: cuestiones psicológicas, sociales, médicas, religiosas y educativas. Prensa de Edwin Mellen; 2012.

Illa, A. (2018). La revolución de la copa menstrual. Recuperado de: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/125417/1/TFM-MIM_Illa.pdf

Lacoste Marín, J., Soto Mas, F., Papenfuss, R., & Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del Sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002&lng=es&tlng=es.

Medina-Perucha L, López-Jiménez T, Holst AS, Jacques-Aviñó C, Munrós-Feliu J, Martínez-Bueno C, et al. (2022). Use and perceptions on reusable and non-reusable menstrual products in Spain:

A mixed-methods study. PLoS One [Internet]. 2022;17(3):e0265646. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0265646>

Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. (2022). Manual sobre gestión de la salud e higiene menstrual. Recuperado de: <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/11/Guia-de-Salud-Menstrual-la-tribu.pdf>

Moreno San Pedro, E., & GilRoales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa.I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>

Naciones Unidas. (2022). Declaración de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos sobre la salud menstrual. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/statements/2022/06/high-commissioner-human-rights-statement-menstrual-health>

Oliveira VC, Pena ED, Andrade GN, Felisbino-Mendes MS. Menstrual hygiene access and practices in Latin America: scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e4029 [2024.03-26]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6736.4029>

Organización Mundial de la Salud. (2022). WHO statement on menstrual health and rights 50th session of the Human Rights Council Panel discussion on menstrual hygiene management, human rights and gender equality. Recuperado de: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>

Potter, P. A., Perry, A. G., & Stockert, P. A. (Eds.). (2019). Fundamentos de enfermería. Elsevier Health Sciences.

Prado-Galarza, M, Doncel C, W., Mosquera B, O., & Guarnizo-Tole, M. (2020). La copa menstrual, una alternativa de higiene femenina. Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(1), 99-109. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000100099>

Revista del Consumidor. (2012). Una mujer cómoda es una mujer libre. Gob.mx. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/100493/RC428_Estudio_Toalla_Femenina.pdf

Santos-Rivera Y. (2010). ¿Cómo se pueden aplicar los distintos paradigmas de la investigación científica a la cultura física y el deporte?. *Rev electrónica ciencia e innovación tecnológica en el deporte* [Internet]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174061.pdf>

Servicio Nacional del Consumidor. (2022). Cerca de \$125 mil anuales en promedio puede gastar una persona al utilizar toallas desechables y antiinflamatorios para la menstruación. Recuperado de: <https://www.sernac.cl/portal/604/w3-article-67828.html>

Tembo, M., Renju, J., Weiss, H.A. et al. (2020). Menstrual product choice and uptake among young women in Zimbabwe: a pilot study. *Pilot Feasibility Stud* 6, 182 (2020). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00728-5>

Ulin P, Robinson E, Tolley E. (2006). Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos. *Public Cient y Téc.* Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?s>

UNICEF. (2020). Manual sobre salud e higiene menstrual para niñas, niños y adolescentes. Disponible en <https://www.unicef.org/mexico/informes/manuales-sobre-salud-e-higiene-menstrual>

Vásquez, L. (2011). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad del Valle.

Relación entre síndrome premenstrual y dieta.

Relationship between premenstrual syndrome and diet.

Valentina Flores-Riquelme^{1,3}, Catalina Lillo-Zapata^{1,3}, Florencia Luppichini-González^{1,3},
Valentina Mendoza-Angulo^{1,3}, Paz Molina-Muñoz^{1,3}, Constanza Segura-Barrales^{1,3}, Yolanda Contreras-García^{2,3}

¹Estudiante de pregrado, carrera de Obstetricia y Puericultura.

²Profesora Asociada. Matrona. Especialista en Perinatología. MSc. PhD.

³Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

*Autor para correspondencia: ycontre@udec.cl

RECIBIDO: 29 de Noviembre de 2023

APROBADO: 04 de Octubre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4043

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE ESTUDIO DERIVA DE UN TRABAJO DE PREGRADO

Palabras claves: Síndrome premenstrual, Ciclo menstrual, Dieta, Obesidad.

Key words: *Premenstrual Syndrome, Menstrual Cycle, Diet, Obesity.*

RESUMEN

El síndrome premenstrual, es un trastorno que posee alta prevalencia a nivel mundial en las mujeres en edad fértil. La ingesta alimentaria, parece estar asociada a algunos de los síntomas frecuentes presentes en él. Reconocer en la evidencia científica dicha relación es una oportunidad para mejorar el enfoque integral en la atención y fortalecer el trabajo interdisciplinario. La literatura reciente asocia la obesidad y el sobrepeso con el síndrome premenstrual, reconociendo además que los cambios de patrones alimentarios en la población pudieran estar apuntando a encontrarnos con oportunidades de consejería orientada a mejorar la ingesta alimentaria. Por lo tanto explorar acerca de la dieta en las usuarias y entregar información oportuna durante la atención en salud sexual o ginecológica, puede ser una estrategia que ayude a las mujeres a gestionar su salud menstrual.

ABSTRACT

Premenstrual syndrome is a disorder that is highly prevalent worldwide in women of childbearing age. Dietary intake seems to be associated with some of the frequent symptoms present in it. Recognizing this relationship in the scientific evidence is an opportunity to improve the comprehensive approach to care and strengthen interdisciplinary work. Recent literature associates obesity and overweight with premenstrual syndrome, also recognizing that changes in dietary patterns in the population may be pointing to opportunities for counseling aimed at improving dietary intake. Therefore, exploring diet in clients and providing timely information during sexual or gynecological health care may be a strategy to help women manage their menstrual health.

INTRODUCCIÓN

El síndrome premenstrual (SPM) es un conjunto de síntomas y signos físicos, psicológicos, cognitivos y de comportamiento que empiezan una o dos semanas antes del comienzo de la menstruación y desaparecen con ésta. A nivel mundial este trastorno afecta a aproximadamente 47,8% de las mujeres en edad fértil [1]. Mientras que, en Chile, se identifica una incidencia de alrededor del 50% de las mujeres en edad fértil [2]. Por otro lado, en Estados Unidos se estima que entre el 70-90% de las mujeres en edad reproductiva reportan alguna molestia premenstrual [3].

Aunque se afirma que el SPM tiene etiología desconocida, su presencia se asocia a distintos factores de la vida diaria de las personas como la alimentación. En este sentido, una revisión publicada en 2019, que analizó la asociación entre la dieta, antioxidantes y la depresión, afirma que una dieta balanceada afecta la cognición, la capacidad de memoria y emociones. Esto último es relevante, puesto que dentro de la sintomatología del SPM encontramos dimensiones psicológicas y emocionales [4].

La relación entre la alimentación y su uso para alivio del SPM en los servicios de salud ha sido objeto de investigación en los últimos años, observando que la malnutrición por déficit o exceso estarían implicadas en su presencia, reconociendo que la obesidad ha aumentado con los años tanto en nuestro país, como en el mundo [5]. De hecho, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y la última encuesta nacional de salud realizada el año 2017 respecto al estado nutricional de la población, se destaca que, dentro de la población de mujeres, un 33,7% presenta sobrepeso, un 33,9% presenta obesidad y un 4,7% presenta obesidad mórbida o severa [6]. Conocer la evidencia científica respecto de esta asociación resulta una interesante propuesta para seguir fortaleciendo la necesidad de la integralidad de la atención clínica realizada por profesionales de la matronería y del trabajo interdisciplinario.

DESARROLLO

El ciclo menstrual es un proceso fisiológico y complejo que ocurre en el período reproductivo de la mujer. Este comienza con la menstruación y tiene una duración normal aproximada de 28 días [7]. Su fisiología depende directamente de hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. A nivel del hipotá-

lamo, se encuentra la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) la cual estimula en la hipófisis la liberación de las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), que actúan a nivel ovárico provocando la liberación de estrógenos y progesterona [7,8]. En función de estas hormonas, el ciclo se puede dividir en dos fases que duran un aproximado de 14 días cada una en mujeres en edad fértil. En primera parte, la fase folicular comienza con el inicio de la menstruación y termina con el aumento exponencial de la hormona luteinizante (LH). Posteriormente, la fase lútea comienza con este peak, entre las 30 a 36 horas se hace presente la ovulación y finaliza con el inicio de la menstruación [8].

Durante la fase lútea pueden ocurrir una serie de síntomas somáticos y psicológicos que se resuelven con el inicio de la menstruación [9]. Cuando estas afectan acciones de la vida cotidiana de las personas, se conoce como Síndrome Premenstrual (SPM). El SPM es un cuadro clínico que ocurre previo a la menstruación, el cual abarca manifestaciones físicas y psicológicas clínicamente significativas que llevan a una angustia sustancial y deterioro de la capacidad funcional [10,11].

Si bien, la causa que origina este síndrome no es clara, en la literatura reciente se asocia a un exceso de estrógenos sumado a un déficit de progesterona, señalándose además que la serotonina sería un factor etiológico clave, asociándola a los cambios de humor [12]. Por otra parte, para diagnosticar el SPM debe haber presencia de uno o más de los siguientes síntomas físicos y psicológicos: malestar psicológico, edema, aumento de peso, sensibilidad mamaria, temblor en las extremidades, calambre o dolor, problemas de concentración, trastornos del sueño y/o cambios en el apetito [2].

Otros de los síntomas más comunes son tristeza, desesperanza, tensión, cambios de humor, dificultad para concentrarse, cambios de apetito, insomnio, hinchazón y dolores de cabeza [13]. La duración de los síntomas puede variar desde un par de días a dos semanas [14]. Desde el año 2005, se utiliza una escala llamada Daily Record of Severity of Problems o Evaluación Diaria de la Gravedad de los Síntomas (DRSP), que permite documentar la intensidad y frecuencia de los síntomas tanto emocionales y físicos asociados al ciclo menstrual [14], que ha sido evaluada psicométricamente y se le reconoce como útil para evaluar distintos grados de severidad de los síntomas [15,16].

El SPM puede clasificarse en diferentes categorías dependiendo de sus manifestaciones. Una revisión sistemática publicada en el año 2022, identifica cuatro categorías. En primer lugar, se encuentra el SPM-A, el cual corresponde al más común y se caracteriza por bajos niveles de progesterona y altos niveles de estrógeno, provocando cambios de ánimo, irritabilidad e insomnio. En segundo lugar, se identificó el SPM-C, que se asocia a un incremento en el apetito, particularmente alimentos dulces, alteraciones como intolerancia a la glucosa y fatiga. El tercer tipo corresponde al SPM-D, el cual se reconoce por presentar niveles anormalmente altos de progesterona sérica y bajos niveles de estrógeno. Además, ocurre un aumento en la secreción de hormonas esteroideas, que también se observa en el síndrome disfórico premenstrual. Y por último, se identificó el SPM-H, donde hay presencia cíclica de aumento de peso y excesiva producción de aldosterona que causa retención de líquidos en la fase lútea del ciclo menstrual [17].

Con respecto al tratamiento, su objetivo principal es aliviar la sintomatología, este debe ser personalizado de acuerdo a las manifestaciones que refiera cada paciente. Dentro de las opciones se encuentra el uso de anticonceptivos orales combinados (ACO), los cuales han demostrado tener un impacto favorable en la disminución de síntomas psicológicos y emocionales. Otra alternativa corresponde a los Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), que han sido utilizados como tratamiento de primera línea para aliviar principalmente los síntomas psicológicos [14]. No obstante, durante los últimos años se han estudiado métodos no farmacológicos como una alternativa terapéutica, tales como una mejora en el estilo de vida a través del aumento del ejercicio físico, la suplementación de algunos micronutrientes y la dieta alimentaria [18].

Investigadores han destacado también elementos que se han asociado al riesgo de padecer SPM, entre ellos encontramos el consumo de cigarrillos y la obesidad. Con relación a esta última, se estima que por cada 1 kg/m² de incremento, la asociación con la presencia de SPM es significativa, afirmado que llegaría a aumentar en un 3% la probabilidad que se presente [4].

Según datos del año 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el porcentaje de obesidad desde el año 1975 se ha triplicado a nivel mundial. Lo anterior se estima considerando un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg/m² en adultos. El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos [19].

Un estudio de caso y control, publicado el año 2023, cuyo objetivo fue investigar la relación entre el SPM y la dieta para determinar si ciertos nutrientes pueden modular la prevalencia del síndrome, éste contó con la participación de 30 mujeres entre 19 a 49 años, de las cuales 16 estaban diagnosticadas con SPM y las 14 restantes correspondían al grupo control. Sus resultados mostraron que no hubo diferencias significativas del promedio del IMC entre el grupo caso y el grupo control, tampoco lo hubo para la ingesta calórica, carbohidratos ni proteínas. En relación al consumo de grasas no saturadas, se encontró una diferencia significativa (p valor 0.026) donde las mujeres con SPM mostraban un menor consumo, asimismo, este grupo mostró un mayor consumo de cobre en comparación con el grupo control [20].

Por otro lado, MoradiFili B et al. en su estudio de caso y control, desarrollado en Irán recientemente publicado, buscó la asociación entre los patrones alimentarios y su influencia en el SPM, entre mujeres con SPM diagnosticado (225) y mujeres sanas (334) reclutadas en centros de salud, con un rango etario de 20 a 46 años. Las participantes se sometieron a la realización de un cuestionario denominado Cuestionario de Frecuencia de Alimentos (FFQ) para obtener información respecto a su dieta en el último año y determinar los patrones alimentarios a partir de los principales alimentos consumidos [21]. Los resultados mostraron 3 tipos de patrones alimentarios: el patrón alimentario tradicional, que incluye el consumo de huevos, frutas, carnes rojas, granos, verduras, aceites vegetales, cereales integrales, entre otros. En segundo lugar, el patrón alimentario occidental que abarca alimentos como comida rápida, refrescos, carnes procesadas, snacks salados y dulces, grasas hidrogenadas, lácteos ricos en grasas, entre otros. Y, por último, el patrón alimentario saludable donde se describe la ingesta de frutos secos, frutas, legumbres, verduras, pescado, entre otros. Sus resultados determinaron que el patrón alimentario occidental

se asoció a un incremento en los síntomas del SPM y que se observó que quienes tenían patrones de dieta saludable y tradicional tuvieron un menor riesgo de padecer dicho síndrome [21].

Por otra parte, un estudio realizado en Taiwán publicado en el año 2013, con un tamaño muestral de 1917 estudiantes universitarias, se llevó a cabo mediante un cuestionario auto aplicado para evaluar tanto el consumo de una dieta rica en azúcares y grasas, como de la calidad del sueño y el consumo de alcohol, el cual concluyó que están estrechamente relacionados con la presencia del síndrome premenstrual [22].

Con respecto a Latinoamérica, los estudios sobre la relación de la dieta y el SPM son limitados. De hecho, los autores orientan más esta temática hacia la vida laboral y sus efectos en la severidad del síndrome [23].

En Chile, las normativas ministeriales que rigen actualmente no cuentan con protocolos para pesquisa, diagnóstico y tratamiento específicos del SPM. La última publicación relacionada con esta temática es la Guía de Salud Menstrual, publicada en el año 2022, donde se encuentran recomendaciones respecto al SPM, pero desde el abordaje no farmacológico, entregando recomendaciones para promover la salud del ciclo menstrual con medicina basada en plantas. Si bien, la guía menciona la alimentación balanceada rica en vitaminas y minerales como un método para el alivio del dolor menstrual, no hace referencia al SPM [24].

Según una revisión narrativa publicada en el 2018 sobre etiología, diagnóstico y tratamiento del SPM realizado por la facultad de Farmacia de la Universidad de Nigeria, se recomienda la elaboración de directrices nutricionales para el uso de la alimentación en este trastorno; ya que, es de fácil acceso para la población, con escasos o nulos efectos secundarios y pone a la mujer al mando de su tratamiento [13].

De acuerdo al patrón alimentario adecuado para aliviar la sintomatología del SPM, algunos investigadores concuerdan que, una dieta que incluye micronutrientes como el calcio, magnesio, vitaminas B y D, podrían disminuir las alteraciones de este trastorno, lo que se asocia más a una dieta de tipo saludable, la cual destaca el consumo de frutas y verduras, inges-

ta de proteínas como carnes, huevos, uso de aceite de oliva y otros, junto con una adecuada hidratación [11, 13, 17, 20, 25]. Por otro lado, existe evidencia que contradice estos resultados, indicando que ningún patrón alimentario ha demostrado ser completamente efectivo para tratar el SPM debido a la falta de rigor en las investigaciones [13].

Frente a lo expuesto, debemos considerar cual es la valoración que estamos haciendo de la ingesta alimentaria de las mujeres en edad fértil, identificando la importancia que puede llegar a tener en la medida que existe un déficit o un exceso del consumo de alimentos que estarían mostrando asociación con el SPM, que sin duda afecta la calidad de vida de las mujeres en todos los espacios en donde interactúa. Por lo que incorporar, en la anamnesis de mujeres en edad fértil, preguntas asociadas a la ingesta alimentaria, parece ser una oportunidad de cuidado interdisciplinario en pro de una salud menstrual satisfactoria, con la finalidad de derivar a nutricionista si necesita una orientación específica asociada además a sus posibilidades económicas de acceso a alimentos y la forma variada de incorporarlos en la dieta.

Dentro de las limitaciones a la que nos vimos expuestas, para tener una idea más clara de lo que sucede en Latinoamérica y en especial en Chile en este asunto, es la poca literatura disponible.

CONCLUSIONES

Se observó una relación entre la sintomatología premenstrual y el tipo de dieta, por lo que se propone identificar la ingesta alimentaria de las personas menstruantes que acuden a profesionales de la matronería para gestionar una mejor salud menstrual e, incluso, trabajar interdisciplinariamente para lograr dicho objetivo, considerando que se puede entregar orientación en preferir alimentos más saludables, algunos micronutrientes, junto a la hidratación adecuada, y herramientas para disminuir la ingesta de alimentos procesados, azucarados y altos en grasas asociados a la dieta occidental que se ha visto más asociada a la sintomatología de SPM.

REFERENCIAS

1. **Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S.** Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8(2):106-109. doi: 10.7860/JCDR/2014/8024.4021
2. **Carvajal J, Barriga M.** Dismenorrea y Síndrome Premenstrual (SPM). En: Gutiérrez L, editor. *Manual de Obstetricia y Ginecología.* Decimocuarta edición. Chile: Ediciones UC; 2023. p. 594-597.
3. **Popkin BM, Reardon T.** Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obes Rev.* 2018; 19(8):1028-1064. doi: 10.1111/obr.12694
4. **Huang Q, Liu H, Suzuki K, Ma S, Liu C.** Linking what we eat to our mood: a review of diet, dietary antioxidants, and depression. *Antioxidants (Basel).* 2019; 8(9):376. doi: 10.3390/antiox8090376
5. **Mishra S, Elliott H, Marwaha R.** Premenstrual Dysphoric Disorder. In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532307/>
6. **Ministerio de Salud.** Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primera edición. Santiago de Chile; 2017. p. 34-37.
7. **Aguilar- Aguilar E.** Menstrual disorders: what we know about dietary-nutritional therapy. *Nutr Hosp.* 2021; 37(2):52-56. doi: 10.20960/nh.03358
8. **Casanova R, Beckmann C, Ling F.** *Obstetricia y ginecología.* 8a. ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2015.
9. **Chumpalova P, Iakimova R, Stoimenova-Popova M, Aptalidis D, Pandova M, Stoyanova M, et al.** Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Ann Gen Psychiatry.* 2020; 19(1):3 doi: 10.1186/s12991-019-0255-1
10. **Yesildere Saglam H, Orsal O.** Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review. *Complement Ther Med.* 2020; 48(102272). doi: 10.1016/j.ctim.2019.102272.
11. **Arabnezhad L, Mohammadifard M, Rahmani L, Majidi Z, Ferns GA, Bahrami A.** Effects of curcumin supplementation on vitamin D levels in women with premenstrual syndrome and dysmenorrhea: a randomized controlled study. *BMC Complement Med Ther.* 2022; 22(1):19. doi: 10.1186/s12906-022-03515-2.
12. **Sultana A, Heyat MBB, Rahman K, Kunnavil R, Fazmiya MJA, Akhtar F, et al.** A systematic review and meta-analysis of premenstrual syndrome with special emphasis on herbal medicine and nutritional supplements. *Pharmaceuticals (Basel).* 2022; 15(11):1371. doi: 10.3390/ph15111371.
13. **Nworie K.** Premenstrual syndrome: etiology, diagnosis and treatment. A mini literature review. *J Obstet Gynecol Investig.* 2018; 1(1):41-46. <https://doi.org/10.5114/jogi.2018.78010>
14. **Ryu A, Kim T-H.** Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas.* 2015; 82(4):436-40. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.08.010.
15. **Endicott J, Nee J, Harrison W.** Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health.* 2006; 9(1):41-9. doi: 10.1007/s00737-005-0103-y.
16. **Takeda T, Kai S, Yoshimi K.** Psychometric testing of the Japanese version of the Daily Record of Severity of Problems among Japanese women. *Int J Womens Health.* 2021; 13:361-367. doi: 10.2147/IJWH.S301260.
17. **Trezza A, Krabbe JP.** Review: A Vicious Cycle: Using Nutrition to Combat the Behavioral Impact of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Nutritional Perspectives: Journal of the Council on Nutrition [Internet].* 2022;45(2):14-21. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=85e63e65-e42a-3b1d-aece-fb-66f5ea3a>
18. **Siminiuc R, Turcanu D.** Impact of nutritional diet therapy on premenstrual syndrome. *Front Nutr.* 2023; 10:1079417. doi: 10.3389/fnut.2023.1079417.
19. **Organización Mundial de la Salud.** Obesidad y sobrepeso. [Internet]: OMS; 2021. [Consultado 29 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

20. Quaglia C, Nettore IC, Palatucci G, Franchini F, Ungaro P, Colao A, et al. Association between Dietary Habits and Severity of Symptoms in Premenstrual Syndrome. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(3):1717. doi: 10.3390/ijerph20031717.

21. MoradiFili B, Ghiasvand R, Pourmasoumi M, Feizi A, Shahdadian F, Shahshahan Z. Dietary patterns are associated with premenstrual syndrome: evidence from a case-control study. *Public Health Nutr*. 2020; 23(5):833-842. doi: 10.1017/S1368980019002192.

22. Cheng S-H, Shih C-C, Yang Y-K, Chen K-T, Chang Y-H, Yang Y-C. Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci*. 2013; 29(2):100-5. doi: 10.1016/j.kjms.2012.08.017.

23. Schiola A, Lowin J, Lindemann M, Patel R, Endicott J. The burden of moderate/severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a cohort of Latin American women. *Value Health*. 2011; 14(5):93-5. doi: 10.1016/j.jval.2011.05.008.

24. Mieres P, Ribbeck D, Maldonado M. Guía de Salud Menstrual. 1° Edición. Chile: Ministerio de la Mujer y Equidad de Género; 2022. Disponible en: <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/11/Guia-de-Salud-Menstrual-la-tribu.pdf>

25. Kwon Y-J, Sung D-I, Lee J-W. Association among Premenstrual Syndrome, Dietary Patterns, and Adherence to Mediterranean Diet. *Nutrients*. 2022; 14(12):2460. doi: 10.3390/nu14122460.

Abandono de la lactancia materna exclusiva en madres inmigrantes residentes en Talca.

Exclusive breastfeeding abandonment in immigrant mothers residing in Talca.

Ninoska Muñoz G.¹, Constanza Cancino G.¹, Vania Suárez H.¹, Marcela Olivares Q.¹, Catalina Farias H.¹, Natalia Opazo H.¹, Victoria Figueroa N.¹, Marcela Contreras R.¹, María del Carmen Briones-Lorca^{2*}

¹Estudiantes de Pregrado de la carrera de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca.

²Matrona, docente de la carrera de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca.

*Autor para correspondencia: nmunoz20@alumnos.utalca.cl

RECIBIDO: 28 de Diciembre de 2023

APROBADO: 06 de Agosto de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4099

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE ESTUDIO DERIVA DE UN TRABAJO DE PREGRADO

Palabras claves: Lactancia materna exclusiva, Inmigrantes, Cultura, Atención en salud.

Key words: *Exclusive breastfeeding, Immigrants, Culture, Health care.*

RESUMEN

Objetivo principal: conocer las dimensiones relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) antes de los seis meses de vida del lactante.

Método: estudio cualitativo, con enfoque teórico metodológico orientado desde la perspectiva del interaccionismo simbólico que aplica entrevistas en profundidad semiestructuradas, con una muestra de casos-tipos, a diez usuarias inmigrantes que residen en la Región del Maule que suspendieron la LME antes de los seis meses de vida de su recién nacido. Para la triangulación de datos se incorporó la visión de tres matronas, una nutricionista y una enfermera que trabajan actualmente en Centros de Salud Familiar Municipal (CESFAM) de la comuna de Talca, Chile. Criterios para selección de la muestra: generales (personas capaces de entregar una respuesta cognitiva, evaluativa y conductual) y específicos. Análisis de contenido con herramientas de la teoría fundamentada. La confiabilidad se resguardó con la

saturación empírica y la triangulación por investigador. Aprobación por el Comité de Ética científica de la Universidad de Talca N°042023.

Principales resultados: las dimensiones relacionadas al abandono de la LME en inmigrantes fueron: cultura de lactancia, historia de lactancia y trabajo. Las entrevistadas perciben la atención de salud en Chile como empática, positiva y atenta.

Conclusiones: el trabajo es el principal motivo relacionado al abandono de la LME, la inestabilidad laboral y la necesidad de permanecer económicamente activa impacta negativamente el proceso de amamantamiento.

ABSTRACT

Main objective: to find out the dimensions related to the abandonment of exclusive breastfeeding (EBF) before 6 months of life of the infant.

Method: qualitative study with a theoretical-methodological approach based on symbolic interactionism using semi-structured in-depth inter-

views with a sample of case-types of ten migrant users who discontinued exclusive breastfeeding before 6 months of life of their newborn, residents of the Maule Region. We also incorporated the views of three midwives, one nutritionist and one nurse currently working in Municipal Family Health Center (CESFAM) in the commune of Talca, Chile. The sample was selected according to general criteria (people capable of providing a cognitive, evaluative and behavioural response) and specific criteria. Content analysis was carried out using grounded theory tools. The reliability of this study was based on empirical saturation and triangulation by researcher. Approval by the Scientific Ethics Committee of the University of Talca N°042023.

Main results: the dimensions related to the abandonment of EBF in immigrants are: breastfeeding culture, breastfeeding history and work. The interviewees perceive health care in Chile as empathetic, positive and attentive.

Conclusions: work is the most representative motif among the main ones related to the abandonment of EBF, job instability and the need to remain economically active impacts negatively the breastfeeding process.

INTRODUCCIÓN

En Chile, las comunidades inmigrantes más representativas son la venezolana (30,5%), la peruana (15,8%), la haitiana (12,5%), la colombiana (10,8%) y la boliviana (8,0%) (**Ministerio de salud [MINSAL], 2023**). Esta población está constituida principalmente por mujeres (69,2%) en edad fértil (84,6% y más), con un nivel de estudios medio, técnico y superior (**Centro de Estudios Migratorios [CENEM], 2021**).

El fenómeno migratorio ha significado un creciente aporte a la tasa de natalidad de Chile, produciéndose 34.056 nacimientos en madres extranjeras, según cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2019, año en que esta cifra alcanzó su nivel más alto. Por otro lado, la comuna de Talca concentra el 36.7% de los inmigrantes residentes en la región y un 1% del país (**Ilustre Municipalidad de Talca, 2022**). Según el Colegio Médico de Chile, la migración poblacional ha evidenciado deficiencias institucionales, culturales, lingüísticas, barreras de acceso e indicadores de salud (**MINSAL, 2023**).

La LME hasta los seis meses es una estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por sus beneficios para la diada. En Latinoamérica, el 62% de las madres extranjeras abandonan la LME antes de los seis meses (**Blanco y Otero, 2021**). En Chile, durante los últimos treinta años la prevalencia de LME al sexto mes ha incrementado en más de un 40% y, actualmente, alcanza un 57% aproximadamente (**Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género [SERNAMEG], 2021**). Esto históricamente ha desafiado al país a crear leyes que reconocen la lactancia materna como un derecho y sanciones a quienes vulneren el amamantamiento libre (**Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 2019**). Sin embargo, los antecedentes indican que, existe un aumento de madres extranjeras que dejan la LME antes de los seis meses de vida del bebé (**García, 2021**). Por otra parte, la aculturación en la práctica de la LM, en un primer momento evidencia esta brecha entre las nativas y las inmigrantes, no obstante, esta diferencia disminuye luego porque se produce un sincretismo cultural (**Equipo Editorial, Etecé, 2023**) con el país anfitrión (**Blanco y Otero, 2021**).

Las usuarias inmigrantes podrían requerir mayor apoyo y acompañamiento del sistema de salud para que el proceso de lactancia se desarrolle eficazmente (**Iglesias y León, 2021**). Ahora bien, se reconoce que la barrera idiomática es una de las limitaciones que influye en los canales de comunicación entre usuarias y profesionales de la salud, incidiendo como uno de los determinantes sociales que afecta las conductas en salud de las madres inmigrantes (**Blanco y Otero, 2021**).

Pregunta de investigación:

¿Qué factores se relacionan con el abandono de la LME desde la visión de las madres inmigrantes y de los equipos de salud que las atienden?

Objetivo general:

Conocer las dimensiones relacionadas al abandono de LME antes de los seis meses de vida del lactante.

Objetivos específicos:

Conocer la visión de las matronas de la red de atención primaria sobre los factores relacionados al abandono de la LME en las usuarias inmigrantes.

Comprender cuál es la percepción de las madres inmigrantes sobre el rol que cumplen sus redes de apoyo en el proceso de lactancia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo con enfoque teórico metodológico orientado desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, que trata dimensiones asociadas al abandono de la LME en mujeres inmigrantes, emplazado en dos CESFAM de Talca (**Las Américas y Dionisio Astaburuaga**), en la Fundación Madre Josefa y en el Colegio Darío Salas de Talca, durante los años 2022-2023. La población corresponde a mujeres inmigrantes de entre 20 a 40 años que han sido madres en Chile y que son usuarias del sistema de salud público. Se reclutó una muestra de diez madres y cinco profesionales (tres matronas, una nutricionista y una enfermera) mediante técnica de “bola de nieve” e informantes clave.

Criterios de inclusión: mujeres inmigrantes residentes en Talca, que hubiesen abandonado la LME antes de los seis meses, con capacidad para manifestar su actitud respecto al fenómeno de estudio, y los profesionales fueron funcionarios de salud del CESFAM. Se excluyeron madres que hayan abandonado LME antes de los seis meses sólo en su país de origen. Los datos fueron recopilados mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad que fueron grabadas, transcritas y codificadas. Se utilizó pauta de evaluación de estándares para informar investigaciones cualitativas (SRQR) de Equator network (**O'Brien y otros, 2014**).

Análisis: temático de contenido con herramientas de la teoría fundamentada (**Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018**), codificación abierta, axial y selectiva mediante software (Taguette), frecuencia de las categorías y subcategorías. Desde los relatos emergieron las siguientes dimensiones: Atención de salud en inmigrantes, cultura de lactancia y motivo de abandono.

La confiabilidad de la investigación se resguardó con la saturación empírica de datos (**Toledo, 2021**) que se logró con 15 entrevistas y triangulación por profesional (**Feria, 2019**). Se cautelaron los principios de autonomía a través de la aplicación del consentimiento informado, conforme a las normas oficiales

vigentes de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Acta aprobada por Comité de Ética Científica Universidad de Talca N°042023.

RESULTADOS

Las diez madres inmigrantes procedían de cuatro países de América, la mayoría nacionalidad venezolana, con edad promedio de 31,7 años. La paridad promedio al llegar al país es de aproximadamente un hijo y la paridad actual es de dos hijos por mujer, la mayoría trabajando sin contrato en Chile (Tabla 1).

Análisis de datos: Se identificaron 3 categorías principales (atención salud migrante, motivo de abandono y cultura de lactancia) y 12 subcategorías relacionadas (Tabla 2).

Relatos de usuarias por cada subcategoría y relatos de profesionales para triangulación.

Atención de salud en inmigrantes

Oportunidad

Es la posibilidad que tienen las usuarias entrevistadas de obtener los servicios que requieren sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud.

El 22,9% de los relatos mencionan que los servicios recibidos en el CESFAM.

“Estuve en clínica de lactancia y también es todo lo que se hace en los controles prenatales, porque igual uno va aprendiendo mucho sobre todo el proceso que se está viviendo, las ecografías, los talleres a los que tenía que asistir, entonces eso me hizo sentir segura”. (EU9)

El 19% de los relatos de las profesionales hacían referencia a los servicios ofrecidos en los CESFAM.

“Tenemos una clínica de lactancia que funcionan todos los días, tenemos también, atenciones de urgencias de lactancia o sea si llega una paciente como de urgencia en la lactancia se atiende de forma inmediata”. (EPIM1)

Profesionalismo

Demostrado por las y los profesionales de salud al tener la capacidad de educar sobre la LM y ofrecer soluciones a los problemas de las usuarias inmigrantes.

El 27,1% de los relatos de usuarias reconocían la educación constante de los profesionales sobre la lactancia.

“Sí, en el cesfam las matronas me enseñaron muchas cosas sobre la lactancia, y hacían muchos cursos donde nos iban enseñando sobre este proceso”. (EU3)

Las profesionales, en un 23,8% de los relatos revelaron métodos para proporcionar información educativa a usuarias.

“También se hace fomento a la LM, se les explica lo de la hora sagrada, el vínculo, se fomenta también la lactancia por parte de las colegas del hospital. Después hacemos el primer control de la diada con todas las pacientes y si la paciente no viene nosotros la contactamos para poder verla dentro de la primera semana de vida de su bebé”. (EP3M2)

Trato con el usuario

CESFAM brindan un espacio de un espacio de relación con los usuarios, familiares y comunidad, con un enfoque inclusivo y humanizante, participativo y territorial.

El 33,3% de los relatos de usuarias lo mencionaban, predominando valoraciones positivas.

“Fue buena la atención siempre, en el CESFAM eran muy amables y siempre entregaban buena información.”(EU7)

El 23,8% de los profesionales mencionó percepciones positivas.

“Consideran que son atendidas de buena manera, les disgusta un poco los horarios en los que tienen que acercarse para solicitar una hora ya que la demanda es alta, pero consideran que son incluidas, ya que por ejemplo en el caso de la población haitiana se entregan pautas en su idioma para que tengan una mayor comprensión”. (EP2N)

Sugerencias de atención

Acciones consideradas por usuarias y profesionales que puedan fomentar el mantenimiento de la LME durante los primeros 6 meses de vida del lactante.

El 16,7% de los relatos de las usuarias proporcionó sugerencias para mantener la LME.

“Bueno yo diría, no tanto el Cesfam, si no que, gubernamental o no sé si desconozco esa parte. La única manera que uno lacte, sin dejar de trabajar, es que el gobierno de un apoyo económicamente a las familias que están lactando” (EU3)

Las profesionales en el 33,3% de relatos ofrecen sugerencias para mantener la LME.

“Es importante conocer los valores de los porcentajes de personas que abandonan la LM de chilenas y extranjeras. Esto sería bueno conocerlo para enfocar estrategias” (EP3M3)

Motivo de abandono

Trabajo

Acción que la madre realiza, con o sin contrato legal, para obtener una remuneración que permita solventar los gastos propios y de su familia.

El 67,9% de los relatos de las madres afirman que es el motivo por el que abandonaron la LME antes de los 6 meses.

“Igual con la hija menor acá en Chile yo lo extendí lo más que pude, ella alcanzó a tomar hasta los 4 meses de la leche materna pero igual tuve que volver a trabajar para poder tener más dinero...fue solo lo laboral. Si hubiera sido por mí yo le hubiera dado hasta el final, más de 6 meses incluso”. (EU8)

Así mismo, uno de los relatos de profesionales señaló:

“Pero está el otro contraste que es la parte laboral, que no las permite seguir con una LME porque tienen que volver a trabajar ya sea de temporera o de lo que sea, mientras regularizan su estadia aquí en el país, a no ser que tengan contrato en donde puedan tener postnatal de forma legal”. (EP1M1)

Dolor al amamantar

Experiencia sensorial desagradable causada por la succión del bebé al pecho materno.

El 3,6% de los relatos señalaron que esta fue la causa principal de abandono de la LME.

“Desde el principio lo hicimos y nos costó, y mi hermana que tengo acá es enfermera y nos ayudábamos, porque dar pechito duele mucho, porque va rompiendo el pezón, el proceso fue bastante complejo, pero lo hicimos todo...fueron 2 meses de intento, pero no se pudo.” (EU7).

Una profesional aludió a este motivo.

“El dolor que genera, la mastitis, las jornadas laborales que no son compatibles con la LM, la falta de información, son algunas de las cosas que dificultan la LME”. (EP2N).

Enfermedad materna o neonatal

Aquellas patologías que impiden desde el inicio o durante el proceso el desarrollo correcto de la LME.

El 14,3% de los relatos de las inmigrantes lo señaló como motivo de abandono.

“La verdad que yo tuve que dejar la lactancia mucho antes de los 6 meses...en mi caso tuve que dejarlo porque mi hijo es prematuro, entonces la lactancia con él fue muy poca, al principio fue normal, pero con el pasar de los días fue muy poca, no fue tan constante”. (EU10)

Ninguna profesional mencionó esto como motivo de abandono de la LME.

Crear que el pecho está “vacío”

Percepción materna de no tener leche suficiente para alimentar a su bebé.

El 7.1% de los relatos de las madres indica que es motivo de abandono.

“Me pasó que como que se me secó la pechuga, según la matrona el cuerpo seguía haciendo leche entonces cada vez que el bebé estuviera en el pecho iba a tomar, pero cada vez que se le daba, quedaba llorando y con hambre según yo. Porque cuando se te llena la pechuga, se te infla y uno siente que tiene leche, pero yo la sentía como una pasa como si estuviera seca” (EU4)

Ninguna profesional mencionó esto como motivo de abandono.

Mala adaptación al país

Cambios sociales y culturales que perjudican la mantención de la LME.

El 7.1% de los relatos de las madres indica que es motivo de abandono.

“Yo dejé de trabajar, porque no podía, estaba a punto de caer en una depresión postparto, pero no era que rechazaba a mi hijo, sino que era porque todo lo que estaba viviendo era algo nuevo, me estaba adaptando a este país”. (EU3)

Ninguna profesional mencionó esto como motivo de abandono.

Cultura de lactancia

Lactancia en el país de origen

Vivencias del proceso de lactancia en el país de origen de las madres inmigrantes, considerando políticas de salud, atención y conocimiento sobre la lactancia.

El 31.3% de los relatos de las usuarias se relacionan con la cultura de lactancia.

“La verdad es que no hacen mucho énfasis, yo no recibí ningún apoyo, nadie que me ayudaba en maneras para mejorar mi lactancia y tampoco a solucionar mis problemas de porque no podía darle pecho al niño. No daba ninguna solución al niño, lo tenía que alimentar como pudiera”. (EU7)

Sin embargo, también existen relatos de madres (2 venezolanas y 1 colombiana) que destacan aspectos positivos.

“Allá gradúan a los niños a los 6 meses cuando se dan cuenta que tuvo la LM exclusiva, ellos tienen graduación. le hacen su alto, le dan su diploma de que recibieron LME, es muy lindo”. (EU3)

Por otra parte, 17,7% de los relatos de las profesionales se vincula con esta subcategoría.

“Cuentan con poca información sobre los beneficios de la LM tanto para él bebe como para la madre, pero a medida que han recibido una mayor información han cambiado su mentalidad sobre amamantar”. (EP2N)

Creencias

Alude a creencias arraigadas en las usuarias inmigrantes sobre la LM, conociendo también la perspectiva profesional.

El 2,8% de relatos de usuarias menciona creencias sobre la LM que afectan el abandono.

“La pediatra promueve que las personas tengan la lactancia hasta los 6 meses exclusiva. Pero en la vida real el venezolano no es así, que le meten su tetera de maicena o crema de arroz a los 3-4 meses porque se tiene la idea que los niños no se llenan, que la leche es pura agua”. (EU2)

El 12,9% de los relatos de los profesionales dan cuenta de creencias relacionadas a la LM.

“He tenido que desmentir un montón. Como por ejemplo que no producen suficiente leche, y por eso dejan de amamantar, otro es que creen que por estar resfriadas o con alguna gripe no pueden amamantar porque enfermarán al bebé, o que después de unos meses la leche ya no alimenta”. (EP2N)

Aculturación

Incorporación de conocimientos y costumbres en las madres inmigrantes adoptados de la cultura chilena, desarrollados al confluir la cultura del país de origen y la cultura chilena.

El 65,9% de los relatos de las usuarias mencionaron aspectos de la aculturación.

En primer lugar, se habló de la adaptación al país.

“Nunca me he sentido discriminada o algo por el estilo, todo lo contrario, los chilenos me han hecho sentir super bien, donde trabajo me tratan bien”. (EU9)

También, se exploró sobre las redes de apoyo de las usuarias y las diferencias en la atención percibida.

“Sí, porque yo no podía darle a los dos juntos, pero a veces yo me sacaba leche para darle mami, él me ayuda, para que los dos tomen juntos, uno en mis brazos y uno con él, pero mi leche... Mi esposo ... Y el Cesfam”. (EU1)

“Si hay profesionales, pero es muy diferente acá y allá, uno lo hace porque es por cultura, pero acá la diferencia es que aquí brindan talleres cuando uno está embarazada, brindan talleres en la LM, empiezan a explicar de una vez como es la manera de amamantar, o sea es más completo acá, de hecho, yo aprendí muchas cosas que no sabía allá y aprendí con mi hija acá, viví una experiencia diferente de mamá allá”. (EU3)

A su vez, se visualizaron experiencias de las usuarias, algunas fueron positivas y otras negativas.

“Los dolores de los primeros días, siempre el tema de que se te rompa el pezón es como decirlo, algo terrible y si estás trabajando yo creo que la poca disponibilidad de tiempo también es algo negativo”. (EU8)

El 69,4% de los relatos de las profesionales, se asociaron con la aculturación.

“Por ejemplo, en Haití es más complicado, ya que cuentan con poca información sobre los beneficios y la importancia de la LM, el acople correcto, a qué edad iniciar alimentación complementaria, etcétera”. (EP2N)

DISCUSIÓN

Desde la perspectiva de la interacción simbólico, con los resultados de este estudio reconocemos que las madres entrevistadas venían con una valoración positiva de la lactancia, luego se relacionaron con los equipos de salud del país anfitrión (Chile) que están altamente capacitados y motivados para acompañar este proceso, lo que fortaleció estas conductas en las madres. Finalmente, esta interacción permitió que las mujeres propusiesen estrategias adaptativas del sistema para inmigrantes, esto las habilita para incorporar en su curso de vida conductas promotoras de salud.

Desde el relato de las usuarias, surgieron tres dimensiones destacadas en relación al abandono de la LME en madres inmigrantes: atención de salud en inmigrantes, motivo de abandono y cultura de lactancia. Lo más relevante de los resultados del estudio demuestra que la reinserción laboral es el principal obstaculizador para mantener la LME, lo cual es concordante con la literatura internacional

(Blanco y Otero, 2021; González et al., 2018; Iglesias y León, 2021). Considerando que el proceso de lactancia materna está condicionado por los determinantes sociales de salud (Barría, 2018; MINSAL, s/f), se esperaría operacionalizar una red integrada de servicios de salud (RISS) que fortalezcan la acción intersectorial, entre otros (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS], s.f.).

La atención en salud, compuesta por la oportunidad, profesionalismo y trato con el usuario, se reconoce como fundamental por los profesionales y entrevistadas para la inserción de estas en el sistema de salud público chileno, lo que coincide con lo descrito por Oyarce (2019). Sin embargo, difiere completamente de lo afirmado por Astorga y otros, quienes expresan que los inmigrantes -en relación con los nativos- tienen menor accesibilidad y mayor discriminación. La valoración positiva del sistema de salud que tienen las entrevistadas podría explicarse por la preparación de los profesionales en esta materia, ya que la LME es una meta sanitaria en Chile (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2022) y por la existencia del programa Chile Crece Contigo, que apoya la LME a través de educación integral y seguimiento a los lactantes (Ministerio de desarrollo social, 2019).

Durante la adaptación al país, la inserción laboral informal impide el acceso al postnatal protegido por la Ley N°20.545, el cual tiene una duración de 24 semanas (Mi Chile Atiende, 2023) para resguardar el amamantamiento. Los relatos de las madres y profesionales entrevistadas coinciden en que reintegrarse precozmente a un trabajo informal les obliga a optar por la fórmula láctea como un método de alimentación compatible con su estilo de vida. Lo anterior, concuerda con la literatura (Blanco & Otero, 2021; Iglesias & León, 2021; Rumayan y otros, 2020).

Así mismo, la enfermedad neonatal o materna es señalada por la literatura como una barrera para la lactancia (Li y otros, 2020); (Navarrete y otros, 2022). Llama la atención que, siendo la segunda causa más frecuente de abandono en nuestras entrevistadas, fue omitida en la triangulación por profesionales. Esto podría indicar un desconocimiento por parte de los equipos de salud, posiblemente debido a un déficit en la coordinación entre el nivel intrahospitalario y la atención primaria.

En este grupo de entrevistadas, la creencia de un pecho vacío se visualiza menos en los relatos relacionados al abandono de la LME. Quizás, esto se explique por el nivel educativo de las participantes (medio, técnico y superior).

Asimismo, los profesionales de salud entrevistados no mencionaron en sus relatos esta creencia como un motivo de abandono, lo que puede deberse a que en general se sitúan desde el paradigma biomédico, priorizando factores objetivables, por sobre creencias y percepciones de los usuarios. Sin embargo, en otros estudios, creer que no se secreta la suficiente leche es uno de los factores predominantes para abandonar la LME (Pimentel, 2019; Valle et al., 2020).

Por otro lado, la mala adaptación al país podría indicar que los factores psicosociales y emocionales desempeñan un papel crucial en la experiencia de maternidad y lactancia (Blanco & Otero, 2021). Las profesionales no mencionaron estos motivos, por lo que sería importante fortalecer la exploración de los factores psicosociales y emocionales relacionados al amamantamiento de manera integral con derivaciones e intervenciones oportunas en la atención prenatal y postnatal.

El dolor al amamantar emerge como una subcategoría menos reflejada en los relatos de las madres, sin embargo, es muy significativa en los relatos de las profesionales. Lo anterior podría explicarse porque entre los profesionales de salud las intervenciones en lactancia materna se enfocan en entregar ayuda práctica para que la mujer desarrolle una adecuada técnica de amamantamiento, que entre otros resultados tiene suprimir el dolor al amamantar, lo que contribuye en forma importante a la instalación y mantenimiento de la lactancia. En contraposición a esta experiencia, Martínez lo señala como un factor relevante.

Respecto a la aculturación, los relatos reflejan una influencia positiva en la experiencia y las decisiones en el proceso de amamantamiento de las madres en Chile, mayor conocimiento, mejor adaptación y mantenimiento de la LME. Esto se logra gracias a que los servicios de salud, a través de profesionales se esfuerzan por desarrollar competencias culturales (Álvarez, 2023) a través de capacitaciones e integración de experiencias con la población in-

migrante, transformándose en importantes redes de apoyo, en conjunto con la familia, amigos y vecinos, facilitando este proceso; tal como lo indica la literatura (Campiño Valderrama & Duque, 2019; Niquén Rodríguez, 2022).

Llama la atención que en relación a la lactancia en el país de origen, se evidencia en los relatos una brecha de entrega de conocimientos y acompañamiento desde los servicios de salud, lo que puede llevar a la formación de creencias erróneas que desafían las recomendaciones de los profesionales de la salud del país anfitrión (Romero et al., 2023). Lo mismo fue señalado por las profesionales, es por esto que, las madres deben ser constantemente educadas sobre la LME, para asegurar el éxito de la mantención de la lactancia a través de un traspaso eficaz de la información (Aktürk & Kolcu, 2023).

Es importante señalar que, este estudio tiene limitaciones, como la ausencia de la perspectiva de otros profesionales de la salud, que están en contacto con esta población (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.), cuya participación hubiera sido un aporte para la triangulación de datos. Por otro lado, la mayoría de las participantes tenía la misma nacionalidad y aquellas que no hablaban español originalmente, dominaban el idioma, lo que permitía su comunicación eficaz; esto podría diferir en madres que no entiendan o no hablen español.

Proponemos como línea de investigación futura la "Salud sexual y reproductiva transcultural" debido a que la interculturalidad permea de manera significativa la sexualidad para su abordaje y comprensión (Quinto Moya, 2022). A su vez, como equipo investigador, recomendamos una estrategia costo-beneficio absolutamente efectiva para madres en situación de vulnerabilidad que requieren reinsertarse laboralmente de forma temprana sin la necesidad de suspender la LME, para esto sugerimos la incorporación de un extractor de leche en el ajuar que se entrega en el programa Chile Crece Contigo.

CONCLUSIÓN

Desde el relato de las entrevistadas, surgieron tres dimensiones destacadas: atención de salud en inmigrantes, motivo de abandono y cultura de lactancia. Considerando la complejidad de este fenómeno, el trabajo emergió como el aspecto con ma-

yor impacto sobre el abandono de la LME debido a que estas madres presentan inestabilidad laboral y la necesidad de mantenerse económicamente activas.

REFERENCIAS

Aktürk, N. K., & Kolcu, M. (2023). The effect of postnatal breastfeeding education given to women on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230217>

Álvarez R., M. E. (2023). Cultural competences in health as perceived by Nursing students. *Ene*, 17(2), 2232. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200002#B9

Astorga, S., Cabieses, B., Carreño, A., & McIntyre, A. (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1), 21 - 31. <https://doi.org/https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/49/61>

Barría, M. (2018). La necesidad de una mirada integral del proceso de la Lactancia Materna en el contexto de la Atención Primaria de Salud: desafío para la formación y práctica. *Enfermería Universitaria*, 15(3), 223-225. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.67213>

Biblioteca del Congreso Nacional [BCN]. (14 de Mayo de 2019). Ley Fácil: Protección de la lactancia materna y el amamantamiento. Biblioteca del congreso nacional de Chile: <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/proteccion-de-la-lactancia-materna-y-el-amamantamiento>

Blanco, E., & Otero, L. (2021). Perceived facilitating and hindering factors to exclusive breastfeeding among Latin American immigrant women living in Colmenar Viejo (Community of Madrid, Spain). *Wiley Online Library*, 30(4), 994-1006. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.13503>

Campiño Valderrama, S. M., & Duque, P. A. (2019). Breastfeeding: factors that lead to their abandonment. *Archivos de Medicina*, 19(2), 331-341. <https://doi.org/https://doi.org/10.30554/arch-med.19.2.3379.2019>

Castillo, L. O. (2023). “Criar como si no trabajáramos y trabajar como si no tuviéramos hijos” reflexiones sobre la integración laboral de madres migrantes criando en Chile. *Población y Salud En Mesoamérica*, 21(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.52797>

Centro Nacional de Estudios Migratorios [CENEM]. (2021). Caracterización sociolaboral de la población refugiada inmigrante venezolana en Chile.

Equipo Editorial, Etecé. (23 de enero de 2023). Sincretismo. *Enciclopedia Humanidades*: <https://humanidades.com/sincretismo/>

Feria H., M. M. (2019). La triangulación metodológica como método de investigación. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 10(4), 137-146. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7248603.pdf>

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (1a ed.). México: McGraw-Hill.

Iglesias, B., & Leon, F. (2021). Breastfeeding experiences of Latina migrants living in Spain: a qualitative descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 16(76), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13006-021-00423-y>

Ilustre municipalidad de Talca. (2022). Programa comunal de salud 2022. Ilustre municipalidad de Talca: https://talcatransparente.cl/plan-comunal-de-salud-/doc_download/10609-plan-comunal-de-salud-ano-2022

Li, J., Duan, Y., Bi, Y., Wang, J., Lai, J., Zhao, C., . . . Yang, Z. (2020). Predictors of exclusive breastfeeding practice among migrant and non-migrant mothers in urban China: results from a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 10(9), 1 - 11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038268>

Martínez, A. (2019). Factores predisponentes del abandono de lactancia materna. Universidad Peruana Los Andes: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/549/MARTINEZ%20RODRIGUEZ%2c%20ALDO%20MIGUEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mi Chile Atiende. (16 de febrero de 2023). Postnatal. Chile Atiende.: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/8647-postnatal>

Ministerio de desarrollo social. (2019). Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral del Subsistema Chile Crece Contigo. De Evaluación, Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Servicios Sociales. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-189318_informe_final.pdf

Ministerio de salud. [MINSAL] (2023). RPE N°2: Diagnóstico población migrante. Minsal: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/RPE-2-DIAGNOSTICO-POBLACION-MIGRANTE-.pdf>

Navarrete, L., Almeida, J., & Saenz, J. (2022). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(3), 234-242. <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v.v6i3.2240>

Niquén Rodríguez, L. J. (2022). Prevalencia y factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud de Reque - 2019. Universidad Señor de Sipán, 17-18. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9471/Niqu%c3%a9n%20Rodriguez%2c%20Lizett%20Jahaira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Estándares para informar investigaciones cualitativas. *Medicina Académica*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

Oyarce, E. (2019). Informe de fiscalización “Trato digno, enfoque personas migrantes” Ley N° 20.580. De Fiscalización, Intendencia de Prestadores de Salud, Unidad de Fiscalización de los Derechos de las Personas. https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-17896_recurso_1.pdf

Pimentel, I. (2019). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres del centro de salud materno infantil. Universidad Cesar Vallejo, 67. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.12692/44634>

Quinto Moya, L. (2022). Perspectiva de la sexualidad y complejidad desde la interculturalidad. *Meridiano - Revista Colombiana De Salud Mental*, 1(2), 23-31. <https://doi.org/https://doi.org/10.26852/28059107.632>

Ramiro González, M., Ortiz Marrón, H., Cañedo, C., Esparza, M. J., Cortés, O., Terol, M., & Ordoñas, M. (2018). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32-43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>

Romero, P., Zuñiga, M., & Sanchez, M. (2023). Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna y la alimentación materna en una comunidad semiurbana de México. *Población y Salud en Mesoamerica*, 21(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.52851>

Rumayan, A. M., Smith, G., Abdus, M., Akter, S., Uz, N., Khan, Z., . . . Rasheed, S. (2020). Work and breast milk feeding: a qualitative exploration of the experience of lactating mothers working in ready-made garments factories in urban Bangladesh. *International Breastfeeding Journal*, 15(93), 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13006-020-00338-0>

Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género [SERNAMEG]. (9 de Agosto de 2021). Sernameg Ñuble, realiza charla de mitos y creencias para conmemorar la semana de la Lactancia Materna. Ministerio de la mujer y la equidad de género: <https://www.sernameg.gob.cl/?p=36508>

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (14 de Octubre de 2022). Resolución 618 Exenta fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal para el año 2023. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1182805>

Sucre, L., & Cedeño, J. A. (2019). Una mirada distintiva a la tendencia investigativa cualitativa: interaccionismo simbólico. *Revista: Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/03/tendencia-investigativa-cualitativa.html>

Toledo G., W. B.-M.-C. (2021). The Good Nursing for Older People: "She is kind, dedicated and she explains to me". *Index de Enfermería*, 29(3), 117-121. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200004&lng=es&tln g=es.

Valle, M., García, O., & Álvarez, A. (2020). Factores que influyen en la madre, en el abandono de la lactancia. *CONAMED*, 25(4), 167-173. <https://doi.org/10.35366/97336>

Ley N°21.030: Percepción profesional sobre su implementación en un Hospital de la Región de La Araucanía, Chile.

Law N°21.030: Professional perception on its implementation in a Hospital in the La Araucanía Region, Chile.

Daniela Forbes-Cifuentes¹, Mariana Herrera-Campos¹, Camila Rojas-Cáceres²

¹Matronas, Universidad de Chile.

²Matrona. Magíster en educación en ciencias de la salud. Profesor Asistente Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y del Recién Nacido, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

*Autor para correspondencia: crojas293@uchile.cl

RECIBIDO: 29 de Diciembre de 2023

APROBADO: 03 de Octubre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4103

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES. ESTE ESTUDIO DERIVA DE UNA TESIS DE PREGRADO

Palabras claves: Aborto, Interrupción voluntaria del embarazo, Objeción de conciencia.

Key words: Abortion, Voluntary interruption of pregnancy, Conscientious objection.

RESUMEN

Objetivo: describir la percepción sobre la implementación de la Ley N°21.030 en el equipo multidisciplinario del área de maternidad de un hospital de la Región de La Araucanía, Chile.

Material y métodos: estudio descriptivo con diseño cualitativo con enfoque fenomenológico. Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas pertenecientes al área de maternidad de un hospital de la Región de La Araucanía, Chile. Los datos fueron procesados a través de un análisis narrativo.

Resultados: los resultados se agruparon en tres dimensiones: percepción individual con respecto al aborto, proceso de implementación inicial de la Ley N°21.030 en el hospital y aspectos generales actuales establecidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) en ese recinto asistencial. Los profesionales de la salud comparten la idea de que esta ley era necesaria para resguardar uno de los ámbitos de los derechos sexuales y reproductivos (DSyR). Sin embargo, también coinciden al expresar que en Chile predomina una cultura conservadora que impide una legislación total del aborto. Durante la implementación predo-

minó la desinformación, desinterés y aprehensiones personales, aspectos que generan barreras de acceso. En cuanto a la objeción de conciencia (OC), concuerdan que es necesario definir límites con mayor claridad.

Conclusión: el equipo de salud del área de maternidad del hospital seleccionado comparte la percepción de que en un comienzo fue difícil implementar la Ley N°21.030 en ese establecimiento. No obstante, admiten que ha existido un avance asociado a la incorporación de profesionales más sensibilizados en el área.

ABSTRACT

Objective: to describe the perception of the implementation of Law No. 21,030 in the multidisciplinary team of the maternity area of a Hospital in the Region of La Araucanía, Chile.

Material and methods: descriptive study with qualitative design and a phenomenological approach. 10 semi-structured interviews were carried

out belonging to the Maternity Area of a Hospital in the Region of La Araucanía, Chile. The data were processed through a narrative analysis.

Results: the results are grouped into three dimensions: Individual perception regarding abortion, Initial implementation process of Law No. 21,030 in the Hospital and current general aspects established by the Ministry of Health (MINSAL) in a Hospital in the Region of Araucanía. Health professionals share the idea that this Law was necessary to protect one of the areas of sexual and reproductive health and rights (SRHR). However, they agree that a conservative culture predominates in Chile that prevents total abortion legislation. During the implementation, misinformation, disinterest and personal apprehensions predominated, generating access barriers. For conscientious objection (CO), they agree that it is necessary to define limits more clearly.

Conclusion: the health team of the Maternity Area shares the perception that at first the implementation of this Law was difficult in the establishment, however, there has been progress associated with the incorporation of more sensitized professionals in the area.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la “interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado la viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” [1].

En Chile, esta práctica ha sido considerada -casi siempre- como un problema de salud pública [2] que debe estar fuertemente regulado. En efecto, 1931, el segundo Código Sanitario decretó -entre otras materias- que en nuestro país “sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, considerando que para proceder a esta intervención se requerirá de la opinión documentada de dos médicos-cirujanos” [3]. Esta visión, en lo esencial, se mantuvo hasta 1989. Entre 1990 y 2017, el tema del aborto pasó por una serie de debates, movimientos sociales y cambios políticos que trajeron consigo avances en algunos aspectos, pero también una fuerte polarización.

En 2017 se promulgó la Ley N°21.030, que contempla la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) realizada por un médico cirujano, bajo tres causales: peligro para la vida de

la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo producto de una violación [4]. La IVE bajo las causales uno y dos puede ser llevada a cabo en cualquier momento de la gestación. La causal número tres puede ser realizada hasta la semana catorce de amenorrea en menores de 14 años y hasta la semana doce en mayores de 14 años [4].

Para aplicar lo establecido en la Ley N°21.030, el Ministerio de Salud (MINSAL) dictó la Norma Técnica Nacional: acompañamiento y atención Integral de la mujer para interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, la cual tiene como objetivo “establecer los lineamientos normativos y los procedimientos para el acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales” que regula la citada ley [5].

El artículo 1 de la Ley N°21.030 precisa que la mujer tendrá derecho a recibir apoyo a través de un programa de acompañamiento especificado en la Norma Técnica, desde el momento en que hace ingreso al centro de salud hasta la resolución del parto o IVE [6]. En ella se establece que los equipos a cargo de asistir y acompañar a la mujer en el marco de la IVE deben integrarse por un equipo constituido por médicos ginecólogos, matronas, otros especialistas y subespecialistas según diagnóstico, sumando una dupla psicosocial formada por un psicólogo y un trabajador social [5].

La despenalización de la IVE puede generar una disyuntiva moral en el equipo a cargo de los procedimientos clínicos relacionados con el aborto. De esta manera surge el concepto de objeción de conciencia (OC) el cual hace referencia al rechazo de una persona a realizar una acción impuesta por la ley, siendo esta contraria a su conciencia [7]. El Artículo 199 menciona que el personal médico puede abstenerse de realizar los procedimientos indicados en la Ley N°21.0303.

En 2019, la Mesa Acción por el Aborto en Chile llevó a cabo un monitoreo social de la implementación de la Ley N°21.030 a través de la Norma Técnica en establecimientos de atención primaria de salud y en centros de alto riesgo obstétrico de siete regiones del país, entre ellas la Región de la Araucanía. Con este monitoreo se buscó identificar las barreras que enfrentan las mujeres que acuden a establecimientos públicos de salud primaria y especialidad obstétricas bajo la Ley IVE [8].

Tres de los centros de salud de alta complejidad del país responsables de llevar a cabo la implementación de la Ley N°21.030 se ubican en la Región de la Araucanía, en las ciudades de Temuco, Victoria y Angol. En ellos, el monitoreo arrojó que un 75% de sus médicos se declararon como objetores de conciencia.

Esta barrera de acceso representa un impedimento para garantizar una atención médica y de calidad a las usuarias que requieran la IVE dentro de la región, por lo que esta investigación tiene como objetivo describir la percepción sobre la implementación de la Ley N°21.030 en el equipo multidisciplinario del Área de Maternidad de un hospital de la Región de la Araucanía.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó entre los meses de enero de 2022 y junio de 2023 en el Área de Maternidad de un hospital de alta complejidad de la Región de la Araucanía. Corresponde a un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico.

Un estudio descriptivo presenta los hechos y eventos que caracterizan la realidad de los sujetos estudiados [10]. El diseño cualitativo orienta su estructura hacia la conceptualización sobre la realidad con base en los conocimientos, actitudes y valores que guían al comportamiento [10]. La fenomenología permite describir la experiencia tal como se vive [11].

Se llevó a cabo en base a un diseño de muestreo teórico y de estrategia de muestreo por conveniencia. El primero permite la selección de muestras diversas, a modo de evidenciar una variedad de perspectivas [12]. El segundo se fundamenta en la conveniente accesibilidad e interés de los sujetos para los investigadores, para ello se seleccionan aquellos casos invitados que acepten ser incluidos [13].

Del total de profesionales del equipo multidisciplinario en estudio, once cumplieron con los criterios de inclusión, pero una persona decidió no participar, por lo que finalmente se realizaron diez entrevistas semiestructuradas (Tabla 1).

Tabla 1: Caracterización de la muestra / Sample characterization

Caracterización de la muestra	N
<u>Nacionalidad</u>	
Chilena/o	10
<u>Sexo</u>	
Hombre	3
Mujer	7
<u>Título profesional</u>	
Matrón/a	7
Médico/a gineco - obstetra	1
Médico/a anestesista	1
Psicólogo/a	1
<u>Años de servicio en Maternidad</u>	
< 5	1
5 - 9	6
10 - 14	1
> 15	2

Elaboración Propia

En los criterios de inclusión se tuvo en cuenta a profesionales médicos/as ginecobstetras, médicos/as anestesistas, matrones/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales que cumplieran con: haber trabajado durante al menos tres años al momento de inicio de esta investigación en el Área de Maternidad de dicho Hospital y haber realizado atenciones biomédicas y/o psicosociales en el contexto de la Ley N°21.030 en Chile, a partir de su implementación. Para efectos del estudio no se consideraron criterios de exclusión.

A quienes cumplieran con los criterios de inclusión se los invitó a participar formalmente en el estudio a través de sus correos electrónicos, donde se les hizo envío de un consentimiento informado (CI) que debían firmar previo a las entrevistas. El número total de entrevistas efectuadas se definió a partir del cri-

terio de saturación teórica de datos [12]. Por lo tanto, se realizaron diez entrevistas semiestructuradas con una duración de entre veinte y noventa minutos, guiadas por dos investigadoras y registradas a través de grabación. Para la grabación se solicitó a quienes participaron un segundo CI a modo de asegurar la confidencialidad de los datos entregados, según indica la norma vigente de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Respecto de la recolección de datos, se realizaron cinco validaciones por expertos en relación a la pauta de entrevista semiestructurada, todos docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se les indicó asignar un puntaje de 1 a 4 por pregunta respecto a los ítems de suficiencia, claridad, pertinencia y relevancia. Se realizaron las correcciones finales en aquellas respuestas con puntaje promedio menor a 3 y, considerando las sugerencias de los validadores, se obtuvo el instrumento final (Tabla 2).

Para el escrutinio de los datos se utilizó la técnica de análisis narrativo, que permite el estudio sistemático del significado y experiencia personal, útil para explorar las cualidades del pensamiento humano [13]. A partir de un proceso de codificación manual de los datos, se obtuvieron tres dimensiones principales y dieciséis categorías, estas últimas divididas entre apriorísticas y emergentes. Para el análisis se utilizaron los pasos descritos por Monje Álvarez: recogida productiva de los datos a través del trabajo de campo, reducción de los datos y clarificación [10].

Con respecto a los criterios de rigor, se utilizó la triangulación de investigadores a través del análisis de tres investigadoras y se recibió retroalimentación de dos validadoras externas a lo largo del desarrollo del estudio. Ambos aspectos contribuyen con el criterio de credibilidad [12].

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad de Chile el 12 de abril de 2022, con el número de registro N°211- 2021.

RESULTADOS

Se agrupan en tres dimensiones: percepción individual con respecto al aborto, proceso de implementación inicial de la Ley N°21.030 y aspectos generales actuales establecidos por el MINSAL en un Hospital de la Región de La Araucanía.

Percepción individual con respecto al aborto.

Con respecto a la discusión del inicio de la vida destacan dos grandes apreciaciones: (a) al momento de la concepción y (b) desde la viabilidad fetal, considerándose a partir de la semana 22 de edad gestacional (SEG) y un peso de 500 gramos según la OMS1. Esta definición abre una discusión respecto al período de ventana que existe actualmente entre las SEG mencionadas por el equipo y las indicadas por la Ley IVE.

Los entrevistados coincidieron en señalar en que la Ley N°21.030 era necesaria, ya que resguarda un ámbito de los DSyR. El personal de salud comparte que Chile aún no está preparado para la legalización de un aborto sin restricción, debido a una cultura conservadora, influenciada por la religión y las brechas generacionales. Un porcentaje coincide en que el avance hacia la despenalización total del aborto implicaría un nuevo proceso controversial respecto al ejercicio de OC, desde el ámbito de sus límites, debido a que al inicio de la implementación de la Ley IVE en el Hospital, objetaba personal que no pertenecía a pabellón.

Un número de las personas entrevistadas manifestó que antes de un aborto legal sin restricción en Chile, se debería enfatizar en la prevención de un embarazo no planificado, desde el punto de vista de la educación sexual y garantizando el acceso al uso de métodos anticonceptivos (MAC).

Aunque la mayoría de las personas entrevistadas sostuvo opiniones duales en cuanto a una legalización total del aborto, afirman que serían capaces de separar sus creencias del rol profesional para garantizar el bienestar de las usuarias.

“Me parece súper necesario que en Chile hace rato se necesitaba una ley para otorgarle a las mujeres la facultad de decidir que quieren hacer con su cuerpo porque después de la dictadura cambia la forma de hablar sobre aborto y estos abortos terapéuticos no se podían realizar, eran ilegales” (MP1).

“Pienso que no es necesario, que hay muchos MAC, porque yo personalmente tengo la percepción de que eliminar una vida humana normal con toda su proyección no es correcto” (HG1).

“Estoy totalmente de acuerdo que es una necesidad que hay que legislar, porque siempre ha existido. Siento que es un privilegio para aquellos que sí tienen la posibilidad de hacerlo desde manera económica” (HM2).

“Si lográsemos entender que también es terapéutico para esa mujer abortar, porque su vida va a cambiar y no quiere tranzar eso, porque no se lo merece, estaríamos preparados” (MP1).

Proceso de implementación inicial de la Ley N°21.030.

Al inicio predominó la desinformación, aprehensiones personales y desinterés de parte del equipo. A pesar de que desde el MINSAL se brindaron los recursos para llevar a cabo su cumplimiento, se incorporó personal médico no objetor externo a la comuna para garantizar las atenciones.

En cuanto a las barreras de acceso para la atención IVE, a modo transversal para las causales, el equipo de salud concuerda en la desinformación hacia la usuaria y en la interpretación personal de la OC, en lo que coinciden para esta última como una falta de delimitación legal dentro de la Ley.

Respecto a las barreras individuales para cada causal, la causal 1 considera las causas inminentes como principal barrera de acceso. En la causal 2 hubo consenso en los largos tiempos de espera para la confirmación diagnóstica por especialista. Para la causal 3 predominan las aprehensiones éticas del personal.

Se crearon flujogramas de derivación, reuniones entre los miembros del equipo para evaluar aspectos a mejorar e instancias brindadas por la dupla psicosocial para sensibilizar al personal. Respecto a esta última concuerdan que es necesario adicionar contención psicológica hacia el equipo, quienes refieren ven afectado su estado emocional posterior a la realización de intervenciones de IVE.

Como aspectos a mejorar, se mencionó la opción de aumentar instancias de capacitación, contar con las horas de psiquiatría que la Norma Técnica indica y garantizar que exista al menos un equipo no objetor por turno a modo de evitar los traslados entre centros de salud, ya que aumentan los tiempos de espera y dificultan el proceso de IVE.

“Al principio fue problemático, todo médico era objetor hasta que llegó un médico que venía una vez a la semana, entonces había que coordinarse para que estuviese la paciente en ese turno o derivarla a otro centro donde hubiera médicos no objetores” (HG1).

“Este hospital se caracteriza por no ser bueno entregando información. Se hizo una lista con todos los objetores que iban desde la auxiliar de servicio que está en la puerta recibiendo a la gente hasta los que realizamos el procedimiento y casi todos objetaron” (MA1).

“Siempre ha sido como el cuestionamiento. Si fue, no fue, si está mintiendo, no está mintiendo y que finalmente la gente asume como errores que no nos corresponden” (HM2).

“Por muy dramático que sea de una violación, no sé qué tanto alivia, si es que alivia, el hecho de producir el aborto y tampoco me convence tanto que eliminar una vida normal sea la solución” (HG1).

Aspectos generales actuales establecidos por el MINSAL

Si bien el personal tiene conocimiento de la existencia de la Norma Técnica y Programa de Acompañamiento, un grupo de las personas entrevistadas no se ha interiorizado leyendo toda su extensión. El personal asocia el enfoque de los textos al rol de la dupla psicosocial.

Un porcentaje de los entrevistados menciona que el MINSAL brindó una instancia de capacitación previo a la promulgación de la Ley, no obstante, fue otorgada sólo para miembros contratados en el Hospital hasta ese momento, considerando que aún no se encontraba el equipo IVE constituido. La preparación del personal se dio de manera autodidacta, sin embargo, refieren carencias en cuanto a las capacitaciones, principalmente por falta de interés.

Se menciona la importancia de abarcar en futuras capacitaciones el autocuidado en salud mental del personal, acompañamiento de la usuaria, sensibilización del equipo, alcances legales y la OC.

Respecto a la percepción de la OC están aquellas/os que concuerdan que es un derecho, sin embargo, sienten que es necesario definir con mayor claridad

los límites ya que se ha prestado para interpretaciones personales y un uso inadecuado. Están aquellas personas entrevistadas que consideran que la OC no se debería dar en espacios de atención de salud pública, ya que se debe garantizar la prestación a toda usuaria. Un porcentaje de los entrevistados menciona que la OC no debería existir bajo ningún contexto de salud.

“Cuando se implementó la Ley se invitó a representantes de cada Hospital, a médicos y matrones y equipos biopsicosociales pero no estábamos todos contratados, todas las duplas a nivel nacional para esa fecha fueron los que estaban contratados.” (MP1).

“Tengo distintas opiniones, no me decido por una, por un lado, siento que quizás no debería existir una objeción de conciencia, es una ley, es una prestación. Por otro lado, también está el derecho del funcionario y si hay gente que realmente le genera un conflicto interno, que sea religioso o no, también es válido, en ese sentido creo está muy bien, uno desearía que se hiciese un buen uso de esa objeción, desde el privilegio de decidir si participar o no” (MM2).

“Si tú eres servidor público tienes que regirte a lo que tú tienes, a lo que dice la Ley, o sea si tú dices “ah no lo hago” de verdad deberías trabajar en un lugar privado donde tú sabes que tus convicciones sociales están de acuerdo a la clínica” (MP1).

DISCUSIÓN

Se encontraron semejanzas con una revisión bibliográfica realizada en Brasil (2010), que señala que el equipo de salud no estaba preparado en ese momento para sostener emocionalmente a usuarias en el contexto de aborto, las que refirieron que quienes trabajan con estas usuarias requieren una mayor preparación psicológica para fortalecer la calidad de la atención [14]. Lo anterior se correlaciona con lo mencionado en las entrevistas del estudio, donde se señala la falta de sensibilización hacia las usuarias que se acogen a la Ley N°21.030 como un aspecto a mejorar.

Con respecto a un artículo elaborado en Ruanda, se menciona que los esfuerzos gubernamentales deben ir en su mayoría dirigidos a la prevención de un embarazo no planificado más que a la necesidad de legislar por el aborto [15]. En un artículo publicado en Barcelona (España) en 2015 se menciona que el

aborto no daría solución al problema de origen: los embarazos no deseados o no planificados, por lo que el gran reto recae en la educación sexual, la salud y el derecho a la prevención de estos [16]. Ambos artículos se correlacionan con lo mencionado por los participantes del estudio, que refieren que los esfuerzos deben dirigirse a la educación sexual antes que la legalización del aborto.

En Chile solo existe la Ley N°20.418 promulgada en el año 2010, que determina el deber de los establecimientos educacionales de incluir un programa de educación sexual dentro del ciclo de enseñanza media, enfocado en la regulación de la fertilidad [17]. Se ha buscado abarcar una educación sexual integral (ESI) a través de diversos proyectos de Ley que han sido rechazados, por lo que a la fecha aún no ha sido posible instaurar una Ley que permita responder a las necesidades de promoción y prevención en SSyR [17].

Dentro de las atenciones llevadas a cabo por el personal en estudio, destaca la segregación del equipo en (a) profesionales médicos y de matronería y (b) dupla psicosocial. El equipo menciona que la profesión médica desempeña su rol desde un enfoque biomédico, lo cual es congruente con un artículo realizado en México, en 2018 [18] que señala la carencia del manejo integral en la IVE durante la formación profesional de estos.

En tanto, en otra investigación realizada en Bogotá (Colombia) se menciona cómo desde el inicio de la profesión médica se les ha atribuido a estos profesionales la “autoridad moral” para influir en las decisiones de los/as usuarios/as, incluyéndose dentro de estas el aborto, vulnerando el derecho de las mujeres de elegir con respecto a su maternidad [19].

Al profesional de matronería se le otorga la labor de acompañamiento, contención emocional y explicación de procedimientos a realizar durante la IVE, hechos que coinciden con lo publicado en la Norma Técnica [5].

Los profesionales psicólogos cumplen un rol con enfoque biopsicosocial, centrado en el acompañamiento y la contención de las usuarias, acorde con la definición que entrega un artículo publicado en la Revista Intersecciones (2018) con respecto al rol de la psicología en la Interrupción Legal del Embarazo,

considerando a estos profesionales como aquellos encargados de generar un espacio de reflexión para la toma de decisiones de forma autónoma a través de la escucha activa [20]. Lo anterior se ve ejemplificado en que la dupla psicosocial encargada de la Ley IVE dentro del servicio es quien realiza el primer contacto con la usuaria, la acompaña durante todo el proceso e inclusive posterior al alta, asumiendo un rol más activo en comparación al resto del equipo, lo cual coincide con lo mencionado en la Norma Técnica [5].

Respecto a las diferencias en la perspectiva de género otorgada por personal médico, una revisión bibliográfica publicada en la Revista Sophia Austral (2019) menciona que una mujer como usuaria en el ámbito de la salud no necesita solo la atención de profesionales capacitados, sino también de personas que sean capaces de acompañarla desde la empatía y que le permitan sentirse empoderada para la toma de decisiones sobre su cuerpo [21]. La atención basada en un fin resolutivo que no abarca una dimensión biopsicosocial se traduce en una falta de sensibilización hacia las usuarias, la cual ha sido mencionada por el personal del Área de Maternidad del Hospital en estudio como una carencia del equipo, considerándose como un aspecto a mejorar.

En un estudio realizado en Brasil (2015), se identifica como factor que obstaculiza la atención a una usuaria que se adhiere a la Ley de aborto legal aquellos asociados a valores éticos/religiosos que impiden separar el rol profesional de sus creencias personales [22]. Brasil posee una ley que despenaliza el aborto para las causales: violación, riesgo para la vida materna y feto con anencefalia [22].

En el año 2018 se publicó un estudio realizado en Nepal, dirigido a un equipo de salud proveedor de servicios de aborto, a partir de los resultados de este, se señala que un tercio de los proveedores informó haber negado atenciones a mujeres en contexto de abortos por motivos que no se encuentran respaldados bajo la Ley IVE en su país, dentro de los cuales destacan las creencias religiosas/morales personales de los mismos miembros del equipo [23]. Nepal presenta una legislación desde el año 2002 que permite la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación por cualquier motivo y hasta las 18 semanas de gestación por causa de violación o incesto [23].

Ambas situaciones anteriormente mencionadas se asemejan a la realidad de la sociedad chilena expuesta por las personas entrevistadas en este estudio, donde convergen en los aspectos religiosos/moralistas como parte de los obstáculos para avanzar hacia una IVE sin restricción de causa.

Es importante señalar que independiente de las leyes que amparan a las mujeres para adherirse a una IVE, tanto en Nepal como en Brasil es posible evidenciar que el cuestionamiento de parte de los profesionales se mantiene como una barrera transversal para aquellas mujeres que se acogen a estas leyes [22,23], situación que se evidencia similar a la actual del Hospital de esta investigación.

Impresiona de manera reiterativa en los discursos que las barreras dentro del Hospital de este estudio son generadas, en su mayoría, por profesionales médicos y de género masculino, quienes cuestionan el testimonio de las usuarias y objetan, negándoles el derecho a la atención, cuando el caso se acoge principalmente por la causal tres. Es posible contrastar este resultado con el obtenido por un artículo realizado en el país, el cual describe el porcentaje de objetores en cincuenta y siete hospitales públicos para el año 2021, siendo un 68% de objetores ginecobstetras de género masculino versus un 38% de género femenino [24].

Lerner y Guillaume (2008) señalan que la cultura patriarcal es una de las principales causas de los embarazos no deseados y la aceptación pasiva de estos representa un obstáculo para poder abordar la problemática del aborto [25]. El cuestionamiento hacia la sexualidad de la mujer implica una forma de violencia de género donde las mujeres se ven sometidas a una aceptación de la autoridad masculina en lo que respecta a su decisión sobre la maternidad. Un estudio realizado en Brasil en 2015 señala que la desconfianza hacia la veracidad del discurso de la mujer bajo la causal tres es un determinante para el ejercicio de la interrupción por parte del equipo profesional [22], lo que refuerza la situación de vulnerabilidad de la mujer al momento de la atención.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación de este estudio fue el desarrollo de la investigación en contexto de pandemia SARS-CoV-2 para la realización de las entrevistas, sin embargo, esto no significó un sesgo para los resultados de la investigación.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con la percepción del personal de salud, la implementación de la Ley 21.030 en un comienzo fue difícil debido a aprehensiones de los equipos de salud, principalmente por la incertidumbre respecto al momento de inicio de la vida. Sus integrantes, en general, comparten la visión de que ha existido un avance significativo asociado a la incorporación de profesionales sensibilizados en el resguardo de los DSyR.

La falta de capacitaciones del personal genera desinformación y falta de interés, afectando directamente a la población beneficiaria. Asimismo, el equipo de salud considera necesaria la realización de capacitaciones que incluyan como tema principal la sensibilización del equipo a modo de brindar una atención integral. El personal considera necesaria también la reevaluación de protocolos y normas asociados a la Ley por parte del MINSAL, ya que se han generado valoraciones personales con respecto a la ejecución de estos documentos, en particular, con aquellos relacionados a la OC, lo que se ha traducido en el desarrollo de barreras e impedimentos para garantizar el acceso a la prestación.

En cuanto a otras investigaciones realizadas en Chile respecto a la implementación de la Ley IVE, solo se ha llevado a cabo monitoreos del proceso de atención a través de corporaciones privadas e investigaciones particulares, tal como el mencionado anteriormente de la Mesa de Acción por el Aborto.

A partir de los resultados de este estudio se espera ahondar en las atenciones llevadas a cabo en mujeres que se adhieren a la Ley IVE, con el fin de brindar un manejo integral en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos de nuestras usuarias.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las personas que permitieron llevar a cabo este estudio, entre ellas a las y los profesionales del área de la salud que participaron en esta investigación.

REFERENCIAS

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.** Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera [Internet]. [Acceso 13 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=26453
- Alfaro Monsalve K, Leiva Vargas MJ.** ¿Decisión de mujeres?: El debate político institucional en torno al aborto durante la postdictadura en Chile (1989-2015). *Revista Austral de Ciencias Sociales.* 2015;(28):83-97. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/racs/n28/art05.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.** DFL-725Decreto-725 31-ENE-1968 Ministerio de Salud Pública [Internet]. [Acceso 13 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>
- Nicholls L, Cuestas F. Penalización del aborto: violencia política y abusos de la memoria en Chile. 2018 [citado 3 de julio de 2021];(2):367. Disponible en: www.leychile.cl/Consulta/antecedentes_const_1980
- Subsecretaría de Salud Pública.** Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. [citado 18 de agosto de 2021]; Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional.** Ley-21030 23-SEP-2017 Ministerio de Salud - Ley Chile - [Internet]. [Acceso 18 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>
- Caro-Miranda JJ.** Reflexiones contractuales acerca de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile. *Acta Bioeth.* 2019 [Internet]. [Acceso 18 de agosto de 2021]. 25(2):215-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2019000200215&lng=en&nr m=iso&tlng=en
- Mesa Acción por el Aborto en Chile, Fondo Alquimia.** Informe de Monitoreo Social. Implementación de la Ley de interrupción del embarazo en

tres causales. 2019. [Internet]. [Acceso 24 de agosto de 2021]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rZQP_VXjnnliZkMI65pbxurtxit4FaMz/view

9. Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género. Implementación de la Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: Objeción de conciencia en hospitales públicos y en instituciones y su impacto en el ejercicio de derechos de las mujeres y niñas. 2018. [Internet]. [Acceso 3 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2018/07/HUMANAS-Estudio-Objecio%CC%81n-Conciencia-Ley-IVE-Tres-Causales-Anexo-Julio-2018.pdf>

10. Monje Álvarez, C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa - Guía didáctica. 2011. [Internet]. [Acceso 3 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

11. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Ensayo Enf Neurol (Mex). 2012. [Internet]. [Acceso 25 de septiembre de 2021];11(2):98-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>

12. Hernández R. Metodología de la Investigación Sexta Edic. México; Mc Graw Hill Education. 2014. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

13. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. International Journal of Morphology. 2017. [Internet]. 35(1):227-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en

14. López A. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. Descentrada. 2017 [Internet] [Acceso 25 de septiembre de 2021]; vol. 1. Disponible en <https://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe021/8626>

15. Rugema L, Uwase MA, Rukundo A, Nizeyi-mana V, Mporanyi T, Kagaba A. Las mujeres líderes perciben las barreras y las consecuencias del aborto seguro en Ruanda: un estudio cualitativo. BMC Womens Health. 2023. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023];23(1):1-11. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-023-02366-4>

16. Piekarewicz Sigal M. Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. Rev Bioética Derecho. 2015. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023] (33):3-13. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015000100002

17. Rojas Valderrama C. Proyecto de Ley que establece normas generales en materia de educación sobre sexualidad y afectividad. Boletín 12955-04 Cámara de Diputados de Chile: Primer trámite Constitucional. Cámara de Diputados de Chile; 2019. [Internet] [Acceso 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=50620&formato=p>

18. León-Aguirre DG de, Billings DL, Ramírez-Sánchez R. El aborto y la educación médica en México. Salud Publica Mex. 2008. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023];50(3):258-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Laza-Vásquez C, Castiblanco-Montañez RA. Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José (Bogotá). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2017. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023];35(1):71-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X20170001000071

20. Perrota G. El rol del psicólogo frente a la interrupción legal del embarazo. Revista electrónica de la Facultad de Psicología - Intersecciones. 2018. [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023]; Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=709:el-rol-del-psicologo-frente-a-la-interrupcion-legal-del-embarazo&catid=9:perspectivas&Itemid=1

21. Duran Rojas D, Duarte Hidalgo C. Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: una revisión de la literatura. *Sophia Austral*. 2019. [Internet]. [Citado 28 de junio de 2023]. 24:109. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-56052019000200103

22. Rocha WB da, Silva AC da, Leite SM de L, Cunha T. Percepción de los profesionales de la salud sobre el aborto legal. *Revista Bioética*. 2015 [Internet]. [Acceso 28 de junio de 2023]. 23(2):387-99. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/myRTsNpTbBfTW8dF3TdTKLK/?format=pdf&lang=es>

23. Puri MC, Raifman S, Khanal B, Maharjan DC, Foster DG. Perspectivas de los proveedores sobre la denegación de servicios de aborto en Nepal: un estudio transversal. *Reprod Health*. 2018. [Internet] [Acceso 28 de junio de 2023]. 15(1):170. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0619-z>

24. Montero A, Ramírez-Pereira M, Robledo P, Casas L, Vivaldi L, Molina T, et al. Prevalencia y características de objetores de conciencia a la Ley 21.030 en instituciones públicas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022. [Internet]. [Acceso 26 de junio de 2023]. 86(6). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600521

25. Lerner Sigal S, Guillaume A. La participación de los varones en la práctica del aborto. *Revista Latinoamericana de Población*. 2008 [Internet] [Acceso 28 de junio de 2023]. 1(2):29-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827302002.pdf>

Tabla 2: Pauta de entrevista semiestructurada validada / Validated semi-structured interview guideline

1. En el debate sobre el aborto, la discusión de fondo es cuándo comienza la vida, ¿cuál es su respuesta frente a esa interrogante?
2. En relación al aborto en las tres causales enmarcadas en la Ley 21.030, las cuales son: peligro para la vida de la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo producto de una violación, respectivamente. ¿Cuál es su postura frente a estas?
3. Desde la promulgación de la Ley 21.030 el año 2017, ¿Cuál ha sido el impacto que ha tenido la Ley IVE con respecto a la implementación de esta dentro del Hospital?
4. ¿Cuál consideraría que es el principal motivo que impide el aborto legal, sin restricción de causa, en Chile?
5. ¿Cuál es su postura personal frente a la necesidad de legislar por un aborto libre en Chile?
6. Si en estos momentos se legalizara el aborto en Chile, ¿cómo considera la preparación de los establecimientos de salud a fin de poder brindar una atención en este contexto de salud?
7. ¿Cómo fue el proceso de transición, dentro del Hospital, durante la implementación de la Ley 21.030? Desde que se les dio a conocer información respecto a la Ley hasta el comienzo de su implementación dentro del Hospital
8. ¿Cómo ha sido el apoyo desde las redes del MINSAL para la implementación de la Ley N°21.030 en su establecimiento de trabajo?
9. ¿Cuál es su labor en el ámbito de la Ley IVE dentro del hospital y cómo ha sido su preparación para desempeñar este rol?
10. ¿Cuál cree que es la mayor barrera de acceso dentro del Hospital para las mujeres que optan por llevar a cabo un aborto dentro de las tres causales: peligro para la vida de la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo producto de una violación, respectivamente?
11. ¿Qué medidas toman ustedes como profesionales a cargo para disminuir estas barreras de acceso?
12. ¿Cuál es su conocimiento respecto a la Norma técnica, Programa de acompañamiento y/u Orientaciones para llevar a cabo una atención de interrupción voluntaria del embarazo?
13. ¿Me puede describir el acompañamiento que reciben las mujeres al momento de acceder a esta prestación y quiénes son los profesionales a cargo de llevar a cabo este proceso?
14. ¿Me puede describir la o las capacitaciones que ha recibido usted en relación al aborto en tres causales?
15. ¿Qué ámbitos considera necesarios de abarcar al momento de realizar una capacitación respecto a la atención de una usuaria bajo la Ley IVE?
16. ¿Cuál es su percepción con respecto a la objeción de conciencia?
17. A su juicio ¿cómo deberían hacerse cargo las instituciones de salud respecto al ejercicio de la objeción de conciencia?
18. Considerando que el Hospital presenta un 86.5% de médicos obstetras objetores de conciencia, ¿Qué opina con respecto a que el Estado debiera regular el ejercicio de profesionales objetores dentro del establecimiento?

Elaboración Propia

Descolonización del currículo en matronería: una reflexión crítica para la justicia reproductiva en salud.

Decolonization of the midwife curriculum: a critical reflection for reproductive justice in health.

Jovita Ortiz-Contreras¹, Maribel Mella Guzmán²

¹ Profesora Asociada. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile.

² Profesora Asistente Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Universidad de Chile.

*Autor para correspondencia: mamella@uchile.cl

RECIBIDO: 12 de Enero de 2024
APROBADO: 03 de Octubre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4116

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Partería, Descolonización, Justicia Reproductiva.

Key words: Midwifery, Decolonization, Reproductive Justice.

RESUMEN

La matronería enfrenta desafíos contemporáneos que exigen una actualización crítica de su currículo. La urgencia de descolonizar la educación en matronería surge de la necesidad de superar las injusticias derivadas de la era colonial, manifestadas en violencia, racismo y eurocentrismo. La colonización impactó la medicina mediante la imposición del pensamiento científico occidental, que se traduce en sistemas de salud que reflejan la exclusión y explotación, perpetuando desigualdades y deshumanización. En matronería, la falta de representación cultural refuerza estigmas y desigualdades sistémicas e ignora prácticas tradicionales.

Descolonizar el currículo en matronería es esencial para abordar inequidades y mejorar la atención, reflejando un esfuerzo por reconocer y corregir los desequilibrios y las injusticias que legó ese proceso de dominación. Aunque desafiante, esto es fundamental para asegurar una atención inclusiva y equitativa en salud reproductiva, de manera de hacer efectiva la justicia reproductiva abordando desigualdades sistémicas en el acceso y control de re-

cursos reproductivos, considerando una mirada de interseccionalidad. Este ensayo reflexivo expone una postura crítica que aboga por la necesidad de modificar el currículo en matronería, como un paso fundamental para la formación de profesionales que centren su atención en las necesidades de las mujeres con un amplio sentido de justicia.

ABSTRACT

Midwifery faces contemporary challenges that require a critical update of their resume. The urgency to decolonize midwifery education arises from the need to overcome the injustices derived from the colonial era, manifested in violence, racism and Eurocentrism. Colonization impacted medicine through the imposition of Western scientific thought that translates into health systems that reflect colonial exclusion and exploitation, perpetuating inequalities and dehumanization. In midwifery, the lack of cultural representation reinforces systemic stigmas and inequalities and ignores traditional practices.

Decolonizing the midwifery curriculum is essential to address inequities and improve care, reflecting an effort to recognize and correct the imbalances and injustices bequeathed by colonialism. Although challenging, this process is crucial to ensure inclusive and equitable reproductive health care, in order to make reproductive justice effective by addressing systemic inequalities in access and control of reproductive resources, considering an intersectionality perspective. This reflective essay exposes a critical position that advocates the need to decolonize the midwifery curriculum as a fundamental step for the training of professionals who focus their attention on the needs of women with a broad sense of justice.

INTRODUCCIÓN

La partería, una de las disciplinas más antiguas en la atención de la salud, enfrenta desafíos modernos que requieren una actualización crítica y ética de su currículo. El respeto de los Derechos Humanos requiere que las matronas y matrones de Chile sean agentes competentes culturalmente y sensibles a las múltiples realidades que afectan sistemáticamente el ejercicio de estos derechos (1). Uno de los desafíos es reconocer las brechas curriculares que existen para ello y reflexionar respecto a la necesidad, particularmente en Chile, de descolonizar la educación en matronería, vale decir, reconstruir la formación desde una perspectiva global, eliminando los sesgos coloniales de la educación (2,3). Sesgos que se representan a través del epistemocentrismo europeo, que niega otras formas de conocimiento, como la de los pueblos originarios, reproduciendo formas de racismo y constituyéndose como una forma de violencia epistémica, además niega la otroidad y se asienta en valores patriarcales (3), aspectos de los que es necesario reflexionar en el ejercicio y formación de matronas y matrones, de manera de avanzar en derechos sexuales y reproductivos, pero principalmente en justicia reproductiva.

El currículo no es simplemente un conjunto de cursos y contenidos, el currículo es un proceso y una práctica que encuentra significado en el compromiso crítico y la transformación y que, por lo tanto, se encuentra en disputa al cuestionar lo que considera conocimiento (4). Es también una práctica social contextualizada y política, que requiere ser observada críticamente desde las estructuras socio-históricas que la determinan (5). Siguiendo

estas ideas, se desprende la necesidad de revisar la formación profesional de matronas y matrones, reconociendo estas influencias que determinan lo que se considera conocimiento, de manera de dar paso a descolonizar y reconstruir las instituciones de salud y sistemas de conocimiento que reconozcan el impacto histórico, cultural y social que el periodo y sistema colonial impuso a través de un modelo asimétrico y hegemónico (1,6,7).

La descolonización es profundamente importante para la salud, toda vez que el proceso de colonización instaló la práctica de un modelo paternalista y jerárquico, que generó un sistema social de menos-cabo de ciertas poblaciones, como la indígena en Latinoamérica, al considerarlos bárbaros y tutelables. Esto fue reflejado en la constitución de las clases sociales, sustentando un sistema vertical, que sitúa a ciertas personas en la cúspide y que deja totalmente relegados a indígenas y población afrodescendiente (8). El eco de esta conformación ha trascendido en salud, mediante la inequidad, dificultad de acceso a prestaciones y prejuicios que se mantienen hasta el día de hoy (8) y que son vestigios epistémicos y socioculturales de la matriz de poder instalada desde el periodo colonial. En consecuencia cuando se habla de colonialismo hay un énfasis analítico y crítico que reconoce la involuntariedad, dominación, alineación y asimetría de las estructuras políticas, injusticia social, exclusión cultural y marginación geopolítica (6) que en medicina se ve reflejada desde la experimentación con poblaciones esclavizadas y la codificación de la ciencia racial, hasta el arraigo del pensamiento científico occidental en la práctica médica y la norma de los cuerpos masculinos blancos en la anatomía y el diseño de estudios clínicos (9).

Además, se observa como los sistemas de salud modernos están moldeados por la exclusión y la explotación heredadas del colonialismo, que persisten en las medidas sanitarias actuales defectuosas, como el índice de masa corporal, y en desigualdades estructurales en salud donde se refleja la invisibilidad y la deshumanización como resultados de la colonialidad (9,10). En relación a ello, la descolonización en la formación sanitaria puede contribuir a favorecer un cambio institucional radical (11,12), es decir, reconocer el rol político y transformador de la educación, donde se valore y fomente la coexistencia de lo múltiple, superando la jerarquización enraizada en el sistema de salud, teniendo en cuenta las necesida-

des que van más allá del mercado profesional, con un amplio sentido ético de lo humano que considere la alteridad como aquella forma de inclusión de las culturas subalterizadas, las infancias, las juventudes, las diversidades-disidencias y, por qué no decirlo de las mujeres. Además, esto implica superar la hegemonía europeo-norteamericana, favoreciendo otros pensamientos, subjetividades, experiencias y memorias excluidas (9).

En línea con lo anterior, la descolonización requiere restablecer significativamente el poder y la agencia de las epistemologías étnicas, migrantes y no occidentales, grupos usualmente marginados por la narrativa eurocéntrica (9). La colonización no es sólo un evento histórico aislado; sus repercusiones siguen afectando a las comunidades a través de la educación y la atención a la salud.

Siendo la matronería una disciplina que aboga por los derechos humanos, sexuales y reproductivos, la falta de representación cultural y diversidad en sus currículums, refuerza estigmas y desigualdades sistémicas que impactan en la satisfacción de las personas y en sus derechos humanos básicos. En la actualidad, la matronería se enfrenta a grandes desafíos para mejorar la calidad de atención de las mujeres, vista esta no solo desde la provisión de atención, sino también desde lograr la satisfacción de las personas (13). Sin embargo, para ello es fundamental lograr una coherencia en la trayectoria de la formación profesional de quienes proveen dicha atención, de tal manera que se encuentre alineada con el modelo de partería centrada en las personas y en su experiencia positiva (14,15). Para ello, es fundamental revisar y actualizar los currículos educativos y la estructura organizativa de las instituciones, enfocándose en aquellos factores que la colonización grabó por siglos en nuestra formación universitaria y en particular en la profesión (2).

Lo anterior impacta en la “Justicia Reproductiva”, entendida como el abordaje de las desigualdades en el acceso y control sobre los recursos y decisiones relacionados con la salud y los derechos reproductivos, basada en una comprensión más amplia de la justicia social y los derechos humanos. La justicia reproductiva pone su énfasis en la interseccionalidad, reconociendo cómo las diferentes identidades y experiencias (como la raza, la clase, la sexualidad y la capacidad) intersectan y afectan el acceso a los derechos y servicios reproductivos (16). Este enfoque busca abordar no sólo las cuestiones individuales de

elección y acceso, sino también las estructuras sociales, económicas y políticas más amplias que crean desigualdades y limitan la autonomía reproductiva (17).

Frente a estos desafíos, ha emergido un movimiento decidido a descolonizar el currículo en salud reproductiva. Este movimiento busca una revisión crítica y una transformación de los programas y sistemas de formación y prácticas en el ámbito de la partería (18,19). El objetivo es integrar y valorar un espectro más amplio de conocimientos y enfoques, poniendo especial énfasis en aquellos provenientes de grupos, culturas y tradiciones que, a lo largo de la historia, han sido marginadas o pasadas por alto.

Este ensayo respalda una postura crítica y aboga por un enfoque exhaustivo en la necesidad de descolonización del currículo en matronería en Chile como un paso fundamental para la formación de profesionales que centren su atención en las necesidades de las mujeres con un amplio sentido de justicia reproductiva.

REFLEXIÓN: COLONIALISMO Y MATRONERÍA

La colonización en salud reproductiva y en el currículo se refiere a la influencia de conceptos, prácticas y estructuras de poder históricamente arraigadas en el colonialismo, que han moldeado la educación y la prestación de servicios en el campo de la salud reproductiva (20). Este concepto abarca varios aspectos interrelacionados emanados desde una influencia histórica y cultural en la cual las potencias colonizadoras impusieron sus propios sistemas de conocimiento, creencias y prácticas médicas, a menudo despreciando o subyugando los sistemas de conocimiento y prácticas de salud locales, donde lo sanitario se vuelve un cómplice de esta influencia (9). Esto llevó a una predominancia de perspectivas médicas occidentales que a menudo ignoran o minimizan la validez de las prácticas tradicionales, así como despojaron a las mujeres de su propiedad del proceso reproductivo.

En el contexto de la formación en matronería, el currículo ha estado históricamente influenciado por estos legados coloniales. Esto se manifiesta en la episteme y estructura de la enseñanza en partería (2) y en prácticas de salud reproductiva

las cuales priorizan enfoques biomédicos occidentales, mientras margina o ignora las prácticas tradicionales, silenciando saberes ancestrales. Establece como criterios de salud y normalidad lo blanco (hombre blanco) ignorando la diversidad de anatomías, por ejemplo, lo que ocurre al clasificar una pelvis como normal o en la forma que se expresan descriptores de salud, a saber “recién nacido rosado o pálido” cuando esta descripción no se ajusta a la sana diversidad que se puede presentar (1,21).

A sí mismo ignora la influencia interseccional que recae sobre poblaciones marginadas y sobre los mismos sanitarios al prestar atención en salud a estas poblaciones, o en su defecto, impregna discursivamente en los currículos la integración de estos, sin dar cuenta de ellos en la práctica profesional. En consecuencia, la sombra del colonialismo se extiende ampliamente sobre el terreno de la salud reproductiva, marcando profundamente la forma en que se percibe y se proporciona la atención en este ámbito. A menudo, esta influencia se traduce en un enfoque restringido que no logra captar en su totalidad las necesidades, derechos y contextos culturales variados de las mujeres de distintas procedencias. Como resultado, la atención brindada no refleja en la práctica la inclusión, empatía y respeto por la diversidad y autonomía femenina (22).

Por su parte, la colonización se refleja también en el ejercicio del poder y autoridad médica, en donde la imposición de estas estructuras se traduce en una jerarquía en la práctica de la salud reproductiva que a menudo subordina o invalida el conocimiento según estructuración jerárquica en cascada, la cual afecta a matronas, matrones, estudiantes y mujeres (2,18). Como se aprecia, en el ámbito de la matronería, el proceso de reflexión y acción para abordar los legados coloniales, el impacto del 'currículo oculto', y promover la diversidad y la inclusión, se revela como un camino tanto necesario como desafiante. La herencia de las perspectivas eurocéntricas ha moldeado de manera significativa el currículo de matronería (9). Este sesgo no solo afecta la formación, sino que también refuerza inequidades en la atención sanitaria, impactando negativamente la salud de las mujeres a las que se atiende (18).

La descolonización del currículo en este campo implica mucho más que una simple expansión de contenidos; requiere una valoración genuina de prácticas naturalizadas y una reevaluación crítica de los fundamentos actuales de la matronería. Este proceso busca dismantelar las estructuras de poder obsoletas y abrir paso a un enfoque más inclusivo y representativo. Por su parte, el 'currículo oculto', con su capacidad de perpetuar prejuicios y estereotipos, plantea un desafío adicional, ya que moldea las actitudes y comportamientos de manera sutil, pero poderosa. Abordar estos aspectos implícitos es fundamental para crear un entorno educativo que sea verdaderamente inclusivo y consciente de la diversidad (23,24).

Descolonizando el curriculum:

El “giro descolonial” en la educación superior, y en particular en los planes de estudio de matronería, no es un proceso sencillo e indiscutible (25), es un proceso donde la descolonialidad es una forma de estar y observar la realidad e interrogar permanentemente sobre las formas de conocimiento, esto sitúa en parte la complejidad de lo que implica esta tarea, interpelando hacia una educación empoderadora y crítica (26).

Un currículo inclusivo y diverso no solo enriquece la experiencia educativa de futuros matronas y matrones, sino que también les prepara para ofrecer una atención respetuosa y adecuada a una amplia gama de individuos, reconociendo y valorando la diversidad de prácticas y conocimientos de diferentes culturas y comunidades, así como las diversidad de necesidades y posicionamientos sociopolíticos e históricos desde los cuales se configuran las personas en salud (9,16). Además, un enfoque integral en la justicia reproductiva, que incluya no solo aspectos clínicos, sino también factores socioeconómicos, sociopolíticos y culturales, es fundamental para abordar los desafíos de la salud reproductiva de manera holística (16).

En este contexto, las opiniones sobre cómo implementar la descolonización del currículo varían y reflejan distintos modelos y filosofías de atención. Algunos expertos sugieren una integración progresiva de diversas perspectivas, incluyendo elementos del modelo biomédico, mientras que otros abogan por una revisión más radical, proponiendo un mo-

delo que priorice la justicia en el centro de la atención. En educación superior existen iniciativas que apuntan hacia la descolonización de la enseñanza ampliando los cánones de conocimientos, es decir, ampliar el espectro de conocimiento legítimo en una disciplina, en este caso de la matronería, desafiar las relaciones de poder y jerarquías (27). Esto resulta particularmente importante en salud, reconociendo y legitimando la participación y la contribución de todo tipo de conocedores, no sólo de quienes se encuentran en posiciones tradicionales de poder. Reconocer y valorar conocimientos locales y tradicionales, sin ir en desmedro de los occidentales, pero teniendo en cuenta la riqueza y representatividad de diversas perspectivas, utilizando el emplazamiento como estrategia pedagógica, conectando la formación con el contexto local y cultural, de esta manera generar una educación situada y significativa.

Esta diversidad resalta la complejidad del proceso de descolonización y la importancia de adaptar el currículo no sólo en sus contenidos, sino también en la forma en que se imparte y práctica, para que refleje una gama más amplia de experiencias y necesidades (2,18). A esto se suma el desafío de la coherencia y cómo instituciones formadoras y centros clínicos dialogan para transmitir, pero sobre todo para encarnar este modelo.

En última instancia, el objetivo es formar profesionales de la salud que no sólo sean competentes en su campo, sino que también actúen como agentes de cambio, impulsando una atención en salud más equitativa y justa. Los pasos hacia esta descolonización incluyen la inclusión de epistemologías diversas, una educación interseccional que reconozca la influencia de la raza, el género y la clase social en la salud reproductiva, y una participación comunitaria activa para asegurar que las voces marginadas sean escuchadas y valoradas. En conjunto, estos esfuerzos representan un paso adelante en la creación de sistemas de atención en salud que sean verdaderamente justos, inclusivos y efectivos.

CONCLUSIÓN

La descolonización del currículo en matronería es un paso vital hacia la justicia reproductiva y la inclusión en salud. Este proceso requiere un compromiso sostenido y crítico para reformar las estructuras de poder establecidas y promover una atención

más inclusiva y equitativa. Aunque presenta desafíos, es fundamental reflexionar y actuar al respecto, para asegurar que la atención en matronería responda adecuadamente a las necesidades de todas las mujeres, respetando su diversidad y derechos.

Así, la descolonización en el campo de la salud reproductiva y en su currículo aspira a ser mucho más que un mero ajuste curricular, académico o profesional. Se trata de un esfuerzo consciente por reconocer, abordar y corregir los desequilibrios y las injusticias que son legados implícitos del colonialismo aún imperante en muchas sociedades, y en este caso específico en la chilena. Diagnosticar y reconocer en qué medida los currículos de obstetricia se encuentran permeados por estructuras de arraigo colonial, es un paso fundamental para iniciar la descolonización sustantiva en la formación y ejercicio de profesionales de matronería en Chile.

REFERENCIAS

1. **Beckford-Procyk C.** Should we Decolonise Midwifery Education? *Pract Midwife*. 2020 Nov 1;23(10).
2. **Royal college of midwives.** Decolonising midwifery. Education toolkit. 2023.
3. **Solano-Alpizar J.** Descolonizar la educación o el desafío de recorrer un camino diferente. *Revista Electrónica Educare*. 2015 Jan 1;19(1).
4. **O'Connor K.** Understanding Curriculum in Higher Education. In 2022. p. 33-45.
5. **Cornbleth Catherine.** Curriculum in Context. Michigan: Falmer Press; 1990. 2010.
6. **Estermann J.** Colonialidad, descolonización e interculturalidad: Apuntes desde la Filosofía Intercultural. *Polis (Santiago)*. 2014 Aug;13(38):347-68.
7. **Quijano A.** Coloniality and Modernity/Rationality. *Cultural Studies*. 2007 Mar 3;21(2-3):168-78.
8. **Gracia D.** The Historical Setting of Latin American Bioethics. In: Pessini L, Paul de Barchi-fontaine C, Lolas Stepke F, editors. *Ibero-American Bioethics*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2010. p. 3-20.

9. **Espinel Vallejo M.** Colonialismo médico: el papel del discurso y de las prácticas médicas y psiquiátricas en la configuración del poder colonial en África durante los siglos XIX y XX. 2022.
10. **Maldonado-Torres N.** On The Coloniality Of Being. *Cultural Studies*. 2007 Mar 3;21(2-3):240-70.
11. **Argüello A, Anctil P.** Decolonialidad y educación: epistemologías y experiencias desde el sur global. *Sinéctica Revista Electrónica de Educación* [Internet]. 2019; Available from: www.sinectica.iteso.mx
12. **Cabaluz-Ducasse JF.** Pedagogías críticas latinoamericanas y filosofía de la liberación: potencialidades de un diálogo teórico-político. *Educación y Educadores*. 2016 May 1;19(1):67-88.
13. **Tuncalp O, Were W, MacLennan C, Oladapo O, Gulmezoglu A, Bahl R, et al.** Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. 2015.
14. **Organización Mundial de la Salud.** Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Resumen de orientación. 2016.
15. **World Health Organization.** WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 200 p.
16. **Onwuachi-Saunders C, Dang QP, Murray J.** Reproductive Rights, Reproductive Justice: Redefining Challenges to Create Optimal Health for All Women. *J Healthc Sci Humanit*. 2019;9(1):19-31.
17. **Parker WJ.** The moral imperative of reproductive rights, health, and justice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Jan;62:3-10.
18. **Eichbaum QG, Adams L V., Evert J, Ho MJ, Semali IA, van Schalkwyk SC.** Decolonizing Global Health Education: Rethinking Institutional Partnerships and Approaches. *Academic Medicine*. 2021 Mar 28;96(3):329-35.
19. **John Pendleton, Claire Clews, Aimee Cecile.** The experiences of black, Asian and minority ethnic student midwives at a UK university. *British Journal of Midwifery* [Internet]. 2022 May 2 [cited 2024 Jan 10]; Available from: <https://www.britishjournalof-midwifery.com/content/research/the-experiences-of-black-asian-and-minority-ethnic-student-midwives-at-a-uk-university>
20. **Fahy K.** An Australian history of the subordination of midwifery. *Women and Birth*. 2007 Mar;20(1):25-9.
21. **Niemczyk NA, Sokunbi A, Reale B.** Decolonizing the midwifery curriculum: Jettisoning the Caldwell-Moloy pelvic types. *Birth*. 2024 Jan 24;
22. **Lokugamage AU, Robinson N, Pathberiya SDC, Wong S, Douglass C.** Respectful maternity care in the UK using a decolonial lens. *SN Social Sciences*. 2022 Dec 4;2(12):267.
23. **Brown CC, Adams CE, Moore JE.** Race, Medicaid Coverage, and Equity in Maternal Morbidity. *Women's Health Issues*. 2021 May;31(3):245-53.
24. **Iradukunda F, Canty L.** Decolonizing nursing education and research to address racial disparities in maternal health. *J Adv Nurs*. 2023 Jul 7;79(7):2465-9.
25. **Hayes A, Luckett K, Misiaszek G.** Possibilities and complexities of decolonising higher education: critical perspectives on praxis. *Teaching in Higher Education*. 2021 Nov 17;26(7-8):887-901.
26. **Mignolo WD, Walsh CE.** On Decoloniality: Concepts, Analytics, Praxis. *Duke University Press*; 2018.
27. **Morreira S, Luckett K, Kumalo SH, Ramgotra M.** Confronting the complexities of decolonising curricula and pedagogy in higher education. *Third World Thematics: A TWQ Journal*. 2020 Mar 3;5(1-2):1-18.

Rol de la Matronería en el manejo de Pesario: Una práctica para reflexionar.

Role of Midwifery in Pessary management: A practice for Reflection.

Alejandro Hernández-Escobar¹, Francisca Aguilar-García²

¹ Matrón, Magíster en Afectividad y Sexualidad, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián Sede De la Patagonia, Puerto Montt.

² Matrona, Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud, Especialista en Ginecología, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

*Autor para correspondencia: alejandro.hernandez@uss.cl

RECIBIDO: 24 de Enero de 2024
APROBADO: 04 de Octubre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4140

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.
ESTE ARTÍCULO DERIVA DE UN TRABAJO DE ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA MENCIÓN PISO PÉLVICO

Palabras claves: Matronería, Matrona, Pesario, Manejo.

Key words: Midwifery, Midwife, Pessary, Management.

RESUMEN

Los pesarios son dispositivos de material plástico o silicón que se introducen por vía vaginal y funcionan como soporte u ocupadores de espacio para evitar el Prolapso de Órganos Pélvicos, siendo el tratamiento de primera línea para usuarias que presentan signos y/o síntomas de prolapso genital y/o Incontinencia de Orina que no pueden optar o no desean un tratamiento quirúrgico. Actualmente la indicación del uso de pesario es por profesional médico Uro-ginecólogo; sin embargo, el manejo de este dispositivo podría ser parte del rol de Matronería. En este sentido, la Matrona o Matrón presenta todas las competencias para poder realizar un examen ginecológico, lo que hace que sea un profesional idóneo para el manejo del pesario. En Chile varios hospitales cuentan con la unidad de Piso Pélvico. No obstante, se evidencia un vacío en el rol de Matronería en el manejo del pesario, por lo que se plantea la necesidad de destacar este control de salud uroginecológica tan importante para aquellas mujeres que vivencian una disfunción de su Piso Pélvico. Es por lo anterior, que a continuación se efectúa una

reflexión para fundamentar a través de la literatura la importancia del rol de la Matronería en el manejo del pesario.

ABSTRACT

Pessaries are devices made of plastic or silicone which are inserted vaginally and work as support or space occupier to prevent Pelvic Organ Prolapse. There are the first-line treatment for users who present signs and/or symptoms of genital prolapse and /or Urinary Incontinence who cannot opt for or do not want surgical treatment. Currently, a Urogynecologist medical professional is who can prescribe the use of a pessary; however, the management of this device could be part of the role of Midwifery. In this sense, the Midwife has all the skills to be able to perform a gynecological examination, which makes her an ideal professional for handling the pessary. In Chile, several hospitals have a Pelvic Floor unit. However, a gap is evident in the role of Midwifery in the management of the pessary, which is why there is a need to highlight this urogynecological health control that is so important for those women who

experience a dysfunction of their Pelvic Floor. Based on the previous scenario, a reflection is carried out below to substantiate through literature the importance of the role of Midwifery in the management of the pessary.

INTRODUCCIÓN

El Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) es una disfunción frecuente del Piso Pélvico (PP), especialmente en mujeres posmenopáusicas (1). En ese sentido, dado que la esperanza de vida de las mujeres está aumentando, el POP afectará a más mujeres en el futuro, estimándose un aumento en su incidencia en casi un 50% para el 2050 (1, 2).

Entre los tratamientos no quirúrgicos se encuentra el pesario, el cual es un dispositivo clave para el manejo conservador de patologías propias del PP, siendo en la actualidad un tratamiento de primera línea para el tratamiento de POP sintomático debido a su eficacia y seguridad. Así lo reafirma una encuesta realizada por la American Urogynecologic Society, señalando que casi dos tercios de los médicos estadounidenses elegirían esta forma de manejo del POP sintomático (3). En cuanto a las funciones principales del pesario, este puede brindar soporte a las estructuras pélvicas reduciendo la sintomatología producida por el POP. Lo anterior cobra relevancia en usuarias que por algún motivo no pueden acceder a un tratamiento quirúrgico, ya sea por comorbilidades que contraindiquen la cirugía o porque la usuaria no desea un manejo quirúrgico. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la cirugía de POP e histerectomía previa son factores de riesgo para el fallo en la acomodación del pesario (4,5).

En la actualidad existen varios tipos de pesario, los cuales se clasifican en: pesarios de soporte (anillos, de palanca, Gehrung y Shaatz) y pesarios de ocupadores de espacio (Gellhorn, dona, cubo, inflable y esférico). Los primeros pueden ser utilizados en cualquier estadio del POP y son más fáciles de manipular, permitiendo el coito con pesario in situ; y los segundos son aquellos que se usan en prolapsos estadio III y IV (4). Estos pesarios se eligen en cuanto a la evaluación de los antecedentes clínicos y de las características físicas de la usuaria, severidad y estadio del POP, presencia o ausencia de útero y/o Incontinencia de Orina (IO) (6).

En Chile, actualmente un gran número de hospitales cuenta con unidades especializadas en PP en nivel secundario, en donde existe el uso y manejo conservador del pesario en POP. Allí la Matrona o Matrón cumple un rol fundamental, ya que se encarga de los controles de pesario, lo cual implica una anamnesis exhaustiva y un control ginecológico completo, realizando actividades como evaluación de la sintomatología inmediata referida por la usuaria, extracción, lavado, inserción y/o recambio de pesario, ya sea de soporte o de ocupadores de espacio, reeduca sobre su manejo y uso, refuerza indicaciones médicas como el uso de estrógenos locales, lubricantes y/o humectantes, y por último, educa sobre signos y síntomas para acudir a urgencia en caso de ser necesario.

Estas actividades son escasamente visibilizadas como parte del rol de la Matronería, siendo un desafío para la profesión si se considera que la población envejecida va en aumento, lo que al asociarse a factores de riesgo como la edad, la obesidad, la paridad y específicamente el parto vaginal, podrían incidir en un mayor impacto en el desarrollo de patologías propias del PP (7), los que requerirán probablemente el uso de pesario. En base a lo anteriormente mencionado, este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la práctica del rol de la matronería en el manejo de pesario.

REFLEXIÓN

Históricamente, los pesarios han sido indicados e instalados por médicos dedicados a la atención de la mujer, sin embargo, el tratamiento de las disfunciones del PP con pesarios puede ser manejado por otros profesionales, destacando a la Matronería como la profesión dedicada a la atención de la salud de la mujer (8). La evidencia internacional muestra que, en el caso de Australia, son matronas, médicos y fisioterapeutas quienes proporcionan la atención en el manejo de pesario (9). En el caso de Chile es el profesional Médico especialista en Uro-ginecología quien indica el uso y manejo de este dispositivo.

En este sentido, el rol de la Matronería cobra relevancia, puesto que una de sus funciones clínicas es establecer los controles de pesario, siendo a la semana y un mes post introducción; posteriormente cada dos meses o a solicitud de la usuaria por cualquier molestia (10). Esto contribuiría a la pesquisa oportu-

na de las complicaciones que se podrían generar con el uso de pesario y así derivar oportunamente a consulta médica por especialista en caso de requerirse.

Entre las consultas más frecuentes están las relacionadas a la erosión y ulceraciones vaginales; también puede haber un aumento de flujo vaginal, expulsión del pesario, entre otras (11). Estas presentan baja incidencia y en su mayoría se asocian al incumplimiento de las indicaciones médicas o a la pérdida de seguimiento de controles por parte de la usuaria (11).

Es importante mencionar que, una vez instalado el pesario, se recomienda motivar a las usuarias a aprender sobre su autogestión, explicando los beneficios que tiene, así como definir un tiempo de atención que garantice a la persona poder comprender las indicaciones médicas, a través de la entrega de folletos educativos para lograr el uso exitoso y el autocuidado de su pesario posterior al control clínico (12).

Por lo tanto, se puede reflexionar que la efectividad del tratamiento puede verse condicionada por aspectos como la experiencia clínica del o la profesional que realiza la atención en la instalación, el apoyo, y seguimiento del uso de pesario, además de las condiciones asociadas a la usuaria como, por ejemplo, la inasistencia a su control de pesario (13,14). Sin embargo, actualmente hay un limitado consenso de capacitaciones estandarizadas en cómo se deben manejar adecuadamente los pesarios. Por tal motivo, se puede señalar que los profesionales de la salud dependen en gran medida de su experiencia clínica o de la literatura proporcionada por los fabricantes de pesario en lugar de evidencia científica sólida (15), relevando la necesidad de una formación continua desde las instituciones formadoras en cuanto al uso y manejo de pesario. Esto permitiría protocolizar la atención que le brindan los profesionales de la salud a las usuarias que requieren este dispositivo, lo que podría prevenir complicaciones y eventos adversos en su manejo clínico.

El profesional matrona o matrón cuenta con una formación académica que contempla el curso de vida de la mujer con enfoque en derechos, equidad, interculturalidad, y género en salud (16, 17) reconocida en programas ministeriales de salud. Esta formación le permitirá adquirir competencias cognitivas y procedimentales sobre anatomía pélvica femenina, patologías y procedimientos ginecológicos, entre otros,

para la pesquisa temprana y manejo de lesiones vaginales más comunes como, por ejemplo, erosiones y úlceras, mediante la técnica de especuloscopia.

Por otro lado, el profesional de matronería brinda actividades de educación como la consejería frente a factores de riesgo y protectores que podrían incidir en el uso efectivo o no del pesario (18), sugiriendo educar sobre el manejo de este tipo de dispositivo, sus ventajas y desventajas, con el fin de disminuir la ansiedad de la usuaria, así como entender su proceso de uso (19). No obstante, se han observado algunas limitaciones para otorgar dichas prestaciones clínicas en el manejo de pesario, como el tiempo definido en el rendimiento de la atención clínica, la carencia de oportunidades de formación continua, reconocimiento y remuneración para realizar capacitaciones y la adquisición de pesarios en la Unidad del PP (18).

Por otro lado, es relevante señalar que el pesario no tendría que causar ninguna molestia, y si la usuaria la refiere se sugiere derivar a médico especialista para reevaluar el pesario en cuanto a su talla y tipo (19). Por lo tanto, se recomienda que el profesional de matronería establezca una comunicación eficaz con las usuarias y pueda supervisar su evolución adecuadamente, lo que favorece la adherencia al tratamiento y el éxito del uso del pesario (20,21). En el caso de aquellas usuarias que no deseen la autogestión de su pesario, se sugiere un programa de controles periódicos con Matrona o Matrón cada 2-3 meses, en el que el pesario se extrae y limpia, luego se inspecciona la vagina a través de un examen ginecológico en busca de abrasiones y de ulceraciones. Posteriormente se vuelve a insertar el pesario ya limpio hasta la próxima consulta (21,22).

Lo anterior se sustenta en la vasta experiencia clínica en el área de la ginecología y salud pélvica de la mujer que tienen Matronas y Matrones, y que bien señala el Programa Nacional de la Mujer en cuanto al control ginecológico preventivo. Entre sus objetivos destaca la prevención y detección precoz de afecciones ginecológicas y alteraciones de la esfera emocional y/o sexual (23), quedando respaldado en la realización de 220.163 controles ginecológicos y de climaterio a mujeres entre 45 y 80 años y más durante el año 2020 (24), lo cual se relaciona directamente con el posible uso y manejo de pesario. Por lo que se recomienda fortalecer la formación académica continua en el manejo del pesario para dar una

atención integral a las usuarias, sobre todo aquellas donde es más difícil acceder a un tratamiento quirúrgico o a una atención por profesional médico especialista en el área.

Este quehacer profesional se vislumbra como una propuesta para ser incorporada a las funciones clínicas de Matronería dentro de las prestaciones de atención en PP en el código sanitario chileno, tal como es el caso de España en donde existe un/a profesional no médico que cumple con las mismas funciones que la Matronería realiza, y están descritas bajo resolución sanitaria 15/2018 y jurídica-legal en el área de la uroginecología, como el uso y manejo de cateterismo vesical, aplicación de cartilla miccional y cuestionarios de salud pélvica, manejo de pesarios, entre otros (25). Por lo tanto, el rol de la Matronería en el manejo de pesario podría incorporarse en un trabajo sistematizado a través de la protocolización de sus funciones acorde a un plan de trabajo (26), así como también, se recomienda especificar en dicho protocolo aquellas situaciones clínicas que requieran derivación a una atención médica especializada en PP.

CONCLUSIÓN

La Matronería es una profesión que cobra relevancia en cuanto a la salud de las mujeres en etapa postmenopáusicas, puesto que a esta edad muchas de ellas podrían experimentar alguna disfunción de su PP. Por lo que se destaca la importancia del manejo conservador en POP a través del uso de pesario.

Se sugiere contar con condiciones favorables para mejorar la calidad de atención que se les ofrece a las usuarias, considerando aumentar el tiempo de la atención clínica, en donde se pueda realizar una anamnesis exhaustiva, extracción de pesario, control ginecológico, inserción de pesario, educación, y registro clínico completo. Esto se fundamenta, en que la mayoría de las usuarias son personas mayores, lo cual retrasa la atención clínica. Además, si se considera el tipo de pesario, sea de soporte u ocupadores de espacio, este influye en el control clínico, siendo más fácil extraer un pesario ring con o sin membrana que una dona o Gellhorn.

Por otra parte, se sugiere que los profesionales de la salud cuenten con alguna capacitación sobre el manejo del pesario para entregar una atención de

calidad basada en las necesidades de la persona y familia, resaltando la labor de la Matrona y Matrón en el área del PP.

En cuanto al manejo del pesario por profesional de Matronería, se hace primordial que la Unidad de PP cuente con estrógenos locales para el manejo de las lesiones vaginales más comunes asociadas al uso de pesario. Lo cual podría ser una indicación delegada de médico especialista a Matronería para prescribir este medicamento, tal como se evidencia en experiencias reportadas con el uso de flujograma de atención a usuarias que utilizan pesario en la unidad de uro ginecología perteneciente al Hospital Militar de Santiago (27).

Tales actividades se recomiendan ser realizadas por la gestión de Matronería a través de una protocolización sobre el manejo de pesario, con la finalidad de integrar las competencias clínicas que la misma profesión posee.

Finalmente, se invita al estamento de matronería a investigar y publicar en esta área, y a visibilizar el rol profesional en el manejo del pesario, además de potenciar su formación académica en el área del PP con el fin de trabajar multidisciplinariamente para mejorar la calidad de vida de la usuaria, dado que se estima que las patologías propias del PP podrían ser una causa frecuente de consulta médica especializada, y una carga significativa para el sistema de salud, lo que demuestra la importancia de conocer sus características clínicas y su manejo oportuno (7).

REFERENCIAS

1.Albuquerque Coelho SC, Brito LGO, Araujo CC, Juliato CRT. Factors associated with unsuccessful pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: Systematic review and metanalysis. *Neurourol Urodyn* [Internet].2020. [citado el 22 de agosto de 2023];39(7):1912-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.24458>

2.Wu JM, Kawasaki A, Hundley AF, Dieter AA, Myers ER, Sung VW. Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2011. [citado el 22 de agosto de 2023]; 205: 230. e1-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.046>

3. **Ma C, Xu T, Kang J, Zhang Y, Ma Y, Liang S, et al.** Factors associated with pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: A large prospective cohort study. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2020. [citado el 22 de agosto de 2023];39(8):2238-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.24477>
4. **Gómez Londoño M, Echavarría Restrepo LG, Henao López CP, Campo Campo MN, Sanín Ramírez D.** Uso de pesario para prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo: serie de casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2020.[citado el 22 de agosto de 2023];85(3):270-4. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300270
5. **Mutone MF, Terry C, Hale DS, Benson JT.** Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2005. [citado el 22 de agosto de 2023]; 193(1): 89-94. doi: 10.1016/j.ajog.2004.12.012
6. **Jones KA, Harmanli O.** Pessary use in pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Rev Obstet Gynecol.* invierno de 2010 [citado el 22 de agosto de 2023];3(1):3-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2876320/>
7. **Santis-Moya F, Viguera S, Miranda V.** Caracterización clínica de las disfunciones de piso pélvico en mujeres chilenas sintomáticas que consultan en un hospital universitario. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado el 20 de octubre de 2023];85(6):578-83. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600578
8. **Maito JM, Quam ZA, Craig E, Dannerq KA, Rogers RG.** Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2006. [citado el 22 de agosto de 2023];51(2):78-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.09.003>
9. **McEvoy K, Griffin R, Harris M, Moger H, Wright O, Nurkic I, et al.** Pessary management practices for pelvic organ prolapse among Australian health care practitioners: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2023. [citado el 22 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-023-05540-2>
10. **Gurovich M, Aros S, Sepúlveda J, Rey R, Wainstein A, Sacomori C.** Calidad de vida, complicaciones asociadas y satisfacción con el uso de pesarios para tratamiento conservador del prolapso de órganos pélvicos. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2021.[citado el 22 de agosto de 2023];48(2):87-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.04.002>
11. **Culligan PJ.** Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012. [citado el 22 de agosto de 2023];119(4):852-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e31824c0806>
12. **Stairs J, Gujral P, Ehlebracht A, van Diepen A, Clancy AA.** Women's attitudes towards pessary self-care: a qualitative study. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2023.[citado el 22 de agosto de 2023];34(8):1899-906. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-023-05472-x>
13. **Mcintosh L.** The role of the nurse in the use of vaginal pessaries to treat pelvic organ prolapse and/or urinary incontinence: a literature review. *Urol Nurs.* 2005.[citado el 22 de agosto de 2023];25(1):41-8. [Internet]. 2021.[citado el 22 de agosto de 2023];32(4):1001-6. Disponible en: <https://www.sun.org/sites/default/files/download/members/unjarticles/2005/05feb/41.pdf>
14. **Gómez M.** Influencia de los pesarios en la micción de las mujeres con prolapso de órganos [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2022 [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=311536>
15. **Dwyer L, Stewart E, Rajai A.** A service evaluation to determine where and who delivers pessary care in the UK. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2021.[citado el 22 de agosto de 2023];32(4):1001-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04532-w>
16. **Ministerio de Salud de Chile.** Orientaciones Técnicas para el control de Salud Integral de Adolescentes. 2016. [citado el 14 de enero de 2024].

17. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de la Mujer en edad Climaterio en el Nivel Primario de la Red de Salud (APS).2014. [citado el 22 de agosto de 2023].

18. Dwyer L, Kearney R, Lavender T. A review of pessary for prolapse practitioner training. Br J Nurs [Internet]. 2019.[citado el 14 de enero de 2024];28(9):18-24.

19. Grau J, Ros Cerro C, España Pons M. Aspectos prácticos en el manejo conservador del prolapso genital. Pesarios Vaginales. Rev española sobre Medicina de Suelo Pélvico de la Mujer y Cirugía Reconstructiva. 2012.[citado el 22 de agosto de 2023];8 (1):3-8. Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/03/Articulo-2-Suelo-Pelvico-81.pdf>.

20. Mutone MF, Terry C, Hale DS, Benson JT. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2005.[citado el 22 de agosto de 2023];193(1):89-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.012>

21. Miceli A. Eficacia y seguridad del tratamiento de los prolapsos de los órganos pélvicos, en estadios avanzados, con el uso continuo, a medio y largo plazo, de pesarios de anillo sin soporte.2022. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11441/130945>

22. Sultan AH, Monga A, Lee J, Emmanuel A, Norton C, Santoro G, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction: Terminology for Female Anorectal Dysfunction. Neurourol Urodyn [Internet].2017. [citado el 22 de agosto de 2023].;36(1):10-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23055>

23.Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de la Mujer.1997. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-de-la-mujer/>

24. Ministerio de Salud de Chile. Resúmenes Estadísticos Mensuales. [Internet].2020. [citado el 8 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://reportesrem.minsal.cl/?_token=KL5UrKLy1SPZSQ

MTLGj7ZmgcP9yz5PYtLI0PWqAo&serie=1&rem=86&seccion_id=1046&tipo=3®iones=0&servicios=-1&periodo=2020&mes_inicio=1&mes_final=12

25. Organización Colegial de Enfermería. Resolución N° 15/2018 Por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional enfermero en el ámbito de la consulta enfermera de urología. 2018. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/doc-interes/send/8-normativa-colegial/784-resolucion-n-15-2018>

26. Polo JJ. Innovaciones tecnológicas en enfermería urológica: papel de enfermería. Enduro. 2002. [citado el 22 de agosto de 2023] (83):24-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3102578>

27. Gurovich M, Aros S, Sepúlveda J, Rey R, Wa-instein A, Sacomori C. Calidad de vida, complicaciones asociadas y satisfacción con el uso de pesarios para tratamiento conservador del prolapso de órganos pélvicos. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2021;48(2):87-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.04.002>

Análisis de la incorporación de la vacuna noavalente anti-Virus Papiloma Humano en Chile.

Analysis of the incorporation of the nonavalent anti-Human Papillomavirus vaccine in Chile

Andrés Ibarra-Pérez ¹

¹ Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

*Autor para correspondencia: andres.ibarra@uv.cl

RECIBIDO: 04 de Noviembre de 2024
APROBADO: 15 de Noviembre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4591

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Virus Papiloma Humano (VPH), cáncer de cuello Uterino, vacuna noavalente anti-Virus Papiloma Humano.

Key words: *Human Papillomavirus (HPV), cervical cancer, nonavalent Human Papillomavirus vaccine.*

RESUMEN

Las vacunas anti-Virus Papiloma Humano (VPH) constituyen hoy en día la principal herramienta para el control del cáncer de cuello uterino, ya que previenen la infección de este virus, identificado como el agente etiológico de esta patología. El Programa Nacional de Inmunizaciones ha incorporado, a partir del presente año, la vacuna noavalente anti-Virus Papiloma Humano para la prevención del cáncer de cuello uterino lo que constituye una acertada decisión sanitaria. La vacuna noavalente anti-VPH tiene el potencial de prevenir la infección de nueve subtipos virales, dos de bajo riesgo (6 y 11), asociados a lesiones benignas, y siete de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58) relacionados con el noventa por ciento de todos los cánceres de cuello uterino. La vacuna noavalente anti-VPH viene a sustituir a la vacuna tetravalente, vigente en Chile desde 2014, la cual solo previene la infección de los subtipos 6, 11, 16 y 18. Es decir, su alcance o protección es menor en relación a la vacuna noavalente.

ABSTRACT

Human Papillomavirus (HPV) vaccines are currently the main tool for controlling cervical cancer, as they prevent infection by this virus, identified as the etiological agent of this disease. The National Immunization Program in Chile has incorporated, starting this year, the nonavalent HPV vaccine for the prevention of cervical cancer, which represents a sound public health decision. The nonavalent HPV vaccine has the potential to prevent infection by 9 viral subtypes: 2 low-risk types, 6 and 11, associated with benign lesions, and 7 high-risk types, 16, 18, 31, 33, 45, 52, and 58, which are linked to 90% of all cervical cancers. The nonavalent HPV vaccine replaces the quadrivalent vaccine, in use in Chile since 2014, which only prevents infection by subtypes 6, 11, 16, and 18, making its coverage narrower compared to the nonavalent vaccine.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de Chile anunció para 2024 la incorporación de la vacuna nonavalente anti-Virus Papiloma Humano (VPH) en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) destinado a niñas y niños que cursan cuarto año de enseñanza básica, vacuna que se administrará en una dosis única. En 2014 se comenzó a aplicar una vacuna anti-VPH de tipo tetravalente, en niñas de cuarto básico (primera dosis) y quinto básico (segunda dosis). Posteriormente, en 2019, se amplió la cobertura de esta estrategia a todos los niños que cursan también cuarto y quinto básico de todos los establecimientos educacionales del país, públicos y privados (1).

El Virus del Papiloma Humano, con sus más de cien subtipos, ha sido identificado como el principal agente etiológico del cáncer de cuello uterino, afectando a millones de mujeres en todo el mundo. Los subtipos virales de mayor riesgo de causar cáncer son los VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59. A su vez, el cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer más común causado por este virus, siendo los subtipos 16 y 18 responsables del setenta por ciento de todos los casos de esta patología a nivel global y, además, si se incluyen los subtipos 31, 33, 45, 52 y 58, estos siete VPH son los responsables del noventa por ciento de todos los casos de cáncer de cuello uterino. Por otra parte, los VPH de bajo riesgo, principalmente los subtipos 6 y 11, son los causantes de hasta un noventa por ciento de las verrugas genitales, afectando preferentemente a la población joven de entre 15 y 24 años.

La vacuna tetravalente aplicada en Chile desde 2014 es la denominada Gardasil, que protege de los serotipos virales 6, 11, 16 y 18. Es decir, previene la infección de los virus asociados a lesiones benignas y protege contra dos de los subtipos de mayor riesgo, que son responsables del setenta por ciento de los casos de cáncer de cuello uterino. La vacuna anti-VPH nonavalente Gardasil 9, aplicada desde este año, previene la infección de los subtipos 6 y 11, de menor riesgo y, también, los VPH 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, de mayor riesgo. En otras palabras, esta vacuna amplía la protección contra los VPH causantes del noventa por ciento de los casos de cáncer de cuello uterino.

En Chile mueren anualmente alrededor de seiscientas mujeres afectadas por cáncer de cuello uterino, registrándose una tasa de mortalidad de 6,34 en 2021 (DEIS), lo cual, indica que esta patología continúa siendo un importante problema de salud pública (2).

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó en 2008 recomendar la vacunación contra el VPH, muchos países han adoptado esta política pública con el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad e incidencia de cáncer de cuello uterino, bajo la premisa de que esta decisión sanitaria sea sustentable en el tiempo, a fin de asegurar su continuidad y efecto en la salud de las personas (3).

Desde su aparición, las vacunas anti-VPH han tenido gran aceptación en los países que la han introducido en sus programas de prevención en salud, salvo excepciones menores, como la ocurrida en Chile, en que un grupo de personas cuestionó judicialmente esta medida (4). La recomendación emanada desde la OMS supuso un cambio de paradigma para el control de cáncer de cuello uterino, pasando desde una política de detección temprana de lesiones preinvasoras de esta neoplasia a un control profiláctico mediante la vacuna anti-VPH.

El desarrollo de la vacuna, que en pocos años pasó de prevenir de cuatro a nueve subtipos de VPH, aumenta la esperanza de disminuir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino al abarcar los serotipos causantes del noventa por ciento de todos los tumores. El cambio de vacuna, por una de mayor rango de inmunidad contra el VPH, representa una oportunidad histórica para el control de esta patología, por lo que su sustentabilidad es clave para alcanzar este objetivo. Para ello, es imprescindible el compromiso del Estado chileno en el largo plazo.

Para este autor, la decisión adoptada en 2014 de suministrar la vacuna anti-VPH tetravalente a todas las niñas del país, y su ampliación a niños en 2019, en el Programa Nacional de Inmunizaciones, basada en el impacto positivo que a mediano y largo plazo tendrá la vacuna, constituye una acertada política pública. Más aún, la incorporación de la vacuna anti-VPH nonavalente, en reemplazo de la vacuna tetravalente, refuerza la estrategia de prevenir la infección de la mayoría de los VPH causantes del cáncer de cuello uterino. Adicionalmente, al requerir solo

una dosis, se asegura una mayor cobertura al impedir eventuales pérdidas de niñas y niños que deben ser vacunados con una segunda dosis. Es decir, no es necesario realizar el seguimiento que exige una segunda dosis (5).

La OMS señala que, según los modelos actuales, tanto en países de altos ingresos como en aquellos de ingresos medios, como Chile, la vacuna nonavalente reduciría aún más la incidencia de lesiones intraepiteliales o precancerosas y el cáncer de cuello uterino y, también, indica que la vacuna tetravalente conserva un gran valor sanitario. O sea, no desaconseja su uso, el cual se podría destinar a países de menores recursos (6).

REFLEXIÓN

El cáncer de cuello uterino corresponde a una de las principales patologías tumorales malignas que afectan a las mujeres en el mundo y también en Chile. Desde la década de 1960, este cáncer tuvo un avance sostenido en términos de incidencia y mortalidad debido, entre otros factores, a cambios culturales que marcaron la segunda mitad del siglo XX.

Chile, en 1990, llegó a tener una tasa de mortalidad ajustada por cáncer cérvico uterino de 14,3 por 100.000 mujeres (7). Desde esa década, debido a cambios y reforzamiento en el Programa de Cáncer Cervicouterino del Ministerio de Salud, se ha observado una baja sostenida de esta tasa, estabilizándose en alrededor de 6 por 100.000 mujeres, que se traducen en seiscientas muertes anuales, aproximadamente, en los últimos años.

Actualmente, el Programa de Cáncer Cervicouterino presenta una cobertura con examen de Papanicolaou de un sesenta por ciento de la población femenina chilena, no alcanzando todavía la meta de ampliación a un ochenta por ciento propuesta por el Ministerio de Salud, cobertura que han logrado países con tasas de mortalidad no superiores a 3 por 100.000 mujeres. Este estancamiento obedecería a múltiples causas aun insuficientemente estudiadas (8).

La aparición de las vacunas anti-Virus Papiloma Humano, agente etiológico del cáncer de cuello uterino, ha provocado un cambio de estrategia en la prevención -esta vez profiláctica- de esta patología.

La posibilidad de prevenir este cáncer mediante una vacuna supone un cambio de paradigma, ya que mediante la temprana inoculación de niñas y niños se impedirá necesariamente el contagio del VPH, provocando a su vez la disminución de los indicadores de incidencia y mortalidad de la enfermedad.

Desde la inclusión en 2014 de la vacuna tetravalente hasta la reciente adopción de la vacuna nonavalente, se ha dado un enorme impulso a la prevención en el mediano y largo plazo para la erradicación del cáncer de cuello uterino. Este cambio de vacuna refuerza la estrategia de prevención y, sin duda, tendrá un impacto positivo en las próximas décadas.

La introducción de la vacuna anti-VPH es, actualmente, la principal estrategia para prevenir el cáncer de cuello uterino asociado a este virus. No obstante su alta eficacia protectora y su posible inmunidad permanente similar a las actuales vacunas contra la hepatitis B (9), la vacunación con este agente requiere asegurar su aplicación temprana y masiva desde la infancia, tal cual señala la normativa ministerial que da carácter obligatorio a su inoculación en todos los establecimientos educacionales del país.

Históricamente, en Chile los programas de vacunación han sido exitosos y han contado con una alta adhesión de parte de la ciudadanía, tal como ocurrió recientemente con la campaña asociada a la pandemia del Covid-19. En el caso de la vacunación anti-VPH, se hace necesario recalcar su importancia como estrategia clave para disminuir el cáncer de cuello uterino. Lo anterior señala la necesidad de asegurar la viabilidad de este programa desde el punto de vista sanitario y financiero.

Previos estudios han reportado una relación costo-eficacia positiva en relación con la vacuna anti-VPH tetravalente (10) (11), lo cual señala la ventaja en términos económicos de continuar con esta política de salud, sin dejar de mencionar el impacto social que conlleva esta patología.

Por último, cabe mencionar que el Programa de Cáncer de Cuello Uterino debe mantener la pesquisa de lesiones intraepiteliales e invasoras en el mediano y largo plazo incluso, por cuanto la historia natural de este tumor alcanza hasta los treinta años en promedio y, por lo tanto, faltan aún varios años para

notar la disminución de los indicadores epidemiológicos de la enfermedad. Es decir, que el efecto profiláctico de la vacuna impacte positivamente.

Si en 2014 se comenzó a aplicar la vacuna anti-VPH tetravalente en niñas de nueve años, en la actualidad ellas rondan los veinte años, por lo que todavía es muy prematuro evidenciar el efecto protector de la vacuna, sobre todo en relación con la aparición de lesiones intraepiteliales las cuales suelen desarrollarse en la tercera década de vida. A su vez, estas jóvenes deberían ser parte de la primera generación en mostrar disminución de condilomas benignos o verrugas genitales, ya que, afectan preferente a la población joven de 15 a 24 años.

CONCLUSIÓN

La reciente incorporación de la vacuna nonavalente anti-Virus Papiloma Humano en el Programa Nacional de Inmunizaciones de Chile constituye un nuevo avance en la prevención de cáncer de cuello uterino. Desde 2014, cuando se introdujo la vacuna tetravalente anti-VPH, nuestro país ha sido pionero a nivel latinoamericano en el reforzamiento de las estrategias destinadas a controlar esta patología.

Asimismo, desde 2014 -cuando Estados Unidos aprobó la vacuna nonavalente- hasta esta fecha solo ese país y ahora Chile han adoptado esta medida sanitaria, debido principalmente al mayor costo de esta vacuna versus la versión tetravalente que, aun siendo un poco más económica, tiene alta efectividad en prevenir la infección de VPH, aunque restringida solo a dos subtipos de alto riesgo.

La vacuna tetravalente anti-VPH está concebida para evitar la infección de cuatro subtipos virales: 6, 11, 16 y 18. Los subtipos 6 y 11 se relacionan con lesiones benignas de cuello uterino, mientras que, los subtipos 16 y 18 están asociados hasta con el setenta por ciento de todos los casos de cáncer de cuello uterino.

La vacuna nonavalente anti-VPH, en tanto, proviene de nueve serotipos virales, de los cuales siete subtipos (16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58) tiene el potencial de provocar este cáncer y son los responsables de hasta el noventa por ciento de todos los casos.

Por lo tanto, considerando que la historia natural del cáncer de cuello uterino alcanza alrededor de 30 años, desde lesiones preinvasoras hasta el tumor

maligno, se espera una notable disminución de los indicadores de incidencia y mortalidad de la enfermedad en el mediano y largo plazo debido a la inoculación masiva de las niñas y los niños chilenos con esta nueva variante de la vacuna.

Finalmente, cabe consignar que contar con una herramienta profiláctica en la prevención del cáncer de cuello uterino, como son las vacunas anti-VPH, y atendida su alta respuesta protectora en las personas inoculadas, refuerza notablemente la política sanitaria de control de este cáncer. Su éxito dependerá de la continuidad de la aplicación de estas vacunas en los próximos años, así como también del aseguramiento de la vacunación de toda la población objetivo y el seguimiento de las personas inoculadas para el control de niveles de protección, necesarios para monitorear los resultados de la vacunación y, eventualmente, modificar calendarios de vacunación, ampliar grupos objetivos e incluso la pertinencia de una dosis de refuerzo.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Lineamientos Técnicos Operativos para la Vacunación Escolar. [Internet]. Oct 2022 [Citado 30 Oct 2024]. Disponible en:

<https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/10/Res.-Exenta-1424-LTO-Vacunacion-escolar-2022.pdf>

<https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/1972-ORD-INCORPORACION-VACUNVPH-NONAVALENTE.pdf>

2. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Defunciones y mortalidad por tumores seleccionados. [Internet]. [Citado 30 Oct 2024].

Disponible en: <https://informesdeis.minsal.cl>

3. World Health Organization. Summary of Key Point from WHO Position Paper, VPH Vaccines. [Internet] April 2009. [Citado 30 Oct 2024]. Disponible:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X0900721X>

4. Valera L, Ramos P, Porte I, Bedregal P. Rechazo de los padres a la vacunación obligatoria en Chile. Desafíos éticos y jurídicos. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2019 Dic [citado 30 Oct 2024]; 90(6): 675-682. Disponible en: [142](http://www.scie-</p></div><div data-bbox=)

lo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000600675&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1002>.

5. Organización Panamericana de la Salud. Infografía: Una dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) es segura y eficaz contra el cáncer cervicouterino (OPS-OMS) [Internet] 2024 [Citado 30 Oct 2024]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/documentos/infografia-dosis-vacuna-contra-virus-papiloma-humano-vph-es-segura-eficaz-contra-cancer>

6. Organización Mundial de la Salud. Vacunas contra los virus de <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672> los papilomas humanos: Documento de posición de la OMS. [Internet] Dic 2022 [Citado 30 Oct 2024]. Disponible en:

<https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>

7. Donoso E, Cuello M, Villarroel L. Reducción de la Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en Chile 1990-2003. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] [Citado 30 Oct 24]; 2006; 71(5): 307-312. Disponible en:

<https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n5/art03.pdf>

8. Osses C, Kilchemmann C, Álvarez G. Cobertura del Papanicolaou en Centros de Salud de Temuco y Factores Sociodemográficos Asociados. Paper presentado en:

VII Congreso Chileno de Salud Pública, IX Congreso Chileno de Epidemiología. Medwave [Internet] Jun 2024 [Citado 30 Oct 2024].

Disponible en:

<https://www.medwave.cl/resumenescongreso/SP2024/SP024.html>

9. Schilling A. Frequently asked questions regarding the human papillomavirus vaccines. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2018 [citado 3 Nov 24]; 35(5): 581-586. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000500581&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000500581>.

10. Tejada RA, Malagón T, Franco EL. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination in girls living in Latin American countries: A systematic review and meta-analysis. Vaccine. Abril 2022 [Citado 30 Oct]; 40(19), 2667-2678. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.03.046>

11. Favato Giampiero, Pieri Vasco, Mills Roger. Cost/Effective Analysis of Anti-HPV Vaccination Programme in Italy: A Multi-Cohort Markov Model. HCVI HDP [Internet]. 2007 [Consultado 30 Oct 2024]; 2007. Disponible en:

<https://ssrn.com/abstract=961847> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.961847>

Revisión narrativa de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.

Narrative review of non-pharmacological methods for pain relief during labor

Lissette Bravo H.¹, Camila Bustamante C.¹, Camila Collihuinca S.¹, Julitza Márquez C.¹, Katherinne Winkler S.¹, Jorge Devia C.^{2*}

¹ Licenciada en Obstetricia y Matronería, Escuela de Obstetricia, Carrera de Obstetricia, Facultad de Ciencias del Cuidado para la Salud, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.

² Matrón, Profesor Asistente, Escuela de Obstetricia, Carrera de Obstetricia, Facultad de Ciencias del Cuidado para la Salud, Universidad San Sebastián, Valdivia, Chile.

*Autor para correspondencia: jorge.devia@uss.cl

RECIBIDO: 13 de Abril de 2024
APROBADO: 17 de Noviembre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4259

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Trabajo de parto, Dolor de parto, Terapias complementarias, Manejo del dolor.
Key words: Labor, Labor pain, Complementary therapies, Pain management.

RESUMEN

Introducción: el trabajo de parto es una experiencia compleja y emocional, en la que el manejo adecuado del dolor permite una vivencia humanizada, respetando las expectativas de la mujer. En la actualidad, para aliviar el dolor que éste produce, se recurre tanto a métodos farmacológicos como no farmacológicos

Objetivo: analizar los beneficios del uso de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en mujeres en fase de trabajo de parto.

Metodología: corresponde a una revisión narrativa en bases de datos como Scielo, Cochrane Library, Scopus, PubMed, y Lilacs, con términos como "Labor", "Complementary therapies", "Pain management", y "Labor pain". Se enfocó en estudios publicados entre 2018 y 2022, en español, inglés y portugués.

Resultados y discusión: los métodos no farmacológicos muestran ser efectivos en la reducción del dolor al promover la liberación de β -endorfinas y disminuir el estrés y la ansiedad, mejorando la experiencia de parto, la satisfacción y el sentido de control.

Conclusiones: los métodos no farmacológicos, tales como la musicoterapia, masoterapia, acupuntura, acupresión, reflexología y técnicas de relajación, ofrecen beneficios en el manejo del dolor durante el trabajo de parto, fomentan el empoderamiento y la autonomía de las mujeres, adaptándose a las fases del parto para contribuir a experiencias satisfactorias y humanizadas.

ABSTRACT

Introduction: labor is a complex and emotional experience, where proper pain management allows for a humanized experience, respecting the woman's expectations. Currently, both pharmacological and non-pharmacological methods are used to alleviate pain.

Objective: to analyze the benefits of using non-pharmacological methods for pain relief in women during labor.

Methodology: this is a narrative review conducted in databases such as Scielo, Cochrane Library, Scopus, PubMed, and Lilacs, using terms like "Labor", "Complementary therapies", "Pain management",

and "Labor pain". The focus was on studies published between 2018 and 2022, in Spanish, English, and Portuguese.

Results and discussion: non-pharmacological methods have been shown to be effective in reducing pain by promoting the release of β -endorphins and decreasing stress and anxiety, thus improving the childbirth experience, satisfaction, and sense of control.

Conclusions: non-pharmacological methods, such as music therapy, massage therapy, acupuncture, acupressure, reflexology, and relaxation techniques, offer benefits in pain management during labor. They promote empowerment and autonomy for women, adapting to the stages of labor to contribute to satisfactory and humanized experiences.

INTRODUCCIÓN

El proceso del trabajo de parto y el parto son experiencias individuales que se desarrollan de acuerdo con las percepciones personales del dolor, así como las creencias y costumbres culturales de cada persona (1).

Según el Comité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1986), el dolor se define como una sensación física y emocional desagradable que puede estar vinculada a daños reales o potenciales en los tejidos (2). A través de la historia, la comprensión del dolor ha evolucionado desde antiguas creencias que lo atribuían a fuerzas malignas, hasta enfoques en el período neolítico que lo trataban con métodos naturales y rituales. En la antigua China, por ejemplo, se consideraba resultado de un desequilibrio en la energía vital del cuerpo (3).

El manejo del dolor durante el parto involucra principalmente métodos farmacológicos y en menor medida, técnicas no farmacológicas supervisadas por personal capacitado. Estas últimas, que demandan más tiempo y experiencia, buscan activar o relajar los sentidos para adaptarse a las preferencias de la mujer, promoviendo la confianza en su cuerpo en esta etapa crucial.

Sin embargo, el incremento en las tasas globales de cesáreas ha superado el rango considerado ideal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), evidenciando una tendencia hacia la elección de esta

opción como un método de parto percibido como seguro y sin dolor (4). Las decisiones de las madres se ven influenciadas por varios factores, incluyendo el consejo de amistades y su deseo de evitar el dolor y la ansiedad, por no tener claridad sobre el inicio de trabajo de parto o cómo será la vivencia de ese proceso (5).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció en el año 2022 que el miedo y la falta de personal capacitado en métodos no farmacológicos son barreras significativas que llevan a las mujeres a elegir procedimientos más rápidos (6). Es por esta razón que la revisión bibliográfica busca analizar los beneficios de los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, con la finalidad de proporcionar a los profesionales de la salud la información que respalde un manejo efectivo del dolor en esta etapa, y de esta forma, mejorar la experiencia de las gestantes, promoviendo un entorno integral, seguro y satisfactorio.

METODOLOGÍA

Se efectuó una revisión de tipo narrativa, empleando descriptores DeCS y MeSH, como "Parto/Labor", "Terapias complementarias/Complementary Therapies - Complementary Medicine", "Manejo del dolor/Pain Management", "Dolor/Pain" y "Dolor de parto/Labor Pain".

Las búsquedas se refinaron con operadores booleanos "AND", focalizándose en artículos publicados entre 2018 y 2022 en inglés, español y portugués, que abordasen métodos no farmacológicos de alivio del dolor en mujeres durante el parto. De 729 artículos inicialmente identificados en la **Tabla N°1** (Anexo N° 1), quince cumplieron con los criterios de inclusión, tras eliminar duplicados y aquellos que no cumplían con los requisitos especificados tales como artículos de libre acceso y con texto completo (7) (**Figura 1**).

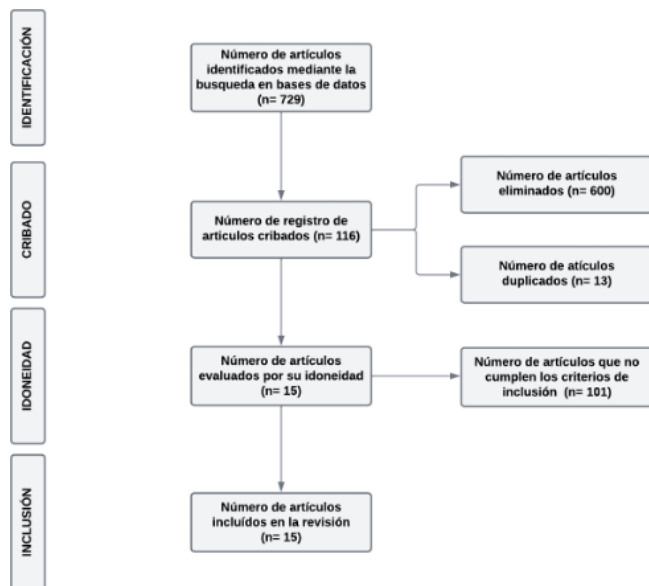


Figura 1: Elaboración Propia, 2023.

RESULTADOS

Se seleccionaron quince artículos en los que se evidencian los beneficios de los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en trabajo de parto. En la **Tabla N°2** (Anexo N°2) se observa la descripción de los artículos revisados, considerando el autor, año de publicación, país de origen, título, tipo de estudio, muestra y sus principales resultados. Los artículos seleccionados se distribuyeron tres dimensiones: alivio natural del dolor, control y participación activa y reducción de intervenciones médicas. En los acápites siguientes se describe cada uno de los resultados:

1. Alivio natural de dolor

De los estudios analizados, en once artículos se menciona una disminución del alivio natural del dolor, bajo esta dimensión la clasificación se basó en métodos que buscan proporcionar otro recurso de reducción sin la necesidad de recurrir a medicamentos, permitiendo una dirección más natural y orgánica del malestar que se ve asociado al trabajo de parto.

Respecto de la terapia térmica e hidroterapia, se destaca su utilidad para promover la relajación y el control de los niveles de estrés, lo cual reduce la sensación de dolor debido a la disminución de la liberación de cortisol y β -endorfinas, así como al aumento de la secreción de noradrenalina (8).

Por otro lado, la crioterapia también disminuye el dolor durante el trabajo de parto, incluido el período expulsivo, reduciendo los tiempos de parto y sin generar efectos adversos en el feto (8). La termoterapia, que implica aplicar calor en áreas específicas del cuerpo de la mujer, contribuye a la liberación de endorfinas y a una mejor percepción del dolor; durante el parto, mejora la circulación sanguínea, el metabolismo y la elasticidad, lo que aumenta la sensación de bienestar (8) (9) (10).

En el caso de la hidroterapia, esta favorece el drenaje venoso y linfático, la elasticidad tisular, reduciendo la inflamación, el edema, el dolor y la ansiedad, sin efectos adversos en el feto ni en el recién nacido, otorgando a la mujer una mayor sensación de control durante el trabajo de parto (11). Finalmente, las compresas calientes/térmicas ayudan en la dilatación de los vasos sanguíneos y afectan la transmisión del dolor al reducir la estimulación nociceptiva y aumentar la extensibilidad del colágeno, aunque la evidencia científica al respecto es limitada (12) (13).

La musicoterapia, facilita la relajación y ayuda a las mujeres a adaptarse al entorno del trabajo de parto, proporcionando una sensación de seguridad y contribuyendo a la disminución del dolor. La música alegre y la música religiosa son las preferidas por algunas mujeres durante el trabajo de parto (8).

Este método también produce efectos fisiológicos al facilitar la acción de las β -endorfinas, lo que se traduce en una sensación de bienestar debido a la armonización del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal materno (11). Además, si se escucha música durante el embarazo y se vuelve a utilizar durante el trabajo de parto, esta puede actuar como un neurotransmisor interactivo que estimula la hipófisis del feto, evocando experiencias placenteras que se reactivan durante esta etapa, logrando un efecto positivo para ambos, generando tranquilidad, seguridad y calma, lo que alivia el dolor en la mujer, consiguiendo un mayor control para sobrellevar este proceso (11).

Aunque existe evidencia que respaldan estos beneficios, todavía algunos autores sugieren realizar nuevas investigaciones para medir el real efecto de la musicoterapia en el trabajo de parto y parto, ya que hasta el momento la evidencia recopilada es clasificada como calidad moderada o no concluyente (12) (13) (14).

La masoterapia o masajes es otro método mencionado por su eficacia en el alivio del dolor durante el trabajo de parto, gracias a sus propiedades relajantes (15). Los masajes inhiben la transmisión sensorial en las vías del dolor, mejoran el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos, incluso promueve la liberación de endorfinas y encefalinas, que actúan como analgésicos naturales, disminuyendo el dolor y mejorando el estado de ánimo (16).

Los masajes en áreas específicas como la espalda o los pies son beneficiosos para reducir el dolor, la ansiedad y el estrés, y para mejorar la tensión muscular, especialmente la causada por la actividad uterina (11). El uso de aceites esenciales, como el de lavanda, aplicados en la espalda o el abdomen, ha demostrado disminuir el dolor y acortar la duración del trabajo de parto (17).

Además, los masajes no solo son útiles durante el trabajo de parto, sino que también son importantes durante la gestación para trabajar el suelo pélvico, ya que el masaje mejora el periné reduciendo el dolor y la probabilidad de desgarro al momento que el feto pasa por el canal vaginal durante el expulsivo. (16).

Otro de los métodos que la evidencia muestra beneficios es la acupresión, la cual consiste en estimular ciertos puntos del cuerpo (8). Se recomienda utilizar el punto LI4, situado entre el primer y segundo hueso metacarpiano y el punto GB21, ubicado en la parte superior del hombro, detrás del músculo trapecio, ya que ambos logran reducir el dolor (18). En cuanto a la acupuntura, se encontraron beneficios significativos, tales como la mejora de la satisfacción de las mujeres y la reducción del uso de métodos no farmacológicos durante el trabajo de parto (13) (15).

El uso de la pelota suiza y los ejercicios perineales también han demostrado ser eficaces para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y el parto. La pelota suiza permite a la parturienta una mayor libertad de movimiento, y su uso ha demostrado promover la liberación de β -endorfinas, así como disminuir la secreción de epinefrina. Esto contribuye a la reducción del dolor y mejora la eficiencia del trabajo de parto, en particular durante la fase de dilatación (8). Además, ayuda a que la mujer se concentre en el ejercicio, proporcionando una distracción de la sensación de dolor, colabora en la actividad uterina y beneficia el flujo uteroplacentario (11). Pero, aunque se evidencian beneficios, también señalan la importancia de

incrementar el número de estudios experimentales para validar de manera concluyente la efectividad y seguridad de esta terapia en el proceso de trabajo de parto (11).

Algunas investigaciones también mencionan la aromaterapia y el uso de aceites esenciales, entre los que el aroma de lavanda destaca por ser beneficioso para aliviar el dolor durante el trabajo de parto (19). En diversas experiencias, el uso de estos aceites podía ser ambiental o se aplicaba cerca de las fosas nasales de la parturienta, obteniendo efectos muy positivos (8). Se concluye que el aceite de lavanda reduce las hormonas del estrés e induce la secreción de β -endorfinas, que son importantes en el control del dolor. Sin embargo, también se pueden utilizar aceites de rosa, geranio, cítricos y jazmín, que tienen efectos similares. Se recomienda su uso en la fase latente o activa del trabajo de parto, ya que no disminuyen el dolor en la fase activa desaceleratoria o cerca del momento del expulsivo (17).

En el caso de la reflexología, este reduce la ansiedad peri-procedimiento y mejora el manejo del dolor, así como el bienestar general, siendo particularmente eficaz en mujeres gestantes (13), donde se tratan los síntomas como náuseas, vómitos, estreñimiento, edema, fatiga y dolor de cabeza. Además, en el parto disminuye el dolor y la ansiedad, otorgando mayor control a la parturienta y en el postparto mejora la lactancia. Es importante que para que este método sea beneficioso siempre debe ser guiado por un personal capacitado (8).

Las técnicas de respiración, que incluyen ejercicios como respiraciones prolongadas, diafragmáticas y con labios fruncidos, ayudan a disminuir la ansiedad, aumentar el autocontrol, reducir el dolor, facilitar el descenso fetal, y pueden acortar la duración del trabajo de parto. Sin embargo, se señala la necesidad de más estudios para confirmar su eficacia. (8) (16).

Finalmente, hay otros métodos no farmacológicos que también se consideran beneficiosos para reducir el dolor durante el trabajo de parto y el parto. Entre ellos se encuentra la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), una técnica que consiste en enviar impulsos eléctricos a través de electrodos colocados en la piel para funcionar como analgésicos. Durante el parto, los electrodos se sitúan en los

dermatomas que inervan el útero y el suelo pélvico, logrando así una reducción significativa del dolor materno sin causar daño al feto (16). Otro de ellos son las técnicas de relajación que han demostrado disminuir el dolor, pero no hay evidencia suficiente que respalde su impacto en una experiencia positiva del parto para la usuaria (13). Y, por último, la libertad de movimiento o cambios de posición durante el parto, los cuales pueden acortar la duración del mismo y, en consecuencia, reducir el dolor (11) (13) (20).

2. Control y participación activa.

Se encontraron siete artículos que investigan cómo ciertas prácticas durante el embarazo permiten que las mujeres se empoderen al elegir métodos que satisfacen sus necesidades, lo que aumenta su autoeficacia y bienestar. Entre estas prácticas se destacan el baño de ducha caliente y el ejercicio perineal con pelota suiza, que ayudan a reducir el dolor y mejorar el manejo de las acciones y emociones durante el trabajo de parto (8). Asimismo, se mencionan el masaje, las compresas calientes y las técnicas manuales térmicas, que favorecen igualmente el empoderamiento de la parturienta (16). Por otro lado, el consumo de esencias florales aporta tranquilidad, relajación y concentración, atenuando el dolor y la ansiedad (21), beneficio similar al que ofrece la reflexología, que permite a la mujer entender y conectarse con los procesos de su parto y su cuerpo (13).

Es crucial que la mujer reciba preparación previa acerca de los posibles procesos durante esta etapa de su gestación para lograr una experiencia positiva. Por ello, Family Care International resalta la importancia de disponer de personal de salud capacitado en cuidados maternos y perinatales, lo cual fortalece el empoderamiento femenino al asegurar un ambiente seguro, de apoyo y confianza (11).

3. Reducción de intervenciones médicas

Se seleccionaron cuatro artículos que evidencian el uso de la MNF para reducir las intervenciones médicas, fomentando partos más naturales, menos medicalizados y potencialmente más seguros. Los estudios resaltan la importancia de la libertad de movimiento (11), que contribuye a una reducción del tiempo de trabajo de parto y de la fase expulsiva, evitando prácticas como la maniobra de Kristeller o la episiotomía y se expone que, la posición vertical durante el parto es muy beneficiosa, generando mayor bienestar en la parturienta y disminuyendo las intervenciones (11) (22).

La presencia de un acompañante significativo también es crucial en esta dimensión, ya que proporciona beneficios físicos y emocionales, disminuye la ansiedad y el miedo de la parturienta, incrementando su sensación de seguridad y reduce la necesidad de acciones intervencionistas (8). Este efecto se ve complementado por la reflexología, que, al fomentar la conciencia corporal, alivia el dolor, aumenta la satisfacción y disminuye la dependencia de métodos farmacológicos para el manejo del dolor (13).

Otra técnica destacada es la acupuntura, la cual, al aplicarse, reduce el dolor, incrementa la satisfacción y limita la necesidad de analgesia farmacológica (15).

Por último, es importante destacar que los autores indican que, al colocar a la mujer en el centro del proceso de parto, se reduce la influencia de los profesionales de la salud y se disminuyen las intervenciones obstétricas innecesarias para este proceso (11) (16).

DISCUSIÓN

Los métodos no farmacológicos (MNF) para el manejo del dolor durante el trabajo de parto son cada vez más valorados debido a su enfoque en la experiencia natural y el bienestar de la parturienta. La literatura científica indica que técnicas como la respiración y la reflexología pueden reducir el dolor y la ansiedad, especialmente en las etapas iniciales del trabajo de parto (16, 23). Estos hallazgos subrayan la importancia de un entorno físico y emocional tranquilo, así como la respuesta fisiológica positiva inducida por estas prácticas. Sin embargo, la efectividad de los MNF tiende a disminuir en las etapas avanzadas del parto, lo que sugiere la necesidad de combinarlos con otras intervenciones (23). Además, hay evidencia que sugiere que estos métodos pueden ser más útiles en etapas posteriores al parto (29).

La aromaterapia, por su parte, complementa estas técnicas modulando la experiencia del dolor a través de ciertos aromas (17). Los estudios señalan su beneficio, pero recomiendan que su uso debe ser supervisado por profesionales capacitados para evitar efectos secundarios, como alteraciones cutáneas (26). Este aspecto subraya la necesidad de un enfoque informado y cauteloso en la implementación de MNF.

El empoderamiento de las mujeres durante el trabajo de parto es crucial para una experiencia positiva. Facilitar el acceso al conocimiento y la elección de métodos de alivio del dolor refleja un cambio hacia un modelo de cuidado centrado en la parturienta y menos intervencionista (11)(24). Esto refuerza la idea de que la educación de las gestantes juega un rol fundamental en fortalecer su confianza y autonomía, impactando positivamente en su experiencia (25).

La presencia de un acompañante significativo, como se recomienda en Chile y otras regiones de América, proporciona soporte emocional y físico, mejorando la seguridad y el confort de la parturienta durante el parto (28). Este componente social y emocional es esencial para reducir la ansiedad y potenciar una experiencia positiva.

Como se evidencia, la combinación de diferentes MNF puede crear una sinergia que maximice el alivio del dolor y fomente una experiencia de parto más activa y controlada por la mujer (9). Este enfoque holístico y personalizado resalta la necesidad de una atención materna y perinatal adaptable a las preferencias individuales de cada parturienta.

Por lo tanto, aunque se observan beneficios, es esencial reconocer las limitaciones y la variabilidad en la efectividad de los MNF (12). Esto resalta la importancia de continuar investigando para optimizar y personalizar el cuidado perinatal mediante una formación integral en el pregrado de matronas y matrones. La adopción efectiva de estos métodos requiere no solo evidencia sólida, sino también un cambio cultural y educativo entre los profesionales de salud.

CONCLUSIÓN

La revisión demuestra que técnicas no farmacológicas, como la respiración, la reflexología y la aromaterapia, son efectivas en la reducción del dolor y la ansiedad durante el parto, promoviendo una experiencia más positiva y natural. Estas técnicas empoderan a las mujeres y permiten un cuidado más centrado en sus preferencias individuales.

El acompañamiento significativo durante el parto ofrece un apoyo emocional y físico crucial, mejorando la experiencia de la parturienta. La combinación de técnicas no farmacológicas puede optimizar el alivio del dolor y proporcionar un manejo más integral del parto.

Para implementar efectivamente estos métodos en la práctica clínica, es esencial promover un cambio cultural y educativo entre los profesionales de salud y mejorar la formación de los estudiantes de obstetricia. Esto contribuirá al desarrollo de la disciplina y al mejoramiento del cuidado de las mujeres y sus familias durante el parto y el posparto.

SUGERENCIAS:

- Para mejorar el manejo del dolor durante el parto, es esencial impulsar la investigación en métodos no farmacológicos y actualizar la formación de estudiantes de obstetricia y matronas. Además, se debe perfeccionar la capacitación del personal de salud en estos métodos para reducir intervenciones innecesarias y apoyar la autonomía de las mujeres.

REFERENCIAS

1.- **Cortés F, Merino W, Bustos K.** Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. *Rev Chil Anest.* 2019;49(5):614-24. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n05-05>

2.- **Sepúlveda-Torres M, Carvajal C, Cavieres F Á.** Estudio transversal de prevalencia y características del dolor crónico en pacientes con esquizofrenia. *Rev Med Chile.* 2021;149(7):1023-30. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000701023>

3.- **García G, Mendieta L, Alatraste V, Luna F, Limón D, Martínez García MI.** El dolor. Una revisión a la evolución del concepto. *Cienc Nicolaita.* 2017;(69). Disponible en: <https://doi.org/10.35830/cn.vi69.339>

4.- **Organización Mundial de la Salud.** Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea: Visión de conjunto. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1

5.- **Angolile C, Max B, Mushemba J, Mashauri H.** Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Sci Rep.* 2023;6(5): e1274. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hsr2.1274>

- 6.- OPS.** Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 7.- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.** A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas [The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas]. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e112. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>
- 8.- Mascarenhas V, Lima T, et al.** Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(3):350-357. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>
- 9.- Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M.** Terapias complementarias en el trabajo de parto: ensayo clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40: e20190026. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>
- 10.- Melillo A, Maiorano P, Rachedi S, Caggianese G, Ferrara C, Gallo L, De Pietro G, Guida M, Giordano A, Chirico A.** Labor Analgesia: A systematic review and meta-analysis of non-pharmacological complementary and alternative approaches to pain during first stage of labor. *Crit Rev Eukaryot Gene Expr.* 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1615/critreveukaryotgeneexpr.2021039986>
- 11.- Prieto Bocanegra B, Gil Sosa J, Madrid Simbaqueba D.** Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. *Scielo.* 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200404
- 12.- Smith C, et al.** Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009514.pub2>
- 13.- Arnon Z, Dor A, Bazak H, Attias S, Sagi S, Balachsan S, Schiff E.** Complementary Medicine for Laboring Women: A Qualitative Study of the Effects of Reflexology. *J Complement Integr Med.* 2018;16(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jcim-2018-0022>
- 14.- Santiviáñez R, De Las Nieves E, Santero M.** Music Therapy in Pain and Anxiety Management During Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas).* 2020;56(10):526. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>
- 15.- Smith C, et al.** Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009290.pub3>
- 16.- Benigno C, Cecagno D, Porto A, Cecagno S, De Araújo Marques V, Soares M.** Non-pharmacological therapies Applied in Pregnancy and Labor: An Integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019019703681>
- 17.- Paviani B.** O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. *REME Rev Min Enferm.* 2019;23:e1262. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1047969>
- 18.- Torkiyan H, Sedigheh Sedigh Mobarakabadi, Heshmat R, Khajav A, Ozgoli G.** The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. *PubMed.* 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33607215/>
- 19.- Tabatabaeichehr M, Mortazavi H.** The Effectiveness of aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic review. *Ethiop J Health Sci.* 2020;30(3). Disponible en: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>
- 20.- Romero M, Moreno A, Jimeno JC.** Atención al parto en domicilio. Comadrona, hospital Virgen del Camino de Pamplona. *Enfermero, Centro de salud de Allo (Navarra) Medicina Naturista. Medicina Naturista.* 2014;8(1):23-30.

21.- Lara SRG de, Magaton APF da S, Cesar MBN, Gabrielloni MC, Barbieri M. Vivencia de mujeres en trabajo de parto con el uso de esencias florales. *Rev Pesqui Cuidado é Fundamental*. 2020;12(1):161-167. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ps/P161167>

22.- Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2008;54(1):49-57. Disponible en: <https://www.re-dalyc.org/pdf/3234/323428187011.pdf>

23.- Arnold MJ, Dhaliwal S. Complementary and integrative treatments for pain management in labor. *American Family Physician*. 2019 Feb 1;99(3):155. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0201/p154.html>

24.- De Lara SRG. Vivência de mulheres em trabalho de parto com o uso de essências florais. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2020;12:161-7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1048347>

25.- Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(6):586-595. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600586>.

26.- Caballero Rodríguez MC, Fernández Sancho A, Gregorio Jordán M, García CS, Becas Azagra M, Blasco Lázaro I. Uso de la aromaterapia en el trabajo de parto: revisión bibliográfica. *Rev Sanit Investig*,(4). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/uso-de-la-aromaterapia-en-el-trabajo-de-parto-revision-bibliografica/>

27.- Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 3. Art. No.: CD012449. DOI: 10.1002/14651858.CD012449.pub2.

28.- Garcia-Carrera, Gianina, Solis Rojas, Mirian, Barja-Ore, John, Salazar Salvatierra, Emma, & Zagaceta Guevara, Zaida. (2021). Expectativas de la gestante sobre el acompañamiento de la pareja durante el trabajo de parto. *Revista Cubana de Medicina*

Militar, 50(4), . Epub 01 de diciembre de 2021. Recuperado en 04 de septiembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000400024&lng=es&tlng=es.

29.- Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health [Internet]*. 2019;16(1):71. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0735-4>

ANEXOS

Tabla 1. Resultados de búsqueda y selección de artículos por cada base de datos descrita, incluyendo las palabras claves y filtros utilizados para esta revisión narrativa.

Filtros	Resultados de búsqueda y selección					Total
	Scielo	Cochrane Library	Scopus	PubMed	Lilacs	
Palabras clave	(parto) AND (terapias complementarias)	(labor) AND (Pain Management)	("labor pain") AND (complementary therapies)	(labor pain) AND (complementary medicine)	(labor pain) AND (complementary medicine)	
Resultado total de la búsqueda	23	43	153	493	17	729
Idioma español, inglés o portugués.	23	43	37	446	17	566
Año de publicación 2018-2022	18	13	37	112	11	191
Texto completo gratis.	18	13	37	37	11	116
Nº lectura de títulos	7	4	21	16	10	58
Lectura de abstract/resumen	5	3	9	8	7	32
Lectura completa de artículos.	4	3	1	5	2	15

Tabla 2. Artículos seleccionados para la realización de la investigación.

Autor	Año	País	Título	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Smith et al.	2018	Australia.	Masaje, reflexología y otros métodos manuales para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.	Ensayo controlado aleatorizado.	14 ensayos	Los métodos no farmacológicos como el masaje, la utilización de compresas calientes, métodos manuales térmicos y la musicoterapia mostraron una reducción de la intensidad del dolor en el trabajo de parto.	https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3
Smith et al.	2018	Australia.	Técnicas de relajación para el manejo del dolor en el parto.	Revisión sistemática.	19 artículos	La relajación, el yoga y la música pueden tener una función en la reducción del dolor y en el aumento de la satisfacción con el alivio del dolor. No hubo evidencia suficiente sobre la función de la conciencia plena y la audioanalgesia. La mayoría de los ensayos no informaron sobre la seguridad de las intervenciones.	https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2
Arnon et al.	2018.	Israel.	Medicina complementaria para parturientas: un estudio cualitativo de los efectos de la reflexología.	Estudio cualitativo.	36 parturientas.	De los 36 participantes, 34 (94%) describieron una experiencia positiva y empoderadora. Informaron una reducción del dolor y la ansiedad, y una mayor sensación de autoeficacia provocada por la capacidad de volverse activa y gestionar el parto.	https://doi.org/10.1515/jcim-2018-0022
Arnold y Dhaliwal.	2019	Estados Unidos.	Tratamientos complementarios e integrados para el manejo del dolor en el parto.	Análisis bibliográfico.	2 artículos.	Los masajes, las intervenciones térmicas, las técnicas de relajación y el yoga reducen el dolor durante el trabajo de parto latente pero no en la fase activa. Se demostró que hubo otros beneficios de estos tratamientos como lo es la reducción en la duración del parto en el caso del yoga.	https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0201/p154.html
Cavalcanti et al.	2019	Brasil	Terapias complementarias en el parto: Ensayo clínico aleatorizado.	Ensayo factorial clínico, aleatorizado y controlado.	128 parturientas.	Hubo un aumento en la puntuación del dolor y una reducción de la ansiedad en todos los grupos, especialmente cuando utilizaron la ducha. La dilatación cervical aumentó significativamente en todos los grupos, así como también aumentaron las contracciones uterinas y hubo una disminución en la duración del trabajo de parto y parto.	https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026

Autor	Año	País	Título	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Alves et al.	2019.	Brasil.	Evidencia científica sobre métodos no farmacológicos para aliviar el dolor del parto.	Revisión integradora.	19 artículos.	La acupuntura y la acupresión actúan tanto sobre aspectos fisiológicos del dolor, como sobre su subjetividad. Las terapias térmicas contribuyen como analgésico local en regiones afectadas por el dolor. La ducha caliente, la musicoterapia, la aromaterapia y las técnicas de respiración promueven la relajación, la reducción de la percepción del dolor y la disminución de los niveles de ansiedad. Los ejercicios con pelota suiza son importantes para reducir el dolor y adoptar la posición vertical, importante en la progresión del trabajo de parto. La reflexología redujo las quejas del dolor en las parturientas.	https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048
Prieto et al.		Colombia.	Terapias complementarias durante la gestación y parto.	Revisión integradora.	28 artículos.	Se analizaron diferentes terapias alternativas que se usan con mujeres gestantes: la masoterapia, hidroterapia, termoterapia, libertad de movimientos, uso de pelotas, visualización de imágenes, musicoterapia; las cuales dieron seguridad en su aplicación, con resultados beneficiosos para disminuir las molestias del parto y mostrando beneficios en el binomio madre-hijo.	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid
Smith et al.		Australia.	Acupuntura o acupresión para el manejo del dolor durante el parto.	Revisión bibliográfica.	28 ensayos.	La acupuntura aumenta la satisfacción al alivio del dolor, al mismo tiempo, la acupresión se asoció a una reducción de la intensidad del dolor.	https://doi.org/10.1002/14651858.CD009232.pub2
Paviani et al.		Brasil.	El uso de aceites esenciales en el trabajo de parto y parto: revisión de alcance	Revisión bibliográfica.	8 estudios.	El mayor beneficio de los aceites esenciales fue el alivio del dolor en especial el aceite esencial de lavanda el cual ayudó a una reducción significativa del dolor en mujeres nulíparas destacándose también otros efectos como la reducción del miedo y la ansiedad.	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1047969
Santivañez et al.		Perú.	Musicoterapia en el manejo del dolor y la ansiedad durante el parto: una revisión sistemática y un metaanálisis.	Revisión sistemática.	12 estudios.	Se demostraron beneficios de la musicoterapia en el manejo del dolor especialmente en mujeres primíparas y durante las fases latente y activas del parto.	https://doi.org/10.3390/medicina56100526
Tabatabaeichehr et al.		Irán.	La eficacia de la aromaterapia en el tratamiento del dolor y la ansiedad del parto: una revisión sistemática.	Revisión sistemática.	33 estudios.	La mayoría de los estudios estudiados confirmaron el efecto positivo en la reducción del dolor y además la disminución de la ansiedad en el trabajo de parto.	https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16

Autor	Año	País	Título	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Enlace
Godinho de Lara et al.		Brasil.	Vivencia de mujeres en trabajo de parto con el uso de esencias florales.	Estudio descriptivo.	30 parturientas.	Se constató que los efectos de la terapia floral actuaron en sinergia en la reducción de los síntomas estrés-miedo-tensión, además del aumento del bienestar emocional proporcionando a las parturientas la oportunidad de protagonizar su propio trabajo de parto y parto. Además, se demostró que las terapias florales juegan un papel importante en la perspectiva psicológica del control del dolor, ya que ayudan en la relajación y los pensamientos positivos, incluido el alivio del estrés y la ansiedad.	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1048347
Benigno et al.	2021.	Brasil.	Terapias no farmacológicas aplicadas en el embarazo y parto: una revisión integradora.	Revisión integradora.	41 artículos.	Las técnicas de respiración, el baño caliente y la hidrotterapia ayudaron a la reducción del dolor. Se demostraron otros beneficios como reducción de la ansiedad y aumento del autocontrol.	https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019019703681
Torkiyan et al.	2021.	Irán.	El efecto de la acupresión GB21 sobre la intensidad del dolor en la primera etapa del trabajo de parto en mujeres primíparas: un ensayo controlado aleatorio	Ensayo clínico aleatorizado.	174 mujeres.	Se observó una disminución significativa en la intensidad del dolor después de cada intervención en el grupo de acupresión GB21 en comparación con el grupo control. Se encontró que la estimulación de los puntos de acupuntura aumenta la secreción de endorfinas, ayudando a relajar y aliviar el dolor en los pacientes.	https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102683
Melillo et al.		Italia.	Analgesia del parto: una revisión sistemática y un metaanálisis de enfoques no farmacológicos complementarios y alternativos a dolor durante primera Etapa del parto	Revisión sistemática.	63 estudios.	La disminución del dolor es un resultado efectivo en las terapias analgésicas descritas en esta revisión. La aplicación de acupresión ha arrojado un efecto significativo en el dolor y teniendo como otro resultado positivo la disminución de la duración del parto.	https://doi.org/10.1615/critreveukaryotgeneexpr.2021039986

Percepción de estudiantes de obstetricia sobre telesimulación en un curso clínico durante la pandemia de Covid-19: lecciones y aprendizajes.

Midwifery students' perceptions of telesimulation in a clinical course during the Covid-19 pandemic: lessons and learnings

Camila Rojas-Cáceres¹, Alicia Carrasco-Parra¹, Gioconda Silva-Escobar¹, Pamela Aros-Vieyra²

¹ Profesora Asistente, Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y del Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

² Académica Instructor, Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y del Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

*Autor para correspondencia: afcarrasco@uchile.cl

RECIBIDO: 24 de Enero de 2024
APROBADO: 13 de Diciembre de 2024



DOI: 10.22370/revmat.1.2024.4141

LAS AUTORAS DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES.

Palabras claves: Educación Médica, Educación de Emergencia, Matrona, Telesimulación.

Key words: *Medical Education, Emergency Education, Midwifery, Telesimulation.*

RESUMEN

Antecedentes: la educación en ciencias de la salud se vio gravemente afectada por la pandemia Covid-19, dado el cierre de universidades y campos Clínicos. En la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, debido al contexto de educación remota de emergencia, cursos teóricos se reestructuraron a formato online y ciertas actividades de los cursos clínicos también.

Objetivo: describir la percepción estudiantil frente a la experiencia de telesimulación implementada en la asignatura Clínica de Atención Primaria II, de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile, entre enero y abril de 2021.

Material y método: estudio de diseño mixto convergente. Se envió un formulario de Google con trece preguntas estilo Likert y una pregunta abierta a estudiantes que participaron en telesimulación. Dieciséis estudiantes respondieron voluntariamente. Se realizó un grupo de discusión con los mismos participantes y se hizo un análisis descriptivo de la encuesta y narrativo del grupo de discusión.

Resultados: la percepción sobre la actividad fue buena. El estudiantado cree que la telesimulación es una estrategia didáctica que facilita el desarrollo del razonamiento clínico y del rol profesional. Se hace necesario incorporar tiempos de descanso durante la actividad y mejorar la entrega de rúbricas de evaluación.

Conclusión: la pandemia de Covid-19 afectó la forma en que enseñamos. La telesimulación es una técnica didáctica fácil de implementar que facilita el desarrollo del pensamiento crítico. Requiere de docentes y estudiantes altamente capacitados. Se hace necesario continuar con estrategias didácticas presenciales de manera que ambas puedan ser complementarias.

ABSTRACT

Background: health sciences education was severely affected by the Covid-19 pandemic, given the closure of Universities and Clinical Fields. In the Midwifery program at the University of Chile, theoretical courses were restructured into an online for-

mat due to the context of emergency remote education, and specific clinical course activities were also restructured.

Objective: describe the student perception regarding the telesimulation experience implemented in the subject of Primary Care Clinic II of the School of Obstetrics of the University of Chile between January and April 2021.

Material and Method: convergent mixed design study. A Google form with thirteen Likert-style questions and one open question sent to students who participated in telesimulation. Sixteen students responded voluntarily. A focus group was held with the same participants. Descriptive analysis of the survey and narrative of the focus group were used.

Results: the perception of the activity was good. The students believe that telesimulation is a didactic strategy that facilitates the development of clinical reasoning and the professional role. It is necessary to incorporate rest times during the activity and improve the delivery of evaluation rubrics.

Conclusion: the Covid-19 pandemic affected the way we teach. Telesimulation is a teaching technique that is easy to implement that facilitates the development of critical thinking. It requires highly trained teachers and students. It is necessary to continue with face-to-face teaching strategies to complement both.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de Covid-19 que enfrentó el mundo a partir de marzo de 2020 (1), provocó un gran impacto en la salud de las personas. Además de los impactos a nivel sanitario, económico, y sociales tuvo repercusiones en el área de educación en todos los niveles (2-4). La docencia universitaria en el área de las ciencias de la salud no estuvo libre de los efectos negativos de la pandemia, pues se realizaron ajustes para cumplir con los desafíos en dicho contexto y mantener la continuidad en la educación en salud (5).

El sistema de salud chileno, tanto público como privado, tuvo que reorganizarse para cumplir con la demanda asistencial. Hubo disminución de controles de salud preventivos o electivos (6,7), además de un estricto control de los aforos permitidos. En consecuencia, se suspendieron las prácticas clínicas de

carreras de salud (5), lo que afectó principalmente a los estudiantes de dicha área, como los de la carrera de Obstetricia y Puericultura.

Lo anterior generó un gran desafío en la docencia universitaria. Había experiencia anterior en la implementación de tecnologías de la información y comunicación (TICS) en los cursos teóricos de pregrado, (8) en particular como apoyo a las clases teóricas presenciales, para fomentar el aprendizaje guiado y la búsqueda del propio conocimiento del estudiante. Sin embargo, su uso era principalmente de apoyo a la docencia y en menor porcentaje se utilizaban como estrategias didácticas. En definitiva, la pandemia aceleró este proceso de incorporación de TICS, para poder continuar con la educación. Este hecho obligó a los docentes a aumentar su dedicación en tiempo para poder capacitarse en el área y mantener la calidad del proceso de aprendizaje, un gran desafío para el cuerpo docente.

Además del contexto sanitario y la falta de capacitación de los docentes en uso de TICS, hubo otro factor que afectó el proceso de aprendizaje, este fue la dificultad de acceso a internet por parte los integrantes de la comunidad educativa, siendo el estudiantado el estamento más afectado.

Según la Subsecretaría de Telecomunicaciones, en Chile se incrementó el acceso a internet de los hogares, de un 70,2% en 2015 a un 87,4% en 2018 (9), pero este acceso no fue igual para todo el estudiantado y se evidenciaron diferencias en la calidad y la estabilidad de la conexión a internet. Debido a esto, la Universidad de Chile tuvo que crear becas de conectividad y entregar dispositivos para disminuir la brecha del estudiantado (10,11).

Si bien, las competencias clínicas que se adquieren durante el ejercicio de las prácticas en centros de salud no son reemplazables por simulación clínica, la pandemia de Covid-19 obligó a integrar nuevas miradas, dado que muchos hospitales y campos clínicos docentes no permitieron asistencia de estudiantes en formación, debido a que los equipos clínicos debían abocar sus esfuerzos en la atención de esa enfermedad (10,12). Muchas de estas actividades de docencia clínicas fueron complementadas en un inicio con simulación en línea y presentación de ca-

tos clínicos y, mientras la situación epidemiológica lo permitió, se trabajó en simulaciones presenciales con aforo docente y estudiantil acotado **(13)**.

El cierre de los campos clínicos afectó de manera transversal a las distintas carreras de salud **(14)**. Un estudio dio cuenta de que el porcentaje de cierre de los centros de simulación clínica en Chile por al menos seis semanas fue de casi un 57 % **(15)**.

Esta situación cambió a partir de 2021, con un retorno progresivo de las actividades presenciales. Hasta hoy, todavía existe flexibilidad en realizar actividades curriculares online como tutorías asociadas a la creación de un producto con una evaluación sumativa. Esto facilitó la gestión de los tiempos estudiantiles y docentes, así como también el uso de los espacios físicos.

Con respecto a las ventajas que la literatura evidencia sobre las estrategias didácticas implementadas en línea, destacan la flexibilidad en el tiempo de docentes y estudiantes, la oportunidad en el error del trabajo con pacientes simulados y la grabación de las instancias educativas, garantizando la disponibilidad de visualización las veces que el estudiantado así lo requiera. Por otro lado, las desventajas que se describen son las deficiencias tecnológicas, tales como la falta de acceso a internet o de baja velocidad, las distracciones en casa o lugar de estudios y los hábitos de estudio no autorregulados **(16)**.

Considerando ese contexto y la limitada formación en campo clínico, se hizo necesaria una vigilancia curricular para adecuar y actualizar a la contingencia los planes de formación académica, por lo que es atingente y relevante conocer también la experiencia y percepción del estudiantado que vivenció la educación remota de emergencia **(5)**.

La telemedicina, la implementación y adaptación de didácticas en línea, llegó para quedarse **(17)**. El objetivo de este estudio fue explorar la percepción estudiantil frente a la primera experiencia de implementación de telesimulación en la asignatura de Clínica de Atención Primaria II (CAPII), en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó entre los meses de abril y diciembre de 2021 en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile, en Santiago, en el marco de la asignatura Clínica de Atención Primaria II (CAP II). Ésta sufrió cambios como el acortamiento de su duración a dos semanas y la reestructuración de la simulación clínica. Esta técnica didáctica estaba incluida en versiones anteriores de la asignatura, sin embargo, producto de las adecuaciones de la educación remota de emergencia, se realizó online como telesimulación.

El estudiantado creó situaciones clínicas a partir de pequeños enunciados contextualizados en las siguientes actividades de Atención Primaria de Salud (APS): control de regulación de fertilidad, control ginecológico y control prenatal. Se les entregó una ficha de una usuaria con mínimos datos clínicos, en donde se incorporaron aspectos patológicos. Con esta información elaboraron un guion para la paciente estandarizada y otro del profesional de matronería.

La actividad se planificó en pequeños grupos (de tres a cinco estudiantes), donde en una sesión sincrónica online por la plataforma Meet, representaron el rol del profesional y el de una paciente simulada estandarizada, frente al resto del grupo y de la comisión docente evaluadora. Por lo tanto, en esta actividad de telesimulación cada dupla debía: realizar anamnesis, revisar antecedentes, exámenes, entregar hipótesis diagnóstica e indicaciones.

Finalizada la sesión, se realizó una retroalimentación de parte de los pares y de los docentes. La actividad fue evaluada y calificada a través de una rúbrica elaborada y conocida previamente para esta situación. Dado que el estudiantado tuvo apoyo de becas para la conectividad no existieron grandes problemas de conexión y en los pocos casos cuando lo hubo por parte de la comisión docente o estudiante, se solicitó apagar y prender cámaras. Asimismo, antes de comenzar, se solicitaba prueba de audio y video. Además se consultaba qué dupla quería comenzar, por un lado para evitar interferencias externas y/o domésticas, y por otro lado, se consultaba sobre el estado anímico para diferir el inicio y que su desempeño no fuera afectado por causas fuera de lo académico.

Estudio descriptivo mixto de tipo convergente.

Este diseño se utiliza a menudo para comparar o combinar resultados (18). Su intención es obtener datos diferentes, complementarios sobre un mismo tema, con el objetivo de comprender a cabalidad las diferentes dimensiones de un problema o situación (19,20). La población de estudio fueron estudiantes del octavo semestre de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile, que finalizaron la asignatura CAP II

Respecto de los Criterios de Inclusión estos fueron: estudiantes pertenecientes a las cohortes 2016 y 2017 que cursaron la CAP II en modalidad on-line. No existieron criterios de exclusión.

Para recolectar la información cuantitativa sobre la satisfacción con la simulación clínica, se aplicó un formulario autoaplicado de Google forms. La Satisfacción con la simulación clínica fue la variable cuantitativa de estudio y fue definida como Estado cognitivo y emocional gratificante en el que se materializa en la percepción del ser humano frente al cumplimiento de sus expectativas (21), en este caso con la simulación clínica. Se consideran como componentes de este concepto, el aprendizaje significativo, la estructura de la simulación y la relación interpersonal (22).

Se utilizó una adaptación de la “Encuesta de calidad y satisfacción de simulación clínica”, validada para estudiantes de enfermería chilenos por Astudillo y cols, en el año 2017 (22).

De acuerdo con lo señalado por los autores, este instrumento presenta tres componentes: aprendizaje significativo, estructura de la simulación clínica y relación interpersonal con la simulación clínica.

Esta encuesta tuvo un coeficiente alfa de Cronbach para estos componentes de $\alpha=0,865$, $0,467$ y $0,550$ respectivamente. Sin embargo, se adaptó a los requerimientos de esta investigación y a su modalidad online. También se consideró una escala de satisfacción: alta, de 52 a 65 puntos; media, de 33 a 51 puntos, y baja, de 13 a 32 puntos. Además, se realizó un análisis descriptivo de los resultados de la encuesta. Se determinaron porcentajes utilizando el programa Excel.

Para la recolección de la información cualitativa, al finalizar la aplicación y análisis de la encuesta autoaplicada se invitó a quienes respondieron este instrumento a participar de manera voluntaria en un grupo de discusión, el cual buscó identificar las experiencias sobre la modalidad de CAP II, sus fortalezas y debilidades. El grupo de discusión fue grabado y transcrito de manera textual por las investigadoras.

El análisis cualitativo se realizó mediante un análisis narrativo de contenido. La información se codificó en dimensiones y categorías emergentes. La triangulación se realizó entre los miembros del equipo de investigación, lo que constituye un indicador de validez para los resultados obtenidos en el presente estudio. La información fue almacenada en un solo ordenador, la cual se eliminó al término de la investigación.

Se utilizó un muestreo por conveniencia de voluntarios. La encuesta fue respondida por dieciséis estudiantes y participaron del focus group cinco, de un total de setenta y cinco estudiantes que cumplían con los criterios mencionados.

A quienes aceptaron participar se les solicitó aprobar un consentimiento informado online. Luego de esta aprobación se les envió a sus correos un link con el Google forms de la encuesta. Se respetó la confidencialidad de quienes participaron, de acuerdo a las normas vigentes y a la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (23).

El estudio fue aprobado por la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile y por el Comité de Ética de Seres Humanos de la misma Institución con el código N°043-2021.

Limitaciones

Una de las limitaciones encontradas fue la baja participación estudiantil para responder el cuestionario online, probablemente debido a que se realizó durante el año 2021, en plena pandemia. El estudiante fue requerido para contestar múltiples cuestionarios online y además tuvo una alta carga académica. Se envió de manera reiterada la invitación a los correos institucionales, de manera general y personalizada. Otra limitación a mencionar es la utilización para la parte cuantitativa de una adaptación de un instrumento para evaluación de simulaciones

presenciales, la cual fue revisada por las autoras, pero no pudo ser piloteado previamente. Sin embargo, se solicitó que al contestar las aseveraciones, se considerara los escenarios de telesimulación como telemedicina.

RESULTADOS

Cuantitativos

Dieciséis personas respondieron el cuestionario virtual enviado para evaluar la telesimulación. Respecto de si la actividad fue satisfactoria, un 18,8 % mostró una posición neutral, un 43,8% estuvo de acuerdo y un 37,5 % muy de acuerdo con que fue una actividad satisfactoria. Un 100% está de acuerdo o muy de acuerdo con que la simulación ayuda a desarrollar el razonamiento crítico y la toma de decisiones, así como también que los casos simulados, se adaptan a los conocimientos teóricos (IV año). Otros aspectos en los que el estudiantado estuvo 100% de acuerdo o muy de acuerdo fueron: que es útil ver la actuación de pares y que el profesorado cuenta con una capacitación adecuada para esta actividad.

Por otro lado, un 18,8% manifiesta que está muy en desacuerdo o desacuerdo respecto a que la simulación ha mejorado las habilidades técnicas, este fue el punto que presentó mayor dispersión de respuestas. Las respuestas se detallan en la Tabla N°1

Cualitativos

1. Fortalezas de la telesimulación

La principal fortaleza que percibe el estudiantado es que les permite posicionarse en un rol profesional antes de desempeñarlo clínicamente a pesar de contar con solo una experiencia previa en atención primaria de salud, mencionan que les permitió situarse en un contexto clínico flexible por la estructura de la metodología, donde una pareja de estudiantes podía crear un guion de roleplaying que les permitiera mostrar cómo se desempeñarían frente a una usuaria con ciertos riesgos psicosociales o condiciones clínicas. Esto último les facilitaba aplicar un enfoque integral, no solo biomédico y centrado en el motivo de consulta clínico. Gracias a la estructura didáctica, les permitía ver la simulación del resto del grupo e identificar nuevas formas de entrevistar o educar en la atención clínica.

Otras de las ventajas que perciben es la posibilidad de equivocarse en un ambiente seguro y respetuoso, dando paso a la retroalimentación de la dupla docentes y pares. Cabe señalar que la metodología

fue calificada con una primera parte formativa, lo que también fue mencionado como una fortaleza. Con respecto a la realización de telesimulación, perciben como fortaleza la plataforma utilizada, trabajo en grupos pequeños y la relación docente estudiante (1:2) y poder realizar esta didáctica desde su casa y con sus pares. Todo lo anterior facilita el ambiente de respeto y confianza para simular.

Ent 1. *“En ese momento sí me lograba situar en el contexto y pensar. Ya, ésta es una usuaria que va a llegar por tal tipo de consulta y yo tengo que estar preparado para dar una atención adecuada”.*

Ent 3. *“A modo muy personal creo que una de las ventajas de la simulación es que, existe la posibilidad como de equivocarse, como sin ponernos tan nerviosos, como si bien obviamente en el futuro profesional vamos a trabajar con personas reales, yo creo que es super importante tener la posibilidad de que se generen espacios en donde uno pueda equivocarse y pueda ser retroalimentado tanto por sus docentes como por sus compañeros de manera respetuosa en un ambiente acogedor por así decirlo.”*

Por otra parte, les pareció realista simular en el rol profesional, porque debían tomar decisiones solos. De forma positiva rescatan la habilidad del estudiantado de tomar un rol simulado con responsabilidad, similar a un rol actoral, tomando muchas veces un rol de un género diferente al del estudiante. Creen que esta habilidad se relaciona con su experiencia presencial de práctica clínica en Atención Primaria I durante tercer nivel.

En relación con las habilidades técnicas o procedimentales, con un acuerdo unánime, refieren que la telesimulación no tiene por objetivo el desarrollo de estas habilidades. Más bien, su finalidad es desarrollar pensamiento crítico en la toma de decisiones en diferentes contextos clínicos, desempeñando un rol profesional, perfeccionar y estructurar la anamnesis de forma dirigida y con enfoque de riesgo en un tiempo cercano al que deben cumplir como futuros profesionales. Reconocen que las habilidades procedimentales son necesarias y esenciales en este nivel, sin embargo en su caso como habían cursado prácticas clínicas en primero, segundo y tercer nivel, no se vieron tan afectados como las generaciones que realizaron práctica clínica en estos niveles durante la pandemia.

Afirman que la telesimulación prepara no solo para enfrentar situaciones clínicas, sino que también contribuye a formar el perfil profesional que van a desempeñar como matronas y matronas, creando una identidad profesional. Hacen mención a la importancia de la motivación y la autoformación en casa, por ejemplo la necesidad de complementar la simulación con toma de presión o temperatura en casa, entrevista clínica con familiares o amigos.

Ent 3. *“... la simulación te prepara un poco para ese análisis de qué cosas me gusta, qué cosas no, qué cosas voy a tomar o qué cosas no voy a tomar de estas situaciones, y ... en la forma que uno termina tomando decisiones en el momento de desempeñarse en la práctica clínica y ya después como profesional.”*

Ent 4. *“Es importante saber que toda técnica tiene teoría. Entonces, practicar la teoría hace que la técnica sea un poco más fácil de adquirirla, si al final tenemos esas dos partes.”*

Otro aspecto positivo que mencionan desde su percepción es la posibilidad de desarrollar pensamiento crítico no solo en el análisis de las situaciones clínicas, sino que, en la forma de realizar la atención, en la comunicación, en como decir las cosas o entregar una indicación.

Asimismo, les permitía identificar errores de forma inmediata al finalizar la simulación y recibir retroalimentación de pares y de docentes. Refieren que también desarrollaron razonamiento clínico con todos los contenidos teóricos de la carrera, por lo que esta experiencia fue distinta a la de tercer nivel. Todos mencionan que la telesimulación les permitió tomar decisiones, pero no hay un acuerdo en que fue determinante al momento de priorizar aspectos de la atención. Probablemente sí la selección de que preguntar en uno u otro caso. Al parecer este proceso tiene factores personales como el trabajar en un servicio clínico de forma paralela o su experiencia en el internado.

Finalmente, el equipo docente del área de APS y su rol durante las telesimulaciones, fueron identificados como fortaleza. Lo caracterizan como un equipo preocupado de sus estudiantes y con capacidad de escucha, capaz de realizar una retroalimentación efectiva durante la actividad.

Ent 2. *“...el tema de la retroalimentación es, a mi juicio, es lo que da como el componente de seguridad de la simulación, obviamente, con toda la experiencia que tienen las y los docentes, siempre dan muchos tips que son muy buenos y que uno después cuando uno está en el internado como que se acuerda, onda en verdad, que la profe equis me dijo que en tal ocasión esto lo podría hacer como de tal forma.”*

2. Debilidades de la telesimulación clínica

Perciben sesiones muy largas y extenuantes más aún con grupos de trabajo grandes. También plantean que, al ser una actividad calificada, los estudiantes no corren riesgos y evitan mencionar algo que se pueda considerar como erróneo. Al iniciar la asignatura, no se contó con una rúbrica de evaluación, la que fue socializada después del primer grupo. Esto fue visto como otra desventaja. Otra debilidad fue no contar con insumos en casa, situación producida por la pandemia, lo que causaba la percepción de ausencia de un componente de la actividad clínica en simulación. Con relación a la complejidad de los casos o usuarias simuladas con muchas patologías o factores de riesgo, hicieron a ratos dificultoso continuar o dar un cierre a la atención. También mencionan la necesidad de claridad de aspectos administrativos en relación al formato de teleconsulta.

Ent 2. *“Es que, las actividades eran muy largas... porque al parecer dependían como de la rotación porque había rotaciones que los grupos eran más chicos, aún más pequeños, pero en mi rotación, por ejemplo, éramos como siete personas”*

Ent 3. *“me imagino que el objetivo de las simulaciones era tanto como reforzar las habilidades blandas como la organización de la atención, qué pregunto primero, qué pregunto después, pero al ser online tampoco contábamos, por ejemplo, con insumos por ejemplo no sé... el escritorio, la cinta para hacer, no sé, medir la altura uterina, si es que ese no era el objetivo entonces estaba bien, pero se perdía quizás un poquito el refuerzo de lo procedimental-técnico en esas actividades. Pero igual entiendo que tiene que ver con los recursos que todos disponíamos en ese momento.”*

La complejidad de los casos realizados, creen que fue alta, debido a que, al no tener un guion establecido, las personas que simulaban como pacientes (estudiantes) podían responder otro aspecto que cam-

biara la racionalidad del caso. Tener un guion o datos más precisos podrían haber apoyado el proceso de las derivaciones y manejo administrativo.

Mejoras de la telesimulación

Una de las mejoras que se propone es mejorar la construcción de casos para la asignatura. Donde se seleccionen patologías y aspectos biopsicosociales lo que permitiría tener casos no tan complejos, acordes al nivel curricular e integrativos, antes de la práctica clínica.

Por otro lado, se sugiere aplicar algunos contenidos teóricos como integrar casos de diversidad sexual y de hombres consultantes que aborden las atenciones que deben realizar matronas y matrones. Creen que integrar más casos de adolescentes donde se revise la ficha de atención adolescente (CLAP) sería propositivo en una nueva versión de la asignatura, además de casos sobre prolapso e incontinencia de orina de esfuerzo, con sus pautas de evaluación clínica y manejo. Perciben que es necesario integrar casos que se relacionen con situaciones difíciles, como entrega de malas noticias o resultados de exámenes alterados. Sin embargo, en este caso, creen necesario que las simulaciones se realicen presenciales y no online, ya que hay que poner en práctica otros elementos como la corporalidad.

Otra mejora propuesta es crear casos progresivos, donde la información se entregue de forma paulatina, al considerar esto más cercano a la realidad. Mencionan la necesidad de incorporar casos integrales sobre diadas o consultas de lactancia para tener una mejor preparación para enfrentar su internado.

Ent 3. *“Entiendo que los casos hasta ahora han sido contruidos como para entender la, saber qué hacer frente a situaciones que son las que más vemos de manera cotidiana en ese contexto, pero también me pasó que llegué, por ejemplo, al internado y en el internado tuve atenciones de chicos trans. Y tuvimos clases de diversidad sexual en la gine, las recuerdo, pero yo creo que no estaría demás quizás incluir estos casos, que van en aumento.”*

DISCUSIÓN

Uno de los aspectos que se destacó en el estudio fue la importancia de la retroalimentación y del rol docente desempeñado durante la telesimulación. Si bien algunos autores reconocen que fue difícil realizar este proceso por retraso en el audio o por problemas de conexión a internet, destacan el compromiso de los instructores y su capacidad para establecer conexión social para favorecer el realismo y cercanía de la interacción con el estudiantado. En este sentido es importante también incorporar el lenguaje inclusivo durante la telesimulación (24,25).

Maestre et al identifican como un elemento fundamental para el debriefing en telesimulación, así como también para motivar al estudiantado, la adaptación de los elementos comunicacionales no verbales y paraverbales. Para lo anterior sugiere mantener el micrófono y cámaras encendidos durante toda la actividad, además del uso continuo de elementos visuales como pizarra, chat u otros (26).

Si bien la enseñanza en línea facilita aspectos rutinarios, requiere de adaptaciones en el lugar donde se desarrolle. En el presente estudio, se menciona la importancia de contar con una conexión estable a internet y también con un espacio privado para realizar las telesimulaciones. Este punto es reconocido por Patel et al, quienes destacan la necesidad de que el estudiantado tenga acceso a dispositivos con capacidad para soportar una conectividad que permita teleconferencias, con alta fidelidad en un tiempo real (27).

En cuanto a las lecciones aprendidas durante la telesimulación en un contexto remoto de emergencia, Thomas plantea la importancia de identificar los objetivos o resultados de aprendizajes y evaluar si son aptos para ser desarrollados en telesimulación. En este mismo punto destaca la elaboración previa de la actividad, la importancia de que el estudiantado tenga una guía con los pasos a realizar, planificar un prebriefing y considerar tiempos para descanso o pérdidas de conexión del estudiantado y equipo docente (28). Este aspecto coincide con los resultados de este estudio. La telesimulación (29) es un recurso que tiene muchas ventajas, sin embargo, la simulación clínica se basa en la teoría del aprendizaje de Kolb (30), donde la experimentación pragmática permite la experiencia de aprendizaje reflexiva. En

este sentido la telesimulación puede verse limitada desde el espacio físico y práctico por lo que se debe cautelar la planificación.

Al igual que en el presente estudio, Guíñez y colaboradores, plantean la necesidad de mantener ciertas actividades online de simulación que puedan ser complementarias a las actividades presenciales. Un 46,6% de los centros considera importante mantener estas actividades en el tiempo (15). En relación con la frecuencia, en este estudio la telesimulación se realizaba, 2 veces a la semana, mientras que, según Guíñez y colaboradores, un 10% de los centros realizaron una vez a la semana telesimulación, un 30% de centros dos veces a la semana y un 46,7% por tres o más veces a la semana (15).

CONCLUSIÓN

Sin duda alguna la telesimulación llegó para quedarse y para complementar estrategias didácticas que se impartan de manera presencial. Esto posiblemente ayude a la gestión actual de los campos clínicos. Es un aprendizaje de lo vivido durante la pandemia de Covid-19 la capacidad de los equipos de reestructurar la formación en ciencias de la salud, especialmente en profesiones como la matronería que requieren campos clínicos altamente especializados.

REFERENCIAS

1. **Cucinotta D, Vanelli M.** WHO declares COVID-19 a pandemic. Vol. 91, Acta Biomedica. Mattioli 1885; 2020. p. 157-60.

2. **Murillo FJ, Duk C.** El Covid-19 y las Brechas Educativas. Revista latinoamericana de educación inclusiva [Internet]. 2020 Jun;14(1):11-3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-73782020000100011&lng=en&nrn=iso&tlng=en

3. **UNESCO, Instituto Internacional para la educación superior en Latinoamérica y el Caribe.** COVID 19 y Educación Superior: de los efectos inmediatos al día después. 2020.

4. **Centro Políticas Comparadas de la Educación, Organización de las Naciones Unidas para la Educación C y C, Consejo de Institutos Profesionales y centros de formación técnica acreditados.** La Educación Superior Técnico Profesional frente al COVID-19. 2020.

5. **Guarnizo Chávez AJ.** Vicisitudes y retos pedagógicos en medio de la emergencia sanitaria. La formación médica en tiempos de COVID-19. Educación Médica [Internet]. 2021 Feb; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181321000140>

6. **MOVID19.** ¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en el acceso a atenciones de salud? 2020.

7. **Grupo de reactivación sanitaria - Colegio Médico de Chile.** EL IMPACTO DE COVID19 EN EL SISTEMA DE SALUD Y PROPUESTAS PARA LA REACTIVACIÓN [Internet]. 2020. Available from: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf>

8. **Benvenuto A.** LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TIC) EN LA DOCENCIA UNIVERSITARIA. Theoria [Internet]. 2003;12:109-18. Available from: <https://www.re-dalyc.org/pdf/299/29901210.pdf>

9. **Subsecretaría de Telecomunicaciones G de C.** IX Encuesta Accesos y Usos de Internet [Internet]. 2017. Available from: https://www.subtel.gob.cl/wp-content/uploads/2018/05/ppt_usos_may2018.pdf

10. **Lizaraso Caparó F, Jorquiera T.** El amor (a la educación médica) en los tiempos de la COVID-19. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. 2020 Jun 30;20(2):e1205. Available from: <http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1221>

11. **Universidad de Chile.** Brecha digital y educación online: la pandemia no es igual para todos [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.uchile.cl/noticias/164931/brecha-digital-y-educacion-online-la-pandemia-no-es-igual-para-todos>

12. **Keegan DA, Bannister SL.** More than moving online: Implications of the COVID-19 pandemic on curriculum development. Vol. 55, Medical Education. Blackwell Publishing Ltd; 2021. p. 101-3.

13. **Sánchez-Duque JA.** Educación médica en tiempo de pandemia: el caso de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Educación Médica* [Internet]. 2020 Jul;21(4):259-60. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181320300711>
14. **Alemán I, Vera E, Patiño-Torres MJ.** COVID-19 y la educación médica: retos y oportunidades en Venezuela. *Educación Médica* [Internet]. 2020 Jul;21(4):272-6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181320300772>
15. **Guinez-Molinos S, Castillo B, Espinoza Carrasco P.** Online clinical simulation for health science students during the COVID-19 pandemic. *Educación Médica*. 2023 Nov 1;24(6).
16. **Vergara E, Vergara R, Alvarez M, Camacho L, Galvez J.** Educación médica a distancia en tiempos de COVID-19. *Educación Médica Superior*. 2020; vol.34(no.2).
17. **Ahmed H, Allaf M, Elghazaly H.** COVID-19 and medical education. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020 Jul;20(7):777-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920302267>
18. **Núñez-Cortés JM.** Educación médica durante la crisis por Covid-19 [Internet]. Vol. 21, *Educación Médica*. 2020 May. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181320300656>
19. **Creswell JW, Clark VLP.** Praise for the Third Edition Designing and Conducting Mixed Methods Research. 3rd ed. London; 2018. 39-42 p.
20. **Stacciarini JMR, Cook CL.** La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015 Jul;12(3):99-101. Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/127>
21. **Sánchez J.** Satisfacción estudiantil en educación Superior: validez de Su Medición [Internet]. Santa Marta; 2018. Available from: https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/1027/SATISFACCION_ESTUDIANTIL.pdf?sequence=4&isAllowed=y
22. **Astudillo Araya Á, López Espinoza MÁ, Cádiz Medina V, Fierro Palma J, Figueroa Lara A, Vilches Parra N.** VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA DE CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE SIMULACIÓN CLÍNICA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2017 May;23(2):133-45. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000200133&lng=en&nr m=iso&tlng=en
23. **(AMM) WMA.** Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *World Medical Association, Inc.* 2013;1-8.
24. **Antoun J, Romani M, Johnson A, Brock C, Hamadeh G.** Balint seminars: The transatlantic experience through videoconference. *Fam Pract.* 2014 Dec 1;31(6):733-8.
25. **Cheng A, Kolbe M, Grant V, Eller S, Hales R, Symon B, et al.** A practical guide to virtual debriefings: communities of inquiry perspective. *Advances in Simulation*. 2020 Dec 1;5(1).
26. **Maestre JM, García-Camarero T, Veiga G, Holanda MS, Alonso H, Fradejas V, et al.** A practical guide to online debriefing: A scoping review and analysis of distance-based simulation programs. *Educación Médica*. 2021 Nov 1;22(6):330-9.
27. **Satish P, Baria D.** Development and validation of UV spectrophotometric method for simultaneous estimation of naphazoline hcl and phenylephrine HCL in eye drops. 2020 Sep. <https://doi.org/10.53879/id.57.06.11613>
28. **Thomas A, Burns R, Sanseau E, Auerbach M.** Tips for Conducting Telesimulation-Based Medical Education. *Cureus*. 2021 Jan 4.
29. **Lioce L. (Ed.) LJ (Founding Ed), DD, CTP, RJM, AM, DDA, and SAE (Assoc. Eds) and the T and CWG O.** *Healthcare Simulation Dictionary*. Healthcare Simulation Dictionary. Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
30. **Gómez J.** El aprendizaje Experiencial. Universidad de Buenos Aires. n.d. Available from: https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_5/1/3.Gomez_Pawelek.pdf

ANEXOS

Tabla 1. Resultados encuesta satisfacción con la telesimulación.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
La simulación es un método docente útil para el aprendizaje			12.5 % (2)	68.8 % (11)	18.8 % (3)
Los escenarios donde se desarrolla la simulación son realistas		6.3 % (1)	31.3 % (5)	43.8 % (7)	18.8 % (3)
La experiencia con simulación ha mejorado mis habilidades técnicas	6.3 % (1)	12.5 % (2)	18.8 % (3)	50 % (8)	12.5 % (2)
La simulación ayuda a desarrollar el razonamiento crítico y la toma de decisiones				43.8 % (7)	56.3 % (9)
Los casos simulados se adaptan a mis conocimientos teóricos				50% (8)	50% (8)
Esta experiencia ha aumentado mi seguridad y confianza		6.3 % (1)	31.3 % (5)	37.5 % (6)	25% (4)
La simulación me ha ayudado a integrar teoría y práctica			37.5% (6)	25 % (4)	37.5 % (6)
En simulación, es útil ver las actuaciones de mis pares				50% (8)	50% (8)
La capacitación del profesorado es adecuada				43.8 % (7)	56.3 % (9)
La simulación fomenta la comunicación entre los miembros del equipo.		6.3 % (1)	25 % (4)	31.3 % (5)	37.5 % (6)
La simulación clínica ayuda a priorizar la actuación profesional		12.5 % (2)	6.3 % (1)	62.5 % (10)	18.8 % (3)
La simulación ha mejorado mi competencia clínica		6.3 % (1)	31.3 % (5)	56.3 % (9)	6.3 % (1)
En general la experiencia con simulación clínica ha sido satisfactoria			18.8 % (3)	43.8 % (7)	37.5 % (6)