



Universidad
de Valparaíso
CHILE

REVISTA  MATRONERÍA
ACTUAL

Año 2, Nº2, Abril 2021

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura



Año 2, 2021, Nro. 2
Revista Cuatrimestral con Publicación Continua
Enero a Abril 2021

ISSN: 2452-5820

Contemporary Midwifery Journal
Quarterly Journal with Continuous Publication
Nº 2 (2021)

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

Revista Matronería Actual

Contemporary Midwifery Journal

ISSN: 2452-5820

Nº1 (2021)

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

Comité Editorial | Editorial Committee:

Directora | Director:

Ingrid Vargas Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Editora en Jefe | Editor in Chief:

Paula Oyarzún Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)

Equipo Editorial | Editorial Board:

Claudia Gutiérrez Mella (Universidad de Valparaíso, Chile)

Nicole Iturrieta-Guaita (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ivan Montenegro Venegas (Universidad de Valparaíso, Chile)

Paula Oyarzún Andrades (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ana María Silva Dreyer (Universidad de Valparaíso, Chile)

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

Ingrid Vargas Stevenson (Universidad de Valparaíso, Chile)

Comité Científico | Scientific Committee:

Mercedes Carrasco Portiño (Universidad de Concepción, Chile)

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

Horacio Croxatto Avoni (Universidad Andrés Bello, Chile)

Francisco Esteban Bara (Universitat de Barcelona, España)

Jorge Fabres Biggs (Universidad Católica de Chile, Chile)

Patricio Godoy Martínez (Universidad Austral de Chile, Chile)

Paulina López Orellana (Universidad de Valparaíso, hasta 2019)

Teodor Mellen Vinagre (Universitat de Barcelona, España)

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

Sebastián San Martín Henríquez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Asistente Técnico | Technical Assistant:

Rodrigo Castro Reyes (Universidad de Valparaíso, Chile)

Maquetación | Modeling:

Cristian Carreño León (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revisores | Reviewers:

Mercedes Arenas Jara (Universidad de Talca, Chile)

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

Bernardita Baeza Weinmann (Universidad de la Frontera, Chile)

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

Marcela Díaz Navarrete (Universidad de Chile, Chile)

Anna Escofet Roig (Universidad de Barcelona, España)

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

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

Nicolás Fuster Sánchez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Karla Gambetta Tessina (Universidad de Talca, Chile)

Patricio Godoy Martínez (Universidad Austral de Chile, Chile)

Marcela González Aguero (Universidad Católica de Chile, Chile)

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

Gonzalo Infante Grandón (Universidad de la Frontera, Chile)

Alejandro Madrid Villegas (Universidad de Playa Ancha, Chile)

Alberto Moreno-Doña (Universidad de Valparaíso, Chile)

Maribel Muñoz Molina (Universidad de La Frontera, Chile)

Augusto Obando Cid (Universidad de La Frontera, Chile)

Jovita Ortiz Contreras (Universidad de Chile, Chile)

Francisco Pantoja Molina (Universidad de Valparaíso, Chile)

Mario Parraga San Román (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ruth Prieto Gómez (Universidad de La Frontera, Chile)

Marianella Quiro Puentes (Clínica Valparaíso, Chile)

Leonardo Reyes Torres (Universidad de Atacama, Chile)

Pamela Rivero Bravo (Ministerio de Salud, Chile)

José Sanchez Rodríguez (Universidad Arturo Prat)

David San Martín Roldán (Universidad de Valparaíso, Chile)

Sebastián San Martín Henríquez (Universidad de Valparaíso, Chile)

Ingrid Sepúlveda Canales (Universidad de Valparaíso, Chile)

Mario Vergara Díaz (Hospital Carlos Van Buren, Chile)

Joan Villena García (Universidad de Valparaíso, Chile)

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

Correctores de Texto | Text Correctors:

Gonzalo Battocchio García (Universidad de Valparaíso, Chile)

Estefania Cruz Navea (Universidad de Valparaíso, Chile)

Revista Matronería Actual es distribuida bajo licencia Creative Commons:

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Contemporary Midwifery Journal is licensed under a Creative Commons:

Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License



Giorgia Cartes Bravo

Magister en Salud Pública
Directora Nacional de Matronería
Ministerio de Salud de Chile

Mayo de 2021

Estimadas/os lectores:

A nivel Mundial se han hecho esfuerzos importantes por centrar a las matronas y matrones como esenciales, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados maternos y neonatales, acabar con las muertes maternas y neonatales prevenibles y de ese modo lograr el Objetivo 3.1 del Desarrollo Sostenible de la OMS para el año 2030 (Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos).

Este año en particular fue muy especial en este sentido, ya que se publicó el “Reporte sobre el Estado de la Partería en el Mundo 2021” (SoWMy 2021, por sus siglas en inglés), el cual ofrece una base de datos actualizada y un análisis detallado sobre el impacto de las matronas y matrones en los resultados de la salud materna y neonatal, además de la rentabilidad de la inversión en Matronería, y que fue dirigido en conjunto por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la OMS y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), y cuyo trabajo es de gran orgullo a nivel mundial, ya que por primera vez contamos con un documento que muestre nuestra realidad como matronería.

Fue de hecho en base a este documento, que para la celebración del Día internacional de la Matronería, el 5 de mayo, se usó el lema “Los datos hablan por sí mismos: hay que invertir en las Matronas”, queriendo justamente hacer el énfasis en la importancia para los gobiernos, no solo en el aspecto económico que conlleva el tener un buen nacer, como hito social, sino que al uno evaluar el impacto a largo plazo, la evidencia y estudios muestran claramente una disminución de todas las patologías crónicas que puedan presentarse a futuro, como diabetes, hipertensión, problemas de adaptación, etc.

De hecho, estadísticamente este documento nos señala que si solo contratáramos un 10% de matronas como línea base cada 5 años, lograríamos disminuir en un 22% las muertes maternas, en 23% las muertes neonatales y un 14% las muertes fetales.

Lo anterior no es menor, y a nivel nacional la Matronería se ha desarrollado de gran manera, adquiriendo expertiz y competencias para mantener y reducir todos los indicadores materno perinatal, pero además reforzando los esfuerzos a lo solicitado por la OMS de reducir la tasa de cesárea. Este último punto es muy relevante para nosotros, ya que nos compromete a una atención integral de nuestras gestantes, en su acompañamiento, haciendo del parto un momento positivo.

Sin embargo, no podemos olvidar que la matronería abarca mucha más acciones, ya que es el pilar fundamental en la salud sexual y salud reproductiva de la mujer, neonato y la familia, al ser los profesionales que estamos presentes en todo el cuidado del ciclo vital de la mujer, en su adolescencia, planificación familiar, en el preconcepcional y prenatal, durante el proceso de parto y postparto, el climaterio, y en la prevención y control de ITS/VIH, sin dejar de lado todo el proceso de lactancia y los cuidados que le otorgamos al recién nacido dentro de los primeros 27 días de nacimiento.

Por todo esto, el nombramiento de la Dirección Nacional de Matronería en 2020, marca un hito importante para nuestro país y para la Matronería en el mundo, ya que fuimos el primer país latinoamericano y el tercero en el mundo según la ICM, reflejo del compromiso adquirido por nuestro país con la OMS al crear este puesto de liderazgo en el Ministerio de Salud en pos de avanzar en los objetivos nacionales e internacionales.

Así, durante esta pandemia hemos hecho esfuerzos importantes en mantener todas las prestaciones en los diferentes niveles de atención, aun cuando hemos evidenciado la falta de recurso humano para lograr las coberturas y mantenerlas, ya que muchas se vieron afectadas, como le ocurrió a la cobertura de PAP, donde sabemos que esto tendrá implicancias en un aumento en los canceres pre-invasores, y así un sinfín de otros procesos.

Y aunque todavía tenemos muchos desafíos para mejorar en cuanto a infraestructura y recurso humano, es importante seguir creciendo, capacitándose, adquiriendo las competencias tanto en lo clínico como en la gestión, ya que somos nosotros, la Matronería, la que debe seguir salvaguardando los derechos sexuales y reproductivos, y mantener el trato y acompañamiento respetuoso en el parto para alcanzar una atención de calidad para nuestra población.

Tabla de Contenidos
Table of Content

1. Percepción paterna acerca de su participación en el parto.
Fathers' perception about their participation in childbirth 07 - 19
2. Composición y actividad antifúngica del aceite esencial de *Fabiana imbricata* contra levaduras del género *Candida*.
Composition and antifungal activity of Fabiana imbricata essential oil against Candida yeasts..... 21 - 26
3. Técnica de suplementación bránula al dedo en apoyo a la lactancia materna. Reporte de casos.
Branula and finger supplementation technique in support of breastfeeding. Case report..... 27 - 34
4. Separación Madre - Recién Nacido hospitalizado en pandemia: Un acontecimiento para reflexionar.
Mother hospitalized newborn separation in pandemic: An event to reflect on..... 35 - 41

Percepción paterna acerca de su participación en el parto

Fathers' perception about their participation in childbirth

Ana María Silva Dreyer¹, Cynthia Carrasco Carré², Daniela Oliva Sánchez³, Catalina González Salas³, Ángela Gálvez Loyola³, Flavia Faúndez López³, Bárbara Tapia Jofré³, Ariadna Orrego Vergara³, Yuseska Cid Armijo³

¹Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud, Universidad de Valparaíso. Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial, Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso. La Troya esquina El Convento s/n. San Felipe

²Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud, Universidad de Valparaíso. Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar.

³Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. La Troya esquina El Convento s/n. San Felipe

*Autor para correspondencia: anamaria.silva@uv.cl

RECIBIDO: 14 de Diciembre de 2020

APROBADO: 29 de Abril de 2021



DOI: 10.22370/rev.mat.2.2021.2533

ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESIS DE PREGRADO | LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Parto, Participación padre, Percepción.

Key words: Birth delivery, Father participation, Perception.

RESUMEN

Antecedentes: La atención del parto se ha ido modificando progresivamente, dando paso a una atención personalizada, la cual releva el acompañamiento a la mujer. En Chile hay avances en la materia, aun cuando los estudios suelen estar más centrados en el efecto en la mujer que en la vivencia de los padres. Conocer su visión es relevante para la promoción de su participación.

Objetivo: Describir la percepción que tienen los padres acerca de su participación en el parto.

Material y método: Estudio cualitativo, que aplicó una entrevista semiestructurada a 28 participantes. La información fue procesada mediante análisis de contenido cualitativo.

Resultados: La percepción general de los padres acerca de su participación en el parto es positiva, y saben que es un derecho. Una motivación central es considerar especial el momento, en el cual deben estar presentes. Valoran haber sido partícipes, destacan haber podido apoyar a sus parejas, y opinan haber recibido una buena atención por parte del

equipo de salud. No obstante, para algunos fue una experiencia negativa por el sufrimiento de la madre, y por insatisfacción con la atención clínica recibida. Cierta insatisfacción se dio por la resolución de tipo de parto vía cesárea, a pesar de la preferencia por un parto natural.

Conclusiones: Los padres valoran su participación en el parto como experiencia relevante en sus vidas. Se observan condiciones favorables para involucrarlos más activamente. Se recomienda mayor educación antenatal, participación en la decisión del tipo de parto, adecuación física hospitalaria, y desarrollo de facilidades y legislación laboral.

ABSTRACT

Background: Delivery care has been progressively modified towards a personalized health care model, that considers accompaniment of the mother in this process as relevant. In Chile there are advances in the matter, even though studies tend to be more fo-

cused on the woman's wellbeing than on the father's experience. Knowing their vision is relevant to promote their participation.

Objective: Describe father's perception about their participation in childbirth.

Methods: Qualitative study, which applied a semi-structured interview to 28 participants. The information was processed through qualitative content analysis.

Results: The general perception of fathers about their participation in childbirth is positive, and they know that it is their right. A central motivation is to consider the moment special, in which they must be present. They value their participation, highlighting having been able to support their partner, and believe to have been well treated by the health team. However, for some fathers it was a negative experience due to the mother's suffering and dissatisfaction with the clinical care received. Some dissatisfaction arose from the resolution of the type of delivery via cesarean section, despite the preference for a natural delivery.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento constituye una de las etapas del parto y consiste en la expulsión o extracción del feto desde el cuerpo materno. Es un proceso íntimo para la gestante, altamente sensible (1), dado lo cual en las últimas décadas se han desarrollado esfuerzos tendientes a que sea una experiencia positiva. En Chile, a partir del año 2008 se ha promovido una modalidad de atención del parto denominada "personalizada" (2), acorde a recomendaciones de organismos internacionales (3)(4)(5). Se expresa en un manual (2) y en orientaciones de la red de protección de la infancia Chile Crece Contigo (6). Entre las recomendaciones se encuentra la de acompañamiento de la madre por parte de una persona significativa, preferentemente del padre, cuando éste es una figura presente y ambos lo deseen.

En estudios primarios y revisiones de literatura, se señala que el acompañamiento del progenitor en la gestación y el parto tiene efectos positivos en la relación emocional del padre con la madre y el recién nacido, aumentando el bienestar materno durante el parto (7)(8)(9)(10)(11) y aunque no incide en la mortalidad, mejora los resultados obstétricos (12)(13). En Chile, investigaciones han llegado a conclusiones similares. Para las mujeres la presencia del

padre es valorada (14)(15)(16)(17)(18)(19), y se ha observado más participación paterna en los cuidados del recién nacido cuando es activamente involucrado en las actividades del parto por parte del equipo de salud (18).

La implementación de las recomendaciones de parto personalizado en Chile ha dado lugar a estudios evaluativos, que evidencian diversos obstáculos. En cuanto al acompañamiento, si bien se reportan avances, aún se observa una brecha (14)(15)(19)(20)(21), a raíz de diversas limitaciones y exclusiones de índole cultural, institucional y social para la participación paterna (14)(15), lo que también ha sido estudiado en otros países, como España (21).

Si bien el rol del padre en este proceso de gestación y parto ha sido declarado relevante, es aún limitado el conocimiento que existe respecto a la visión o perspectiva del progenitor sobre el parto y sobre su participación en éste (22). Los estudios suelen centrarse y recoger información sobre la percepción de las mujeres gestantes o puérperas, y los varones son relegados a roles secundarios del proceso. Algunos trabajos, sin embargo, han evidenciado que los padres valoran su participación en el parto (14)(15)(20)(21). Tal como se indica en las orientaciones para la implementación del modelo de atención integral en salud (23) y en la declaración de Alma-Ata (24), se favorece la participación de los sujetos en las diversas acciones sanitarias, en un modelo que se centra en la persona y en su perspectiva, basada en sus conocimientos, experiencias y creencias. Sin embargo, para lograr su mayor involucramiento, es necesario conocer su visión acerca de los temas en los cuales han de participar.

El objetivo del presente estudio es describir la percepción de padres residentes en la comuna de San Felipe, acerca de su participación en el proceso de parto. La finalidad de la investigación es contribuir a la integración del padre en el periodo reproductivo, mediante el aporte de información procedente directamente de los sujetos involucrados, los padres, que permita implementar estrategias efectivas que estimulen y faciliten su participación.

MATERIAL Y MÉTODO

Lugar de estudio: El estudio tuvo lugar en la comuna de San Felipe, Región de Valparaíso, durante el año 2019.

Diseño: La investigación fue de enfoque cualitativo, dado el objetivo de conocer la vivencia y percepciones de los padres presentes en el proceso del parto (25)(26)(27)(28). El estudio fue de alcance descriptivo, exploratorio, debido a que actualmente en nuestro país hay escasa evidencia acerca de la perspectiva paterna.

Participantes: La muestra se conformó acorde el criterio de diversidad en términos de edad, nivel educacional, ocupación, y participación en uno o más de un parto (ver distribución en tabla 1 de resultados) y la estrategia de bola de nieve (también denominado de redes o cadena), a partir del contacto inicial que pudieron establecer con algunos de ellos los miembros del equipo de investigación (26)(27). Se incluyeron personas mayores de edad, de nacionalidad chilena, residentes en San Felipe, que fueron padres en los últimos tres años. Se excluyeron padres que hubiesen tenido una experiencia compleja en relación con el embarazo o el parto. La muestra resultante consistió en veintiocho participantes, cuyas respuestas saturaron información relativa a los temas centrales del estudio.

Variables: Las variables del estudio, asociadas a los objetivos específicos y que guiaron la pauta de entrevista, son: motivación de los progenitores para participar en el parto; experiencia de participación del padre en éste; propuestas de los progenitores para su mayor incorporación en el proceso (Anexo 1 dimensiones y subdimensiones).

Recolección de datos: Se recurrió a la entrevista semiestructurada, basada en una pauta temática flexible en su aplicación, grabada con el consentimiento informado del participante, la cual fue previamente pilotada, y revisada por dos matrones varones, con experiencia paterna de participación en el parto. El lugar de la realización de las entrevistas fueron sitios convenidos con los participantes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua, se rigió por las normas éticas vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Análisis de datos. Los datos obtenidos de las entrevistas fueron procesados mediante Análisis de Contenido cualitativo narrativo (26)(27)(29)(30)(31). Las entrevistas audio grabadas fueron transcritas literalmente. El texto resultante fue fragmentado en unidades de sentido para cada entrevista, las que fueron codificadas, asignándoles una etiqueta (código) que diera cuenta de los datos. Este proceso fue realizado por dos miembros del equipo de investigación, bajo la conducción y revisión posterior de la investigadora principal. Luego se procedió a agrupar los códigos del conjunto de entrevistas en categorías temáticas, en torno a las cuales se describieron los resultados integrados de las entrevistas.

RESULTADOS

1. Participantes

Los padres entrevistados, acorde a los criterios de selección, fueron diversos en sus características sociodemográficas.

Tabla 1
Características de los veintiocho participantes

Características	Alternativas	Número de Entrevistados
Edad	Mayores de 35 años	15
	Menores de 35 años	13
Escolaridad	Básica	1
	Media	11
	Superior	15
Ocupación	Trabajador dependiente	21
	Trabajador independiente	3
	Estudiante	4
Veces que ha participado	Primera ocasión	16
	Segunda ocasión o más	12

2. Motivación e incertidumbres iniciales

Deseo de participación: La totalidad de los entrevistados quería participar en el parto de su hijo o hija, por considerarlo un momento especial y relevante, para apoyar a la pareja, y para generar vínculos con ésta y el recién nacido.

"Asistir era algo importante que me iba a marcar, que iba a tener el recuerdo el resto de mi vida" (BT3P14).

Algunas de las causas por las que otros padres no participen, serían la falta de tiempo, poca voluntad, timidez, o temor. Se señala que es algo que no hay que forzar.

Expectativas y sentimientos previos al parto: Para un grupo se trató de un primer hijo/a y por tanto experiencia nueva. Sentimientos expresados fueron nerviosismo, ansiedad, expectación. También temor a complicaciones, al sufrimiento materno, a eventuales falencias médicas, a la sangre y a desmayarse, y desconfianza hacia los hospitales.

"Se tenía el miedo de que pudiera ocurrir cualquier estupidez de lo que ha sucedido a lo largo de todo el país, el cambio de hijo, la no preocupación, la falencia que hay de repente en los servicios" (CG4P7).

3. Vivencia de participación en el parto

Facilidades para la participación paterna: La mayoría de los padres entrevistados tuvo facilidades para ingresar a preparto, parto, postparto y neonatología, tanto en la clínica, como en el hospital. Solo algunos tuvieron restricciones para ingresar a la sala de ecografía durante la gestación. Uno de ellos, que no pudo ingresar a la sala de parto, vivió la situación con temor.

"...Estuve sola todo ese rato, incluso escuchaba gritos y con mucha incertidumbre de saber qué pasaba, yo de repente golpeaba y no salía nadie" (YC1P9).

Rol: Los entrevistados opinan que su rol principal fue el apoyo, la compañía, la demostración de cariño y la contención a la pareja. Si bien a algunos padres

les habría gustado participar más, la conformidad con este rol limitado se asocia al parto como escenario médico, sobre todo en caso de una cesárea.

"Sí, yo le hablaba, le ayudaba a respirar, la hacía calmarse. Le contaba sobre otras cosas. Igual veía que cuando yo le hablaba, ella se sentía mejor" (YC4P15).

Preparto: Menos de la mitad de los padres señalan haber acompañado a sus parejas a los controles prenatales. Aunque ya estando en el hospital, la mayoría en algún momento pudo acompañar a la madre en la etapa de preparto.

"Estuve con mi señora todo el proceso anterior, estuve con ella cuando entró al parto y me dejaron con mi bebé después de que nació" (YC4P1).

Algunos, sin embargo, no pudieron entrar al preparto, sino tan solo al momento del expulsivo, o cuando sus hijos ya habían nacido. Dentro de las razones por las cuales no entraron, se menciona que no se les permitió. Un padre no sabía, y tampoco preguntó, asumió que era así.

"..... Ella fue ingresada y yo traté de entrar y me abrieron la puerta un segundo, y me dijeron "está en preparto, espere" y me cerraron la puerta" (FF1P1).

Parto: De manera generalizada, los padres entrevistados tuvieron una percepción positiva de su asistencia al parto.

"Más que agradable, fue como emocionante. Fue bien bonito en realidad" (DO3P15).

En la experiencia positiva influyó la atención recibida, otros se refieren al apoyo y vínculo con la pareja, otros a la importancia de saber qué acontecía y cómo estaba la madre.

No obstante, pueden también emergir sentimientos encontrados, más negativos: varios de ellos mencionan el nerviosismo y la preocupación por la pareja, la observación del sufrimiento de la madre, o lo traumático que fue presenciar una cesárea.

“Tan desagradable que yo en un momento dije que el motivo de no querer tener otro hijo es por el sufrimiento que pasó ella” (AG2P4).

El alumbramiento. Respecto al momento del alumbramiento, se destaca la emoción al ver nacer a sus hijos y al tener a su hijo o hija en los brazos por primera vez.

“Fue mucho mejor de lo que yo pensaba, ver nacer al Benjamín” (DO2P9).

Postparto: Muchos de los entrevistados pudieron presenciar la atención inmediata de sus hijos, aunque el nivel de participación en ésta fue más bien bajo. Solo a unos pocos se les permitió participar activamente.

“Eh, claro, me hicieron, me llevaron a ver cómo la estaban midiendo, circunferencia de cabeza, peso, en eso uno participa, claro. En la clínica, aquí no” (CG3P17).

4. Conocimientos previos

Derecho a participar: Cerca de la mitad de las personas entrevistadas no sabía que el acompañamiento a la madre en el parto es un derecho, o desconocía detalles de éste.

“No tenía idea que era un derecho de uno” (BT4P40).

“Sabía que en el momento del parto sí podía estar, pero en el pre y post, no estoy seguro” (FF4P18).

La principal fuente de información fueron los controles prenatales. Otras fuentes de información mencionadas fueron una asistente social, redes sociales, internet, televisión, revistas, experiencia anterior; y en dos casos, la formación profesional (mártires).

Socialización entre pares. La gran mayoría de los entrevistados conoce a otros padres que participaron en el parto. Señalan que entre amigos han compartido acerca del hecho como experiencia vital y también desconocido para los hombres, e intercam-

biado información acerca de los procedimientos. Sin embargo, también se menciona que no es el tipo de cosas que se comparte mucho entre hombres.

“Para los hombres es un mundo desconocido, porque pertenece como al mundo de la mujer” (AO2P6).

“No son como cosas que uno generalmente comparte entre hombres, como que las conversaciones son más superficiales habitualmente... a no ser que alguien se sienta tan mal que necesite desahogarse” (FF3P14).

5. Tipo de parto

Si bien el foco del estudio fue la participación paterna en el parto, de las entrevistas emergió el tema del tipo de parto, las preferencias de los padres en torno a éste, y su participación.

Tipo de parto: En relación con el tipo de parto al que asistieron, en la mayoría de los casos fue operación cesárea. De éstos, solo en tres casos fue por una decisión personal de la pareja.

Preferencias: Solo cuatro padres preferían la cesárea ya desde antes del parto, por temor a complicaciones, porque la madre lo prefiere o por mala vivencia de un parto anterior. La mayoría que prefería parto vaginal mencionó como razón el deseo de la madre de vivir un parto natural, y la más rápida recuperación de la madre.

La cesárea como limitante a la participación: Los padres que asistieron a un parto por cesárea asumieron como normal su menor participación en el momento del alumbramiento, por considerarse un acto quirúrgico.

6. Interacción con los servicios de salud

Lugar del parto: Casi todos los padres entrevistados señalan que el parto ocurrió en un hospital público. Tan solo tres padres asistieron a una clínica.

Experiencia general e interacción con el personal de salud: La experiencia general positiva por parte de la mayoría de los participantes se asocia al buen trato, a la información recibida, a la preocupación y acompañamiento por parte de los profesionales.

les de la salud, así como de los estudiantes de obstetricia. La confianza fue mayor cuando los padres ya conocían al personal médico y matrona desde antes.

“...Fue super agradable, nos sentimos super acompañados en todo momento, desde que llegó al preparto por la matrona, anestesista, gineco obstetras, pediatra en la atención inmediata, fue algo super agradable super acompañado y humano, hacia mí y a mi pareja” (FF4P11).

Un padre asocia el buen trato de los profesionales de salud con la elevada tolerancia al dolor de la pareja.

“Tampoco tuve ningún inconveniente, mi señora nunca ha sido una persona que sea buena para quejarse. Eso ayuda a que el personal del hospital la tomara de otra forma, y a que a uno le faciliten las cosas...” (CG4P15).

Algunos padres, no obstante, encontraron negativa la experiencia por una atención clínica considerada deficiente y falta de contención emocional por parte del personal de salud.

“Mira, la verdad que, con la matrona, que es la que llegó por entre comillas por urgencia, fue un trato muy desagradable, horrible... Yo estuve a punto de no sé, pelear con ella” (AG2P7).

“Si hay algo malo, es el hospital, que no sean tan negligentes. Imagíñese a mi señora no se dieron cuenta que la niña venía atravesada...” (YC1P8).

Información recibida: Cerca de la mitad de los entrevistados recibió información en todo momento sobre los procedimientos que se realizaban.

“Las matronas muy buenas, te aconsejan mucho, te dejan muy tranquilo; te explica todo lo que está pasando, lo que hace” (AG4P13).

Sin embargo, se encuentran críticas acerca de esta información recibida, por considerarla insuficiente.

“Sí, faltó que me dieran más información, que yo no sabía que estaba pasando... Mi señora después me dijo que como las 5 de la mañana rompió bolsa y a mí no me contaron nada...” (YC1P12).

“Que te dieran una instrucción, dónde parate, dónde ir, cosas así. Y que el profesional esté instruido a entender el estado emocional que está uno, explicarle mejor, hacerlo participar” (AG1P12).

7. Propuestas para aumentar o facilitar la participación paterna

Información y educación: En general los entrevistados opinan que se debe aumentar la educación acerca del parto y su proceso físico, la vivencia materna, y los procedimientos. También de cómo mantener a la pareja, así como la relevancia y beneficios de la participación paterna.

Otra propuesta es compartir la vivencia entre padres, para motivar a los padres a participar, para que no sientan tanto temor.

“Mmm, no sé, tratar de transmitirle mi punto de vista, que es grato po, que es una experiencia inolvidable” (AG1P17).

“Que no se dejen llevar por los comentarios de los demás, que hagan lo que sienten. Yo creo que falta que no metan tanto miedo, que no es algo terrible” (DO4P36).

Atención integral y humanizada: Hay quien plantea el deseo de una atención integral del proceso de parto, que trascienda el hacer “lo justo y necesario” para obtener un buen resultado de salud perinatal.

“De que trataran mejor a la mujer. Yo hacia el símil de como de, guardando la proporción, de un matadero, como que la función solo es ir para allá y expulsar la guagua y que esté bien y que no se muera, ¿cachai? No es cercana la interacción profesional/mujer” (AG1P16).

Se proponen acciones como aumentar el tiempo y participación del padre en el preparto, darle mayor libertad de movimiento a la mujer, promover mayor interacción entre la pareja y que el equipo intervenga menos, dejar que el padre sea parte de la experiencia y exprese sus emociones, preocuparse de detalles, como entregar un vaso de agua o un calmante al padre.

Trato al usuario: Si bien la percepción de trato al usuario en general es positiva, hay quienes entre las propuestas se refieren a la necesidad de mejorarla en el conjunto del servicio.

“...Yo sé que los del servicio de salud están cansados, estresados, pero los malos tratos no se justifican Deberían ponerse en el lugar del familiar que está sufriendo o asustado. No sólo hablo del parto, sino en todo el servicio de salud” (YC2P7).

También se plantea que debiese existir un mecanismo para regular las negligencias médicas.

“Pero tienen que haber mecanismos para regular que se actúe dentro de la práctica médica y eso noté yo que faltó” (FF2P77).

Infraestructura y equipamiento: Se plantea que la dotación actual no facilita la participación paterna. Se propone un pabellón exclusivo de maternidad que permita la presencia del padre, salas de parto personalizado, mayor separación entre las camas en preparto, una sala de espera acondicionada con asientos y baño para los padres.

“Sería ideal contar con salas de parto personalizado, donde pudiesen estar los padres acompañando en todo momento a la mujer, porque las camas de preparto están muy juntas. Porque además al lado hay otra persona que le están haciendo procedimientos y el padre tiene que salir” (AO2P17).

Institucionalización de procesos: A nivel institucional se propone crear un protocolo que permita una experiencia integral, que indique paso a paso las acciones a realizar y que se dé a conocer a madres y padres ya desde el nivel primario de atención.

Evolución social y cultural: Entre las propuestas de cambio a nivel societal, se señala la necesidad de desarrollar la legislación laboral para facilitar la participación paterna en el todo el proceso de parto, así como en los controles prenatales y el apoyo post natal.

“Que existiera una ley que ayude a que uno pueda ausentarse por ciertas cantidades de horas del trabajo para poder seguir el proceso completo” (CG4P19).

De la narrativa emerge otra dimensión social: se asocia un mejor trato y mayor participación paterna en el parto, a la atención privada de salud, no así con la pública. Del mismo modo, se asocia la utilización del bono de pago asociado a diagnóstico (PAD) de FONASA, que permite libre elección del médico, acceso a servicios privados y a una mayor calidad de la atención.

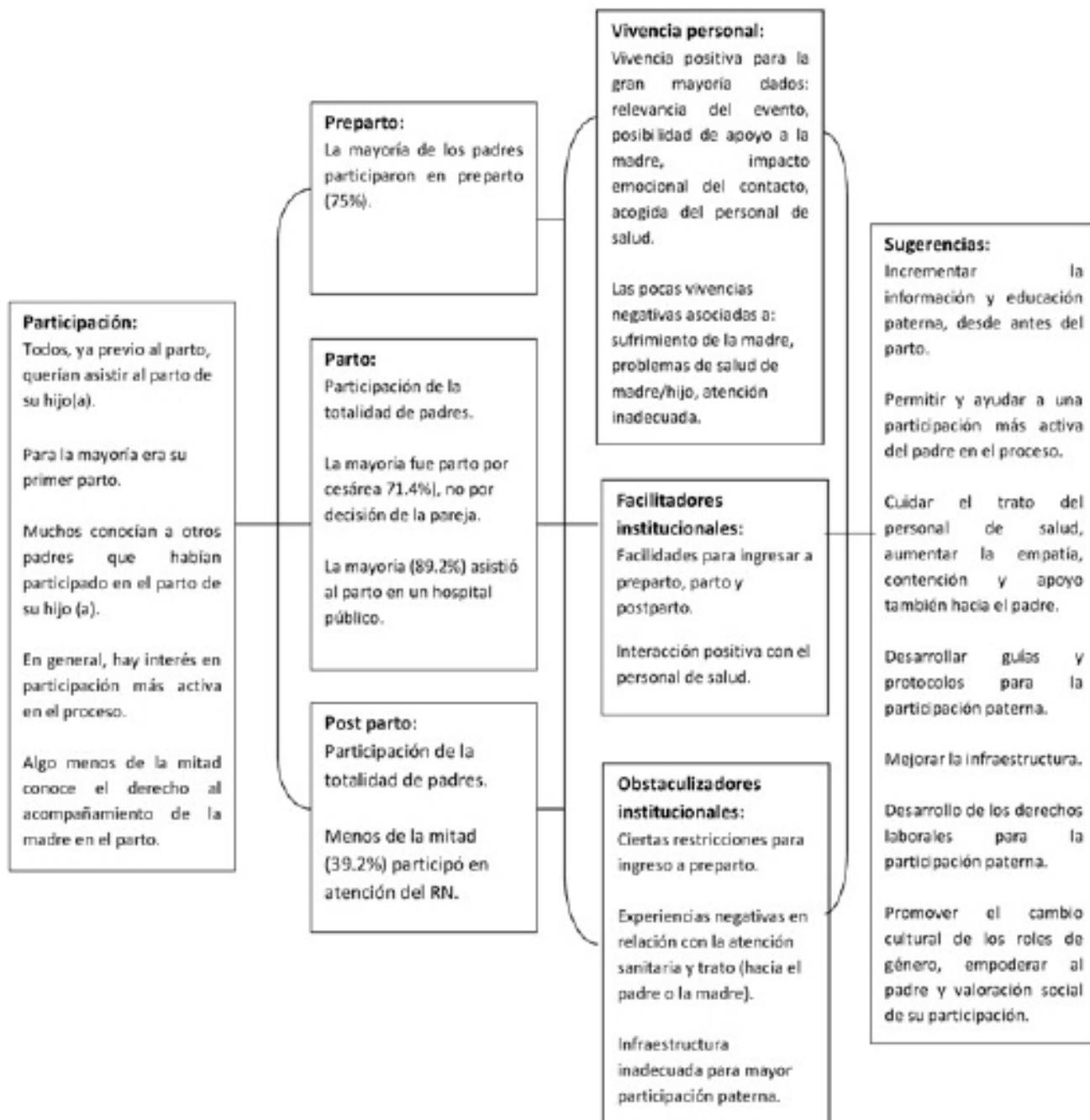
“Fue súper agradable. La matrona era la que estaba haciendo rondas más seguido. Ella nos preguntaba cómo estábamos, si nos faltaba algo. Pero claro, también era porque estábamos en una clínica” (AO4P21).

“Y como se quedó en pensionado, podía estar todo el tiempo con ella y mi hijo” (DO3P20).

En el ámbito cultural, se considera necesario cambiar la cultura considerada machista, en la cual el padre queda relegado del proceso crianza. Se hace un llamado a los padres a involucrarse más y a las mujeres a incluir al progenitor tempranamente, desde la gestación.

“Yo creo que haciéndolo más participativo, del aspecto en que la mujer tiene que incluirlo, la mujer tiene que hacerlo participar en el proceso del embarazo, porque hay mujeres que no les gusta tampoco, y que la sociedad también saque esos paradigmas, que no, eso es solamente para la mujer” (CG3P22).

El siguiente esquema sintetiza los resultados anteriormente detallados:



DISCUSIÓN

Como resultado central del estudio destaca la predisposición positiva de los padres de asistir al parto, ya desde la gestación. En una mirada retrospectiva, consideran que el nacimiento de un hijo o hija es un momento único y trascendente para un padre. Se refieren también a la relevancia de ser parte del proceso, de apoyar y de esta manera beneficiar a la madre, y de generar un vínculo precoz con el recién nacido. Esta tendencia positiva ha sido evidenciada en trabajos en diversos países, acorde a revisiones de literatura desarrolladas el año 2014 (7), 2015 (13) y 2016 (11). En Chile, ha sido documentada también por algunos estudios: un análisis cualitativo de testimonios paternos en el contexto de estudio experimental realizado en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de Chile y una experiencia de promoción de participación paterna en el hospital regional de Coyhaique (17) (18), y una investigación antropológica acerca de la vivencia paterna en el parto (20).

Si bien la mayoría de los padres reporta la experiencia como positiva, algunos la recuerdan como vivencia negativa. Ésta se relaciona con el sufrimiento de la pareja, con un actuar médico a su juicio negligente o con tratos inadecuados del personal (médico, matrona) hacia ellos o sus parejas. Este tipo de queja ha sido recogida en un estudio nacional de evaluación de la aplicación de las recomendaciones ministeriales de parto personalizado en maternidades en Chile (19).

En general, los entrevistados tuvieron facilidades para asistir a todas las etapas del parto, principalmente a la de alumbramiento y refirió una interacción positiva con el personal de salud, quien salvo en algunos casos, les proporcionó información general acerca del proceso.

No obstante, les gustaría haber tenido un rol aún mayor, así como orientaciones más específicas y de aplicación práctica durante la gestación (poder participar en el control ecográfico, por ejemplo), el preparto y en la atención del recién nacido. Esto, en su opinión, debiera ser promovido, facilitado y guiado por el equipo de salud obstétrico, tal como ha sido planteado en otras investigaciones fuera (11) y dentro de Chile (18). Las afirmaciones anteriores se inscriben en la tendencia nacional de participación paterna creciente en las últimas décadas (19) (32). No obstante, todavía hay alrededor de un tercio o más

de partos no acompañados (19), y se ha reportado (15) la menor importancia que los profesionales de salud le asignan a la interacción con los padres, en comparación con las madres, lo que también se observó en España (21).

Los entrevistados han planteado que sería conveniente que los padres compartan sus experiencias, para dar a conocer la relevancia del hecho entre pares, disminuir sus temores frente a un hecho que consideran parte del mundo de la mujer, y estar informados para poder solicitar y hacer efectiva su participación cuando ésta no sea considerada en los servicios de salud. Se señaló la necesidad de actualizar los protocolos y sensibilizar aún más a los equipos sanitarios para una mayor participación paterna, coincidiendo con las orientaciones ministeriales de parto personalizado (2) y participación paterna (6). Este esfuerzo incluye su preparación, pues hay padres a quienes no se les acurre, no desean, o tienen temor de asistir al parto (6).

Dado este rol del equipo de salud, se considera pertinente abordar estudios acerca de la percepción, motivaciones y propuestas del equipo de salud en los diferentes niveles de la red de salud, acerca de la participación paterna en el proceso de gestación, parto y puerperio. Esta brecha de información acerca de las expectativas paternas ha sido identificada en una revisión de literatura publicada recientemente (año 2018) en la revista Midwifery (22).

El obstáculo principal presentado por los entrevistados fue de índole laboral que limita los permisos para el acompañamiento paterno. Consideran que esta dificultad restringe su participación al no tener tiempo para asistir a controles de embarazo, parto, puerperio, y tener un rol más activo en la crianza temprana de sus hijos e hijas. Esta limitación fue documentada en el ya mencionado estudio de Aguayo (15). También señalaron como obstáculo, el factor cultural de menor participación paterna en la crianza, brecha de género que ha sido ya relevada en España (23). Un estudio cualitativo publicado por la Organización Panamericana de Salud (36) concluye en la contribución de la participación paterna activa en el parto en la aminoración de dicha brecha, en términos de que esta participación no disminuye su masculinidad. En el norte de América, los diversos obstáculos señalados han sido planteados, junto con estrategias para superarlos, por parte de una comisión destinada a investigar y proponer estrategias destinadas a fomentar la paternidad activa (37).

Si bien no se trató del foco del estudio, emergió como resultado una elevada proporción de cesáreas, la cual es una limitante adicional a la participación paterna más activa, por tratarse de una intervención quirúrgica con mayores protocolos de seguridad. Esta elevada proporción de cesáreas sigue la tendencia nacional, la cual preocupa a diversos actores. El año 2017 el Colegio de Matronas expuso que, del total de los partos, el 43% corresponde a cesáreas, cifra elevada en comparación al 31% reportado en el año 2002 (33). Lo significativo en el estudio presente, es que la cesárea no responde a la preferencia de la pareja previa al parto: la mayoría prefería un parto vaginal a una cesárea, lo que coincide con una tendencia señalada ya en estudios de años anteriores en Chile (34) (35). Sería de interés estudiar las posibilidades de mayor participación paterna aún en contexto de cesárea mediante revisiones de literatura y estudios primarios que aborden la perspectiva tanto de los profesionales de salud como de los padres.

Como limitación de la presente investigación se puede señalar la baja cobertura territorial, consistente en una sola comuna del Valle de Aconcagua, la cual es a la vez predominantemente urbana (San Felipe, capital provincial). Sería de interés ampliar el trabajo e indagar en la percepción de padres del ámbito rural.

Una segunda limitación consiste en que la percepción en general positiva de los entrevistados, haya estado influida por su predisposición favorable a participar ya desde el momento de la gestación. Por ello, habría sido de interés la realización de grupos de discusión entre padres participantes, con el fin de profundizar en los resultados a partir de la interacción de los entrevistados. Por diversas limitaciones, no fue posible aplicar esta metodología en este estudio. Cabe señalar, sin embargo, que los resultados no son, en general, divergentes de algunos estudios realizados en otras regiones del país, como se detalló antes. Las preguntas por responder se relacionan con las motivaciones, percepciones, dificultades de padres que no han asistido al parto, tema de interés para ser abordado en investigaciones futuras, permitiendo una visión integrada en la materia. Como facilidad para la realización del estudio, destaca el interés de los padres en ser escuchados en el tema, así como su disposición de compartir su experiencia.

CONCLUSIONES

De los relatos de la experiencia paterna de asistencia al parto, se identifican condiciones propicias para promoverla, dadas las actitudes favorables mayoritarias observadas tanto en los padres como en el personal de salud. Los padres entrevistados, consideraron que su asistencia al parto fue un momento grato y significativo, en el cual destacan la importancia de su rol apoyando a su pareja, y de la vinculación temprana con el recién nacido. A la vez, salud frente al acompañamiento paterno.

No obstante, respecto de barreras que otros padres podrían tener para participar, la principal mencionada es la falta de tiempo y permisos asociados a su ocupación. Surge la propuesta de ampliar los derechos laborales para los padres, para así poder estar presentes en el todo el proceso y desde la gestación.

Como dificultades, también se mencionaron la falta de voluntad, temor o nerviosismo, y aspectos culturales que se expresan como brecha de género. Frente a ello, se propone involucrar más al padre desde el embarazo y proporcionarle educación acerca del parto y de la relevancia de su participación para la tríada. También se propuso que los establecimientos de salud deberían permitir la participación más activa, además de adecuar sus protocolos, infraestructura y equipamiento.

Con el fin de promover la participación paterna, y de superar las barreras, se considera necesario que el conjunto del equipo de salud (matrona, médico obstetra, técnicos de enfermería) y otros del servicio (por ejemplo, guardias de seguridad) disponga de conocimientos actualizados sobre la participación paterna, y que, en su ejercicio profesional, tanto en atención primaria como hospitalaria, facilite la integración del padre. Estas medidas, adicionalmente, son un aporte al cambio cultural. El interés paterno de mayor participación es una condición favorable para el cambio actitudinal tendiente a la equidad de género.

REFERENCIAS

1. Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. Matronas prof. 2005;6(4):23-7.
2. Ministerio de Salud. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo [Internet]. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. 2008. 360 p. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24acd68e04001011e013bfb.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo del parto. 2015.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto , Transformar la atención a mujeres y neonatos para. Dep Salud Reprod e Investig Conex Organ Mund la Salud [Internet]. 2018;WHO-RHR-18(8):1-8. Available from: <https://www.who.int/reproductive-health/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
5. ICM IC of M. ICM Definitions [Internet]. [cited 2020 Dec 4]. Available from: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
6. Forray Claps C (Chile CC. Un espacio novedoso para la Paternidad en Chile: La inclusión del padre en el embarazo, parto y cuidados del recién nacido. | Chile Crece Contigo [Internet]. [cited 2020 Dec 4]. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/columna/un-espacio-novedoso-para-la-paternidad-en-chile-la-inclusion-del-padre-en-el-embarazo-parto-y-cuidados-del-recien-nacido/>
7. Ramírez H, Rodríguez I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Matronas profesión [Internet]. 2014;15(4):1-6. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-beneficios-pareja.pdf>
8. Rodriguez Gallego I, Ruiz Ferrón C, Partida Márquez AL. Evolution of Humanization Project on Perinatal Attention at the University Hospital Virgen del Rocío of Sevilla. Nure Investig. 2016;13(83):1-16.
9. Melo RM de, Angelo BH de B, Pontes CM, Brito RS de. Men's knowledge of labor and childbirth. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2015;19(3):454-9.
10. Uribe C, Contreras A, Villarroel L. Trabajos Originales Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014;79(3):154-60. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000300002
11. Coutinho EC, Antunes JGVC, Duarte JC, Purreira VC, Chaves CMB, Nelas PAB. Benefits for the Father from their Involvement in the Labour and Birth Sequence. Procedia - Soc Behav Sci. 2016;217:435-42.
12. Mincy R, Center for Research on Fathers, Children and FW. Overview: Paternal Involvement and Pregnancy Outcomes. Columbia University School of social Work NICHD Fatherhood Outreach Meeting, July 28-29, 2015.
13. Meier ME, Avillaneda L. A Literature Review of Paternal Involvement in Prenatal Care. J Fam Strengths [Internet]. 2015;15(1):10. Available from: <http://digitalcommons.library.tmc.edu/jfs/vol15/iss1/10>
14. Aguayo F, Correa P, Cristi P. Resultados de la encuesta internacional de masculinidades y equidad de género. Caso chileno coordinado por CulturaSalud EME. 2011;32-49.
15. Aguayo F, Correa P, KE. Estudio de Paternidad en el Sistema Público de Salud CulturaSalud - MINSAL. 2012;1-169.
16. Uribe C, Contreras A, Villarroel L, Rivera S, Bravo P, Cornejo M. Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de Medición. Rev Chil Obstet Ginecol. 2008;73(1):4-10.
17. Uribe C, Contreras A, Hoga L. Presencia activa del padre en el nacimiento integral: significados atribuidos por padres y madres a los roles paternos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(1):22-6.
18. Villalón HU, Toro RG, Riesco IC, Pinto MC, Silva C V. Participación paterna en la experiencia del parto. Rev Chil Pediatr. 2014;85(5):554-60.
19. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. Midwifery [Internet]. 2016;35:53-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
20. Sadler M. Los hombres también se emocionan. Género y escenario del parto. Participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas. 2004;1-169.

21. Maroto G, Castaño E, García M, Hidalgo N, Mateo I. Paternity and health services. Qualitative research on men's experiences during pregnancy, delivery and postpartum of their partners. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(2):267-78.
22. Xue WL, Shorey S, Wang W, He HG. Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery* [Internet]. 2018;62(March):135-45. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.013>
23. Maroto-Navarro G, Pastor-Moreno G, Ocaña-Riola R, Benítez-Hidalgo V, García-Calvente Mdel M, Gutiérrez-Cuadra Mdel P, Gijón-Sánchez MT, del Río-Lozano M, Marcos-Marcos J. Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *J Clin Nurs*. 2013 Nov;22(21-22):3071-83. doi: 10.1111/jocn.12153. Epub 2013 Sep 6. PMID: 24007478.
24. Organización Panamericana de la Salud. Declaración De Alma-Ata. Conf Int sobre Atención Primaria Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978. 2012;1-3.
25. Carlos J, Guillermo L, Aguirre-garcía JC, Jaramillo-echeverri LG, Jaramillo-echeverri JC, Guillermo L. Aportes Del Método Fenomenológico a La Investigación Educativa. *Rev Latinoam Estud Educ*. 2012;8(2):51-74.
26. Hernandez, Fernandez y Baptista. Metodología de la investigación. Sexta edición. Mc Graw Hill. México. 2014.
27. Vázquez ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón A, Fernández de Sammamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cursos GRAAL 5. Consorci Hospitalari de Catalunya. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. Bellaterra. 2006.
28. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. La Carreta Editores E.U. Medellín. 2004
29. Krause M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Rev Temas Educ* [Internet]. 1995;Nº7(May):19-36. Available from: http://www.researchgate.net/publication/215561167_La_investigacion_cualitativa_Un_campo_de_posibilidades_y_desafios/file/f657e40037e485815e526ee69689a88d.pdf
30. Díaz Herrera C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Rev Gen Inf y Doc*. 2018;28(1):119-42.
31. Flick U. El diseño de investigación cualitativa. Colección: investigación cualitativa. Ediciones Morata S.L. Madrid. 2015.
32. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Obs Violencia Obs Chile [Internet]. 2018;(Junio). Available from: <https://ovochile.cl/descarga-resultados-primera-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>
33. Chile C de M. MINSAL detecta alza de cesáreas en red pública y alista norma para regularlas. [Internet]. 2018. Available from: <https://colegiode-matronas.cl/index.php/2017/06/27/minsal-detecta-alza-de-cesareas-en-red-publica-y-alista-norma-para-regularlas/>
34. Angeja ACE, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: Which do they prefer and why? *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2006;113(11):1253-8.
35. Sadler M, Leiva Rojas G, Perelló A, et al. Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile* 2018; 2: 22-29.
36. Braide ASG, Brilhante AV, Arruda CN, Mendonça FAC, Caldas JMP, Nations MK, et al. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e190. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.190>
37. Bond J. Changing expectations: factors influencing paternal involvement in pregnancy and childbirth. *Trends in Urology & Men's Health*. 2012; 3(5):23-26. Doi.org/10.1002/tre.285

ANEXO 1. Matriz de operacionalización de variables		
Variable	Dimensión	Subdimensión
Motivación de los progenitores en participar del proceso de parto.	Nivel de motivación y factores asociados, previo al hecho y presente/visión de futuro.	Deseo de participar (o no). Percepción de su rol. Origen de la motivación, razones, expectativas previas, aspectos que la componen. Valores personales. asociados. Vínculo con la pareja y paternidad asociados. Expectativas, beneficios percibidos, oportunidades previstas. Aspectos negativos previstos.
	Aspectos que lo desmotivan, o desmotivarán.	Aspectos propios subjetivos (tristeza, temor, percepción de participación de los hombres, entre otros). Aspectos propios objetivos (trabajo, otros). Aspectos del entorno (físico, social, cultural rol de género).
Experiencias de participación del padre en el proceso de parto.	Experiencia control gestacional. Experiencia preparto. Experiencia del parto. Experiencia puerperio.	Conocimientos previos y fuente de información. Posibilidad de participación, en qué participó, causas de no participación, facilitadores y obstaculizadores. Vivencia, sentimientos, pensamientos. Aspectos positivos y negativos de la vivencia. Interacción con la madre y el recién nacido. Interacción con la institucionalidad sanitaria y el personal de salud, trato percibido, integración.
Propuestas para su mayor incorporación en el proceso, desde la perspectiva de los progenitores.	Información	Tipo de información (contenidos, formatos, fuentes). Momento de la entrega de información (previa durante, para después).
	Participación.	Presencia física, acompañamiento a la madre. Participación en procedimientos. Participación en decisiones.
	Trato.	Contención, empatía, tacto, sensibilidad para acoger sentimientos, integración, facilitación.
	Propuestas.	Propuestas para mejorar el proceso, propuestas para aumentar la participación.

Composición y actividad antifúngica del aceite esencial de *Fabiana imbricata* contra levaduras del género *Candida*

Composition and antifungal activity of Fabiana imbricata essential oil against Candida yeasts

Alejandro Martín Madrid-Villegas^{1*}, Camila Marcela Venegas-Valdés¹,
 Manuel Alejandro Martínez-Lobos¹, Ana Lizeth Morales-Abularach¹,
 Valeska Lorena Calderón-Fernández¹, Susana Belen Flores-González¹,
 Vania Catalina Olave-Gonzalez¹, Ignacio Andrés Bravo-Lobos¹

¹Laboratorio de Productos Naturales y Síntesis Orgánica (LPNSO), Departamento de Química,
 Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Universidad de Playa Ancha,
 Avda. Leopoldo Carvallo 270, Playa Ancha, Valparaíso 2340000, Chile.

*Autor para correspondencia: alejandro.madrid@upla.cl

RECIBIDO: 28 de Diciembre de 2020

APROBADO: 23 de Abril de 2021



DOI: 10.22370/rev.mat.2.2021.2562

ESTUDIO DERIVADO DE PROCESO DE TESIS DE PREGRADO | EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: *Fabiana imbricata*, *Candida sp.*, Fitoterapia.

Key words: *Fabiana imbricata*, *Candida guilliermondii*, Phytotherapy.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la actividad antifúngica del aceite esencial (AE) de *Fabiana imbricata* Ruiz & Pav contra cinco especies de levaduras del género *Candida* comúnmente asociadas a enfermedades ginecológicas. El aceite esencial de las hojas frescas de *F. imbricata* fue obtenido por hidrodestilación y caracterizado mediante la técnica de cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas (CG/EM). Se evaluó la actividad antifúngica a diferentes concentraciones del AE mediante el método de microdilución. Los compuestos más abundantes identificados en el AE (7a-isopropenil-4,5-dimetiloctahidroinden-4-il) metanol (43,66%), bulnesol (17,02%) y T-muurolol (5,75%). El AE mostró una potente y selectiva actividad antifúngica sobre el crecimiento de especie *Candida guilliermondii*, con una concentración mínima inhibitoria de 10 µg/mL, superior al control positivo clotrimazol que presentó un valor de 15 µg/mL. Estos resultados confirman las propiedades antifúngicas de los aceites esenciales

y su posible uso en el manejo de las infecciones producidas por especies del género *Candida* y como posible alternativa a los fungicidas sintéticos.

ABSTRACT

Candida is a very common type of fungus in humans. The treatment of these pathologies is generally pharmacological which turns out to be very invasive. Due to the above, natural products are presented as a complementary alternative to conventional treatments. In this context, *Fabiana imbricata*, better known as Rosemary Pichi, belonging to the Solaneaceae family, stands out. Several studies support the possible antifungal activity of this species.

Therefore, this research seeks to determine the antifungal activity of *Fabiana imbricata* essential oil on the genus *Candida*. The essential oil was obtained by the method of hydrodistillation in Clevenger type apparatus, the characterization of the compounds was through gas chromatography coupled to masses (GC/MS) and the antifungal activity was evalua-

ted under the methodology of diffusion in agar with punching with Vicent & Vicent technique, applied in five types of *Candida* (*C. albicans*, *C. lusitaniae*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii* and *C. tropicalis*).

The majority of the compounds contained in Rosemary Pichi oil correspond to sesquiterpenes, the antifungal properties of the oil stand out in *C. guilliermondii* reaching values of 150 µg/µL compared to the Fluconazole pattern. As mentioned above it is concluded that *Fabiana imbricata* is a promising alternative to combat *C. guilliermondii*.

INTRODUCCIÓN

La candidiasis es una infección provocada por levaduras del género *Candida* y puede afectar a distintas partes del cuerpo, según el tipo de cepa al cual pertenece. Estos hongos son considerados grandes agentes oportunistas (1).

En el último tiempo se ha observado un aumento significativo de especies distintas de *C. albicans*, como agentes de micosis, como lo es la *Candida guilliermondii*, que causa el 0,7 % de las candidiasis a nivel mundial y el 3,7 % en Latinoamérica (2).

La *Candida guilliermondii* es parte de la microbiota normal de la piel y mucosa humana. Es una especie poco común que se asocia con mayor frecuencia a onicomicosis y rara vez se ve como una causa de infección micótica invasiva. Se caracteriza por presentar una susceptibilidad disminuida a los azoles y equinocandidas. Se ha informado principalmente como un agente de sepsis en pacientes con cáncer (3) y en las últimas dos décadas las infecciones han aumentado significativamente en pacientes inmunocomprometidos y pediátricos (4).

Las especies del género *Candida* han mostrado un aumento de su resistencia a los tratamientos farmacológicos, presentando una resistencia al fluconazol que puede variar entre un 6,3 % y un 26,1 %, dependiendo de la especie (2). En vista de esto es que en las últimas décadas ha resurgido la necesidad de buscar alternativas terapéuticas que no sean parte de la línea de medicina convencional, como lo es la fitoterapia.

Las plantas medicinales han sido la base y parte importante de terapias. Sin embargo, el avance en el desarrollo científico a partir del siglo XX trajo aparentemente un ingreso masivo al mercado de medicinas

con componentes sintéticos (5). Si bien estos tienen innumerables beneficios en costos y funcionalidad, presentan una gran cantidad de efectos adversos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) valida el uso de terapias alternativas en el tratamiento, la prevención y la cura de enfermedades, además de tener una relevancia económica importante, si bien aún no se logra armonizar todo con la medicina convencional. En Chile todavía existe una falencia en cuanto a las publicaciones sobre medicina alternativa por parte del Ministerio de Salud, que llamó a una licitación pública recién en el año 2007 (6).

Dentro de Chile podemos encontrar un sinfín de hierbas medicinales a lo largo de todo el territorio, las cuales han sido descritas por nuestros pueblos originarios, como lo es la *Fabiana imbricata*, conocida popularmente como Romero Pichi (7).

El Romero Pichi es un arbusto perenne de hojas imbricadas, que florece de manera abundante en primavera, con pequeñas flores tubulares en el extremo de ramillas laterales (8). Crece desde la región de Coquimbo hasta la de Magallanes (9).

A esta planta se le reconoce por sus propiedades antisépticas, diuréticas y digestivas (10). En la cultura popular chilena es empleada -principalmente- en el tratamiento de afecciones de las vías urinarias (cistitis, uretritis, inflamación de la vejiga) y se la considera de utilidad en las enfermedades del hígado (11). Estas propiedades han sido descritas en la literatura en base a estudios que mostraron que su composición química da cuenta de una rica diversidad de metabolitos, incluidos fenólicos, cumarinas, fenilpropanoides, alcaloides, azúcares, terpenos como el sesquiterpeno, con murolano y esqueletos amorfano y flavonoides, además de quercetina y rutina (11, 12).

En vista a los antecedentes mencionados es que presentamos una propuesta de investigación en busca de una solución a esta patología desde el mundo de la fitoterapia, dando una opción de tratamiento más cercana y comprensible para el usuario, frente a las infecciones causadas por especies del género *Candida*. Dicha alternativa apunta a evitar las múltiples reacciones adversas que se contraen al someterse a los métodos establecidos por la medicina convencional. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar los componentes químicos del aceite esencial extraído de las partes aéreas frescas de *F. imbricata* y evaluar su actividad antifúngica.

MATERIAL Y MÉTODO

Recolección del material vegetal

La *Fabiana imbricata* fue recolectada en temporada de floración (enero 2019), en el cerro “Las Vizcachas” (33°05'04.8"S; 71°01'49.3"W), comuna de Olmué, Región de Valparaíso, Chile. La muestra vegetal fue identificada por el experto botánico Patricio Novoa y un espécimen (Voucher, Fi-01901) fue depositado en el Herbario del Laboratorio de Productos Naturales y Síntesis Orgánica “LPNSO”, del Departamento de Química de la Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

Extracción del aceite esencial

El aceite esencial (AE) se extrajo de las partes aéreas frescas de la *F. imbricata* (500g) las cuales fueron licuadas en 3 L de agua destilada, obteniendo una pasta espesa que fue depositada en un balón de 5 L. Posteriormente, la mezcla fue sometida durante cuatro horas a una hidrodestilación mediante un aparato de tipo Cleavenger (13), a 70°C. Una vez terminado el proceso se extrajo la mezcla (agua/aceite) con acetato de etilo, eliminando las trazas de agua con Sulfato de sodio anhídrido (Na₂SO₄), la mezcla es filtrada y concentrada a presión reducida. La muestra de AE obtenida se almacenó a -4 °C hasta que se realizaron las pruebas químicas y biológicas

Análisis Cromatográfico

El AE de *F. imbricata* se analizó mediante cromatografía de gases acoplado a espectrometría de masas (CG-EM) (14). Para la CG-EM se utilizó un GC/MS 6890 de Hewlett-Packard acoplado a un detector selectivo de masas 5973 de Hewlett-Packard (ionización de electrones, 70 eV, Palo Alto, CA, EE.UU.) y equipado con una columna capilar HP-5 MS. Las condiciones de trabajo fueron las siguientes: temperatura del inyector 250 °C, temperatura del detector, 280 °C; gas portador, He a 1,25 mL/min; programa de temperatura del horno: 35 °C durante 5 min, aumentar a 260 °C a 5 °C/min, y luego 260°C durante 5 min. Los compuestos en el cromatograma se identificaron por comparación de sus espectros de masa con los de la base de datos de la biblioteca del NIST 2014, y por comparación de su índice de retención con los reportados en la literatura (15) para el mismo tipo de columna o a los estándares comerciales disponibles.

Actividad Biológica

Cepas de *Candida*

El aceite esencial de *F. imbricata* se ensayó contra cinco diferentes cepas de *Candida*: *C. albicans*, *C. parapsilopsis*, *C. lusitaniae*, *C. tropicalis* y *C. guilliermondii*. Las cepas se obtuvieron de la colección del laboratorio de investigación de Bioensayos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Actividad Antifúngica

La Concentración Inhibitoria Mínima (CMI) se determinó por el método de microdilución para hongos levaduriformes (NCCLS/CLSI, 2008) M27-A3. Los cultivos de todas las levaduras se colocaron en Agar Sabouraud Dextrosa (SDA) y se incubaron durante 24-72 h a una temperatura de 37 °C. Las colonias de este cultivo se suspendieron en NaCl estéril al 0,85% y el inóculo se estandarizó según la escala de 0,5 McFarland (1-5 106 UFC/mL). El test antimicótico fue realizado en placas de 96 pozos. Las cepas de levadura fueron preparadas en agua estéril y se diluyeron en el medio RPMI 1640 (excepto en el control de esterilidad). El aceite se disolvió en dimetilsulfóxido (DMSO) a concentraciones finales de 25 a 0,1 µg/mL. La concentración mínima inhibitoria (CMI) se determinó visualmente, después de 24 h de incubación, como la concentración más baja de droga que causó una disminución significativa del crecimiento ($\geq 50\%$ de inhibición) por debajo de los niveles de control (16).

RESULTADOS

Composición química del AE de *F. imbricata*

De las hojas frescas de *F. imbricata* se obtuvieron 2,4 g de un aceite amarillo claro con un rendimiento del 0,48% (v/w). El AE está compuesto principalmente por sesquiterpenos oxigenados (78,81%), monoterpenos oxigenados (4,75%), sesquiterpenos hidrocarbonados (4,58%) y esteres de ácidos grasos (0,72%) (Tabla 1).

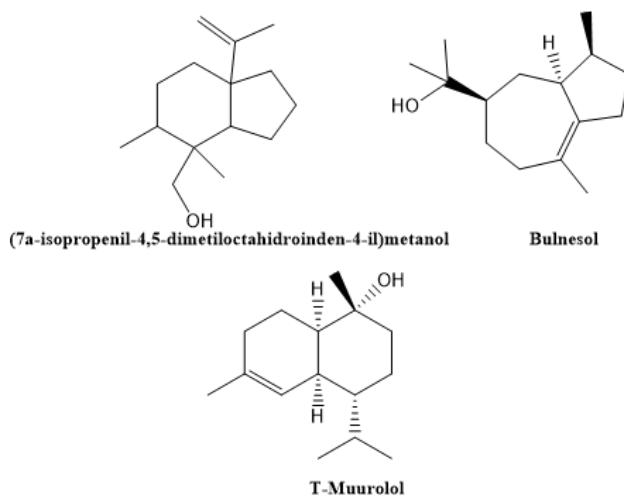
Se identificaron trece compuestos en el AE de *F. imbricata*, que correspondieron al 88,86% del total del aceite analizado y los principales componentes son: (7a-isopropenil-4,5-dimetiloctahidroinden-4-il) metanol (43,66%), bulnesol (17,02%) y T-muurolol (5,75%) (Figura 1).

Tabla 1: Tabla de componentes químicos del aceite esencial de *F. imbricata* / Table of chemical components of essential oil of *F. imbricata*.

Nº	Compuesto	RT (min)	% Area ^a	RI ^b	RI ^c	Identificación
1	Borneol	15,34	0,86	1147	1147	RL, MS, Co
2	Terpinen-4-ol	15,656	3,38	1176	1177	RL, MS, Co
3	Terpineol	16,041	0,51	1186	1185	RL, MS
4	α -Cedreno	22,16	0,74	1410	1409	RL, MS
5	β Funebreno	22,30	3,49	1419	1419	RL, MS
6	Amorfadieno	23,39	3,84	1463	1463	RL, MS
7	Isoshiobunona	25,42	1,24	1518	1518	RL, MS
8	Sesquituriferona	25,96	5,30	1567	1566	RL, MS
9	(7a-Isopropenil-4,5-dimetiloctahidroinden-4-il)metanol	27,02	43,66	1659	1659	RL, MS
10	Bulnesol	27,34	17,02	1663	1664	RL, MS
11	T-Muurolol	27,98	5,75	1666	1666	RL, MS
12	β -Costol	31,10	2,35	1787	1788	RL, MS
13	trans-Valerenil acetato	31,93	0,72	1831	1832	RL, MS
Total			88,86			

Se identificaron trece compuestos en el AE de *F. imbricata*, que correspondieron al 88,86% del total del aceite analizado y los principales componentes son: (7a-isopropenil-4,5-dimetiloctahidroinden-4-il)metanol (43,66%), bulnesol (17,02%) y T-muurolol (5,75%) (Figura 1).

Figura 1: Estructura química de los compuestos presentes mayoritariamente en el aceite esencial de *F. imbricata*



Actividad Antifúngica

El ensayo antifúngico al que fue sometido el AE de *F. imbricata* se llevó a cabo con cinco especies del género *Candida* y para este ensayo se utilizó como control clotrimazol y fluconazol, registrándose la CIM como se detalla a continuación (Tabla 2):

Tabla 2: Actividad presentada por el AE de *F. imbricata* sobre diferentes especies de *Candida*/ Activity presented by EO of *F. imbricata* on different species of *Candida*.

Muestra	CIM (μ g/mL)				
	C. parapsi- losis	C. tropi- calis	C. lusita- niae	C. albicans	C. guillier- mondii
AE	>25	>25	>25	20	10
Fluconazol	0,5	1,0	10	1,0	1,0
Clotrimazol	10	5	15	15	15

En la Tabla 2 se observa que el AE fue selectivo para la cepa de *C. guilliermondii*, registrando un valor 100 μ g/mL que supera al control clotrimazol, el que a su vez es superado diez veces por el fluconazol, con respecto a esta misma cepa del género *Candida*. Sin embargo, presentó una débil actividad

frente a la cepa de *C. albicans* y una nula actividad frente al resto de cepas a las concentraciones de trabajo evaluadas.

DISCUSIÓN

Las levaduras del género *Candida* se presentan como la causa más habitual de infecciones micóticas oportunistas (16), lo que sumado al aumento en la resistencia a los medicamentos da cuenta de la necesidad de terapias alternativas en base a plantas. Según la OMS se estima que alrededor del 80% de la población global utiliza extractos de hierbas o sus componentes activos como medicina folclórica (17). Debido a esto, el estudio se enfocó en la actividad antifúngica del AE de *F. imbricata* sobre las cepas de *Candida parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. lusitaniae*, *C. albicans* y *C. guilliermondii*, la que mostró efectividad en contra de las dos últimas cepas de las cinco evaluadas. En este sentido, estudios recientes con extractos *Solanum lycopersicum* –especie perteneciente a la familia Solanaceae–, al igual que la *F. imbricata*, informan la sensibilidad de los extractos frente a *C. guilliermondii* y una alta resistencia sobre diferentes cepas de *C. albicans* (18).

Asimismo, se ha reportado que los sesquiterpenos oxigenados principal familia de compuestos identificados en el AE de *F. imbricata* presentan potentes propiedades antibacterianas, antioxidantes y anti-fúngicas (19). Es el caso del AE de *Cryptocarya alba* que evidencia una alto contenido de sesquiterpenos y monoterpenos oxigenados con una potente actividad anti-fúngica contra hongos de diferentes clases como son *Nosema ceranae* (20), micosis que afecta a las abejas mielíferas y *C. albicans* (21).

En base a lo expuesto, los aceites esenciales tienen dos características destacadas: baja toxicidad para las personas vía tópica y el medio ambiente, debido a sus composición, y bajo riesgo de desarrollo de resistencia por parte de los microorganismos patógenos de los que se encuentran constituidos (22), derivada de su mixtura de volátiles. Por estas razones y considerando los resultados, recomendamos el potencial uso de AE de *F. imbricata* para el desarrollo de un nuevo y selectivo compuesto antifúngico en contra de *C. guilliermondii*.

CONCLUSIONES

La *F. imbricata* no posee una actividad antifúngica de amplio espectro, pero si tiene un efecto antifúngico dirigido sobre *C. guilliermondii*, lo que la convierte en un posible coadyuvante para tratamientos médicos contra este agente y, por ende, es posible introducirlo como un potencial alimento funcional.

También cabe consignar que los compuestos mayoritarios encontrados en el aceite pueden ser los responsables de esta actividad, quedando como proyección la posibilidad de indagar más sobre las actividades antifúngicas de cada uno de ellos, además de buscar el mecanismo de acción que presenta frente a *C. guilliermondii*.

REFERENCIAS

1. Bona, E., Cantamessa, S., Pavan, M., Novello, G., Massa, N., Rocchetti, A., & Gamalero, E. (2016). Sensitivity of *Candida albicans* to essential oils: are they an alternative to antifungal agents? *Journal of applied microbiology*, 121(6), 1530-1545.
2. Gómez, S., García, S. M., de Bedout, C., & García, A. M. (2011). Protein profile analysis of *Candida guilliermondii* clinical isolates sensitive and resistant to fluconazole. *Infectio*, 15(1), 20-24.
3. Marcos-Zambrano, L. J., Puig-Asensio, M., Pérez-García, F., Escribano, P., Sánchez-Carrillo, C., Zaragoza, O., & Muñoz, P. (2017). *Candida guilliermondii* complex is characterized by high antifungal resistance but low mortality in 22 cases of candidemia. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 61(7).
4. Tseng, T. Y., Chen, T. C., Ho, C. M., Lin, P. C., Chou, C. H., Tsai, C. T., & Ho, M. W. (2018). Clinical features, antifungal susceptibility, and outcome of *Candida guilliermondii* fungemia: an experience in a tertiary hospital in mid-Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 51(4), 552-558.
5. VALDIVIANA, P. E. L. S. (2013). PROFESOR PATROCINANTE: Karin Jürgens Sch. INSTITUTO: Farmacia (Doctoral dissertation, Universidad Austral de Chile).
6. Toneti, B. F., Barbosa, R. F. M., Mano, L. Y., Sawada, L. O., Oliveira, I. G. D., & Sawada, N. O. (2020). Beneficios del Qigong como terapia alternativa y complementaria para la salud: una revisión sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.

7. Hoffmann, J., Farga, C., Lastra González, J. D. L., & Veghazi, E. (1992). Plantas medicinales de uso común en Chile.
8. Doll, U., Norambuena, C., & Sánchez, O. (2013). Efecto de la aplicación de IBA sobre el enraizamiento de estacas en seis especies arbustivas nativas de la región mediterránea de Chile. *Idesia* (Arica), 31(3), 65-69.
9. Burgos, A. N., & Morales, M. A. (2010). Estudio cualitativo del uso de plantas medicinales en forma complementaria o alternativa con el consumo de fármacos en la población rural de la ciudad de Bulnes, Región del Bío-Bío, Chile. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 9(5), 377-387.
10. Navas, L. E. (1973). Flora de la cuenca de Santiago de Chile. Tomo I. Pteridophyta, Gimnospermae, Monocotyledonae. Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.
11. Schmeda-Hirschmann, G., & Theoduloz, C. (2019). *Fabiana imbricata* Ruiz et Pav. (Solanaceae), a review of an important Patagonian medicinal plant. *Journal of Ethnopharmacology*, 228, 26-39.
12. Brown, G. D. (1994). The sesquiterpenes of *Fabiana imbricata*. *Phytochemistry*, 35(2), 425-433.
13. Golmakani, M. T., & Rezaei, K. (2008). Comparison of microwave-assisted hydrodistillation with the traditional hydrodistillation method in the extraction of essential oils from *Thymus vulgaris* L. *Food Chemistry*, 109(4), 925-930.
14. de Oliveira, M. S., Almeida, M. M., Salazar, M. D. L. A. R., Pires, F. C. S., Bezerra, F. W. F., Cunha, V. M. B., ... & Pinto, R. H. H. (2018). Potential of Medicinal Use of Essential Oils from Aromatic Plants. *Potential of Essential Oils*, 1.
15. Adams, R. P. (2007). Identification of essential oil components by gas chromatography/mass spectrometry (Vol. 456). Carol Stream, IL: Allured publishing corporation.
16. González, Á., & Tobón, Á. M. (2011). Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. *Infectio*, 10(4).
17. Bhalodia, N. R., & Shukla, V. J. (2011). Antibacterial and antifungal activities from leaf extracts of *Cassia fistula* l.: An ethnomedicinal plant. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, 2(2), 104.
18. Devadas, S. M., Giffen, S. R., Kumar, N., Lobo, R., & Ballal, M. (2017). Activity of *Solanum lycopersicum* against *Candida* Species Isolated from Retro-Positive Patients-An Invitro Study. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 9(7), 1233.
19. Shin, S. (2003). Anti-Aspergillus activities of plant essential oils and their combination effects with ketoconazole or amphotericin B. *Archives of Pharmacal Research*, 26(5), 389.
20. Bravo, J., Carbonell, V., Sepúlveda, B., Delporte, C., Valdovinos, C. E., Martín-Hernández, R., & Higes, M. (2017). Antifungal activity of the essential oil obtained from *Cryptocarya alba* against infection in honeybees by *Nosema ceranae*. *Journal of Invertebrate Pathology*, 149, 141-147.
21. Touma, J., Navarro, M., Sepúlveda, B., Pavon, A., Corsini, G., Fernández, K., ... & Neira, I. (2020). The Chemical Compositions of Essential Oils Derived from *Cryptocarya alba* and *Laurelia sempervirens* Possess Antioxidant, Antibacterial and Antimicrobial Activity Potential. *Molecules*, 25(23), 5600.
22. Mahilrajan, S., Nandakumar, J., Kailayalingam, R., Manoharan, N. A., & SriVijeindran, S. (2014). Screening the antifungal activity of essential oils against decay fungi from palmyrah leaf handicrafts. *Biological Research*, 47(1), 35.

Técnica de suplementación bránula al dedo en apoyo a la lactancia materna. Reporte de casos

Branula and finger supplementation technique in support of breastfeeding. Case report

Araceli Saavedra S.¹, Josefa Molina S.², Ruth Prieto G.³

¹Matrona, Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera, Chile. Carrera #228, Temuco.

² Fonoaudióloga, Departamento de Salud Municipal Padre Las Casas, Chile. Francisco Pizarro #680, Padre Las Casas.

³ Matrona, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Universidad de La Frontera, Chile. Claro Solar #115, Temuco.

*Autor para correspondencia: araceli.saavedra@ufrontera.cl

RECIBIDO: 05 de Junio de 2021
APROBADO: 06 de Septiembre de 2021



DOI: 10.22370/rev.mat.2.2021.2791

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: Lactancia materna, nutrición del lactante, leche humana, destreza motora.

Key words: Breast feeding, infant nutrition, human milk, motor skills.

RESUMEN

Introducción: existe consenso respecto de los beneficios de la lactancia materna (LM). Sin embargo, se pueden presentar dificultades para amamantar debido a diferentes causas. Los equipos profesionales deben conocer las diferentes herramientas para apoyar en el establecimiento y la mantención de la LM.

Objetivo: exponer los resultados de casos clínicos con éxito en el uso de la técnica de suplementación por bránula al dedo y proponer un fluograma para la toma de decisiones en la suplementación.

Material y método: se presentan tres casos clínicos con dificultades para establecer la lactancia, implementando el método de bránula al dedo como técnica de suplementación. Una vez alcanzado el rendimiento motor orofacial necesario para la alimentación, se comienza con la técnica de suplementación de sonda al pecho.

Descripción de casos y resultados: la suplementación es llevada a cabo por la madre o acompañante, guiada por un profesional capacitado.

Los pilares fundamentales son: exclusión de tetinas, favorecer y entrenar el patrón de succión del lactante y la comunicación fluida con la madre.

Conclusión: la técnica de suplementación temporal por bránula ha mostrado buenos resultados en los casos presentados. Esta técnica se centra en la estimulación de la succión del lactante, acompañamiento integral y trabajo en equipo.

ABSTRACT

Introduction: there is consensus regarding the benefits of breastfeeding (BF). However, breastfeeding difficulties can occur due to different causes. Professional teams must know the different tools to support the establishment and maintenance of the BF.

Objective: to present the results of clinical cases with success in the use of supplementation by finger branula technique and propose a flow chart for decision-making in supplementation.

Material and method: three clinical cases are presented with difficulties in establishing lactation, implementing the bránula al finger method as a supplementation technique. Once the orofacial motor performance necessary for feeding has been achieved, the breast tube supplementation technique is started.

Description of cases and results: the supplementation is carried out by the mother or companion, guided by a trained professional. The fundamental pillars are: exclusion of teats, promoting and training the sucking pattern of the infant and fluid communication with the mother.

Conclusion: the technique of temporary supplementation by bránula has shown good results in the cases presented. This technique focuses on the stimulation of the sucking of the infant, comprehensive monitoring and teamwork.

INTRODUCCIÓN

Debido a los beneficios comprobados del amamantamiento en la salud de niños y niñas es que las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de UNICEF respecto de la lactancia materna son: iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida del niño o niña, alimentarle con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses, y extender la lactancia materna -complementada con otros alimentos- hasta los dos años o más (1).

Asimismo, dado el consenso mundial acerca de las múltiples ventajas y beneficios de la lactancia materna, es que su elección como primera práctica de alimentación en la infancia es promovida por diferentes instituciones asociadas a la salud de niños, niñas y mujeres que amamanan.

En Chile, según el último informe de Vigilancia Nutricional del año 2017 (2), el 56,32% de los niños y las niñas recibe lactancia materna exclusiva (LME) al sexto mes de vida, cumpliéndose de esta manera con la meta de la Organización Mundial de la Salud que proyectaba alcanzar el 50% de LME en el año 2020 (3). Es importante mencionar que un alto porcentaje de mujeres abandona la práctica de lactancia por la percepción de ingesta insuficiente por parte del lactante, sin recibir previamente apoyo profesional o asesoría técnica, lo que fundamenta la necesidad de que se cuente con respaldo en el proceso de inicio e instalación de la lactancia (4)(5).

Según el documento “Orientaciones técnicas para la atención en Clínicas de Lactancia Materna”(6), frente a casos de mal incremento ponderal, tomar las medidas correspondientes a tiempo se transforma en una urgencia, puesto que el niño o niña puede caer en una situación de pérdida de peso crítica, la cual requiere de suplementación inminente cubriendo el 100% de los requerimientos nutricionales. Como el protocolo N°3 de la Academia Médica de Lactancia (ABM) señala, es importante tener en consideración los motivos correctos para realizar tomas suplementadas, entre las que se encuentran condiciones de salud del recién nacido, signos y síntomas de una transferencia insuficiente de leche y condiciones de salud de la madre (7). A la vez, se hace relevante la evaluación de señales de un amamantamiento efectivo, entre las que destaca un aumento de peso normal como principal parámetro de valoración, siendo los hitos principales una pérdida de peso posterior al nacimiento de al menos un 10% y una recuperación del peso en un plazo máximo de quince días, posterior a ello según evaluación nutricional (6).

Cabe destacar que para lactantes menores de seis meses, la primera recomendación sanitaria siempre será la leche materna exclusiva a libre demanda, teniendo presente que en los casos que amerite -según evaluación del profesional capacitado- se deberá suplementar transitoriamente con leche materna extraída o fórmula de inicio (6)(7). Las técnicas de administración de leche extraída y suplementos deben corresponder al mecanismo que interfiera lo menos posible con su succión fisiológica (8).

Asimismo, hay que considerar que la alimentación oral depende del estado del neurodesarrollo relacionado con la organización de la conducta. En el caso de un recién nacido de término, es posible observar una regulación cardiorrespiratoria y la habilidad de producir una coordinación entre los patrones de succión deglución y respiración necesarios para la alimentación segura. Además, la anatomía de la vía oral y faríngea en los primeros meses de vida subyace y facilita la alimentación al pecho (la mandíbula es desproporcionadamente pequeña en comparación con el cráneo).

Esto se explica por el hecho de que la lengua llena la cavidad oral y deja poco espacio para la variación en movimientos lingüales, ya que también las almohadillas de grasa en las mejillas estrechan la cavidad oral en la dimensión lateral, limitando el movimiento (9)(10). También cabe consignar que el tercio poste-

rior de la lengua se encuentra dentro de la cavidad oral puesto que la laringe está mucho más arriba que en el adulto, sin el ángulo de separación de 90 grados. Así, las cavidades orales y faríngeas aproximan el paladar blando a la epiglottis. Este posicionamiento de la laringe alta y bajo la base de la lengua aporta al lactante protección parcial de la vía aérea, disminuyendo el riesgo de aspiración de líquido en los pulmones. Esta configuración anatómica apoya el acto de amamantar, debido a los movimientos anteroposteriores de la lengua, necesarios para extraer leche materna del pecho. Lo anterior permite una alimentación eficiente en un lactante, que demora alrededor de 30 minutos o menos (9).

En definitiva, es fundamental que los hitos del desarrollo de la motricidad orofacial se encuentren avanzados, para favorecer la lactancia materna exclusiva.

Hitos del desarrollo motor oral

Dentro de los hitos del desarrollo motor más significativos se describen (9):

Semana de gestación	Hito del desarrollo motor oral
15 - 17	Succión
18-24	Movimientos linguales anteroposteriores
22 - 24	Deglución consistente
28 - 30	Acanalamiento lingual
32	Deglución madura, no coordinada, succión rápida sin deglución
33	Grupos de succiones 2-3 sin deglución asociada
34	Mecanismo más maduro
36	Logra coordinación de succión deglución respiración

Tabla 1: Hitos del desarrollo motor oral

Los movimientos linguales intraorales necesarios para generar la succión difieren según el tipo de alimentación.

En la succión al pecho materno, la lengua forma un surco medio longitudinal con dos bordes periféricos y una fosa central. En esta fase, el descenso de la base de la lengua genera la presión negativa que favorece la extracción de la leche mientras que en la succión con mamadera los movimientos de la lengua se asemejan a un pistón con movimientos alternos de la punta y de la base. Estos movimientos linguales también pueden cambiar en relación con la madurez del lactante y son más notorios a partir de los dos

meses de vida. Tanto en la succión al pecho como en la succión con mamadera, el descenso de la mandíbula y el movimiento de la lengua son los factores más importantes para generar la presión de succión (10).

Las teorías de aprendizaje motor afirman que existen patrones primitivos iniciales que se mantienen y son afinados agregándose nuevos patrones. Esto sugiere que si el lactante recibe un estímulo externo que le permita afinar el patrón motor oral, como por ejemplo con la técnica de jeringa/bránula al dedo durante la alimentación, probablemente sería posible afinar los movimientos motores orales; anteroposteriores y acanalamiento lingual, que permitan una succión más fuerte, rítmica y eficiente (11).

Por otro lado, se debe considerar que es posible inducir cambios plásticos en el sistema nervioso, considerando (12):

- El estímulo adecuado
- Frecuencia en que se presenta el estímulo adecuado
- Tiempo de duración del estímulo
- Edad al momento del estímulo

Todos estos factores sugieren que la exposición al patrón motor más eficiente durante la alimentación con la técnica jeringa/bránula al dedo facilitará el aprendizaje motor para el desempeño de la motricidad orofacial durante la alimentación del lactante al pecho materno (13).

Considerando lo anterior y la experiencia de los casos expuestos, se recomienda optar por una técnica de suplementación que favorezca directamente el desempeño motor a través de la modulación del movimiento linguo-mandibular de la succión durante la alimentación con jeringa/bránula al dedo, para afinar los patrones motores de manera que sean más eficientes para la alimentación al pecho materno, favoreciendo así el éxito de la lactancia materna exclusiva.

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo exponer los resultados de casos clínicos que tuvieron éxito en el uso de la técnica de suplementación por bránula al dedo y proponer un fluograma para la toma de decisiones en la suplementación para el éxito de la LM.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron tres casos clínicos en que las madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia y se implementó el método de bránula al dedo como técnica de suplementación temporal. En todos los casos se solicitó consentimiento informado para la presentación de antecedentes, en el que se manifiesta el cumplimiento de los principios éticos de la investigación clínica.

En los casos a describir, se realiza tanto evaluación como seguimiento, en contexto domiciliario en atención particular, a cargo de matrona y fonoaudióloga con experiencia y formación en lactancia materna y motricidad orofacial, mediante observación clínica.

Esta técnica consiste en la utilización de una jeringa de 20 ml y una bránula calibre N°20, ambas deben ser conectadas.

El posicionamiento debe comenzar con una postura cómoda para la madre (o padre) y el lactante, contenido y acunado con sus extremidades hacia la línea media, en un ángulo de 45°. Se comienza estimulando el reflejo de búsqueda, como precursor del reflejo de succión, tocando la mejilla desde el lóbulo de la oreja hasta la comisura labial. Luego se introduce la falange distal del dedo índice en la cavidad oral del lactante hasta tocar las rugosidades palatinas con la yema del dedo. Lateralmente y hacia la punta del dedo índice, se posiciona la bránula, mientras se sujetá el cilindro de la jeringa con el resto de la misma mano. Con la otra mano se empuja suavemente el émbolo sólo en el inicio de la alimentación. Se deben realizar movimientos anteroposteriores que acompañen el movimiento natural del lactante, y así estimular la motricidad orofacial necesaria para la succión al pecho, siguiendo los grupos de succión del recién nacido, y si se detiene la succión, se debe respetar la pausa, procurando que no sea mayor a 15 segundos. Se debe considerar durante la estimulación, la amplitud, ritmo y fuerza de la succión (14).

Una vez alcanzado el rendimiento motor orofacial necesario para la alimentación, se comienza con la técnica de suplementación de sonda al pecho hasta alcanzar el incremento ponderal esperado para la edad.

La implementación de esta técnica de suplementación implica un trabajo en equipo en que se hace imperativo destacar el rol del profesional fonoaudiólogo/a en la evaluación de la motricidad

orofacial del lactante, que implica la observación de las estructuras orofaciales desde la anatomía hasta su funcionalidad. Observando indeminidad de reflejos orofaciales, indeminidad de estructuras como labios, lengua, mejillas, paladar blando, encías y frenillo sublingual y sublabial. Además se observa la movilidad de las estructuras, principalmente de la lengua, observando el alcance lingual con movimientos anteroposteriores y acanalamiento lingual durante la succión al dedo, para valorar la fuerza de la succión no nutritiva (15)(16).

El trabajo multidisciplinario involucra que estos profesionales en conjunto con el equipo de salud evalúen permanentemente el avance de la técnica de suplementación. Esto es de suma relevancia para el profesional matrona/ón, debido a su accionar en la atención de la diada a lo largo del proceso de lactancia, tanto en el conocimiento de la técnica, educación a los padres y la correcta identificación de hallazgos que requieran derivación y manejo en equipo multidisciplinario.

El seguimiento para la evaluación del cumplimiento de los hitos necesarios para la alimentación al pecho se establece dependiendo de las necesidades de suplementación temporal, monitoreo de una ingesta suficiente de leche materna e incremento ponderal, estableciendo de acuerdo a ello, controles entre tres a siete días.

DESCRIPCIÓN DE CASOS Y RESULTADOS

De los casos presentados, tanto las madres como los lactantes estaban sanos, nacidos de partos de término (RNT), de vértece espontáneo, sin comorbilidades. Los lactantes presentan una anatomía normal de la cavidad oral, compartiendo algunas características, tales como: percepción de la madre de producción insuficiente y de insatisfacción del lactante, incorporación de fórmula y mamadera sin técnica adecuada y dolor o malestar de la madre al amamantar.

CASO 1: RNT 39 semanas adecuado para la edad gestacional (AEG), de 20 días, que no ha recuperado peso de nacimiento, con lactancia materna diferida por dificultad en el acople e interferencia en el patrón de succión, donde se observa falta de acanalamiento lingual, retracción lingual y falta de apertura de la boca en el agarre. Esto debido a la utilización previa de mamadera como método de suplementación sin una técnica ni elección adecuada. Se sus-

pende el uso de todo tipo de tetinas y se inicia suplementación con jeringa/bránula al dedo durante siete días, al cabo de los cuales se realiza la evaluación del patrón de succión, determinando que se encuentra en condiciones de comenzar el entrenamiento con sonda al pecho, sin forzar, intentándolo de manera respetuosa y paulatina, con asesoramiento para conseguir el acople correcto. Tras tres semanas se consigue la lactancia materna directa.

CASO 2: RNT 38 semanas AEG de 15 días de vida, que no ha recuperado peso de nacimiento, con lactancia materna exclusiva y directa. Durante la evaluación de succión se evidencia succión medianamente débil y falta de apertura bucal. Se indica suplementación con fórmula y/o leche materna (según disponibilidad), utilizando la técnica de jeringa/bránula al dedo o sonda al pecho indistintamente según presencia y comodidad materna. Los padres de la recién nacida deciden utilizar la técnica de jeringa/bránula al dedo para ser administrado por el padre y de esta forma participar activamente en el establecimiento de la lactancia. En forma paralela se orienta al aumento de la producción láctea con la extracción frecuente y el amamantamiento a libre demanda. Al cabo de dos semanas se logró establecer la lactancia materna exclusiva.

CASO 3: Lactante de un mes de vida, nacido a las 38 semanas de gestación AEG, lactancia materna mixta con fórmula predominante, uso de pezonera en lactancia directa, indicada al alta en puerperio por pezón plano, sin asesoría directa y utilización de mamadera como medio de suplementación sin técnica adecuada, iniciada por un incremento ponderal (IP) menor a lo esperado. La madre manifiesta deseo de amamantar y se asesora para quitar de forma paulatina la pezonera e iniciar la suplementación con jeringa/bránula al dedo en reemplazo de la mamadera. A la evaluación de succión, se observó retracción lingual y falta de apertura bucal, por lo que se indican ejercicios de estimulación motora-oral durante la ingesta con bránula. Tras dos semanas se consigue retirar la pezonera en lactancia directa y se inicia la suplementación con sonda al pecho, sin forzar, intentando de manera respetuosa y paulatina, con asesoramiento para conseguir el acople correcto. Luego de un mes se consigue la lactancia directa, que se mantiene en forma mixta, ahora con leche materna predominante.

El éxito de esta técnica radica en tres puntos básicos. Primero, permite la suplementación sin el uso de tetinas en primera instancia. Segundo, esti-

mula y entrena al lactante para la succión al pecho. Esta técnica es similar al uso de sonda al dedo, con la diferencia en resultar más cómoda para la madre y, además, permitir estimular el patrón de succión favoreciendo los movimientos adecuados necesarios para extraer la leche materna directamente. Tercero, el acompañamiento profesional permite a la madre sentir seguridad basada en la confianza y comunicación con los profesionales tratantes. Esto último es clave, puesto que la técnica con bránula permite evaluar de manera directa los avances logrados.

Por ello uno de los resultados más importantes de la intervención en estos casos, es la toma de decisiones en función de mantener la lactancia materna exclusiva, una vez finalizado el proceso de suplementación.

Para esto se recomienda el uso de un flujograma de suplementación, que al ser temporal debe favorecer la succión (13), a diferencia de una administración ocasional con otros métodos, siempre considerando las características y preferencias de la diada y la forma de administrar la leche materna o en su defecto la fórmula, en beneficio de ambos. (Ver Anexo nº1: Flujograma de suplementación).

Cabe destacar la importancia de favorecer la autoconfianza materna (17) en su capacidad de amamantar y el apoyo del padre o compañero/a de crianza en el establecimiento de la lactancia.

DISCUSIÓN

El éxito de una alimentación segura en recién nacidos y lactantes requiere de una adecuada coordinación de la succión, deglución y respiración (18). Entendiendo la deglución como el completo acto de llevar el alimento desde la boca hasta el estómago. Además, ésta debe ser eficiente y segura para mantener la estabilidad respiratoria apropiada, para el desarrollo normal a través del tiempo (19). Los patrones normales de alimentación son predictores de un desarrollo normal, como bases para adquirir en el futuro las habilidades para comunicarse (9).

En relación con los resultados de los casos presentados, se destaca la elección de suplementar con una técnica que está orientada principalmente a favorecer el desarrollo del patrón de succión del lactante, para que pueda lograr la lactancia materna al pecho, no solamente pensando en el incremento ponderal, sino también en el desarrollo motor oral.

Esto último permitiría observar, en el tiempo, si este tipo de decisiones favorecen la lactancia materna directa a largo plazo.

La técnica bránula-dedo permite mantener la succión a diferencia de la alimentación en vaso o jeringa y no utiliza tetinas, a diferencia de la mama-dadera (20). La mantención de la succión durante este período es fundamental, ya que ésta es la manera más adecuada y eficiente de ofrecer los nutrientes necesarios. Por medio de la succión, el RN se alimenta, interactúa con el medio y se satisface emocionalmente, puesto que tiene un efecto calmante (10)(21) (22)(23), en los casos descritos se puede observar que si bien el medio de suplementación utilizado favorecía la succión y su efecto calmante, este no se encontraba adecuado a las necesidades del desarrollo motor oral del lactante para lograr la lactancia directa, evidenciando la necesidad de una evaluación y manejo especializado.

En síntesis, la suplementación idealmente debe ser con leche materna extraída, si esto no es posible se utiliza fórmula láctea. Debe iniciarse en el caso de que el recién nacido no logre el incremento ponderal esperado, cuando la madre no está en las condiciones óptimas, ya sea por su estado de salud o por dificultades en la producción. Y, por último, cuando las características propias del recién nacido asociadas a inmadurez en hitos del desarrollo motor oral y condiciones estructurales, dificultan la lactancia directa de forma temporal.

La primera opción debe ser la alimentación con sonda al pecho, siempre y cuando tenga la motricidad necesaria para acoplarse y succionar de forma adecuada.

En el caso de que esto no sea así, se utiliza la segunda opción: la técnica de bránula al dedo descrita anteriormente. Esto permitirá estimular el desarrollo de la motricidad necesaria para que pueda tomar desde el pecho materno directo. La diferencia entre esta técnica y la técnica de sonda al dedo radica en la comodidad en la manipulación de los utensilios y en la incomodidad para el lactante por el tamaño de la sonda en comparación con la bránula. Esta última es prácticamente imperceptible.

Como tercera opción se debe utilizar la mamadera de forma correcta, tanto en su elección como en la técnica de uso (24).

Por último, como cuarta opción está el uso de otro utensilio como cuchara, vaso o jeringa. Sin embargo, estos utensilios no estimulan la succión y el lactante se pierde todos los beneficios asociados a

ésta como método de alimentación. Es necesario hacer hincapié en que si se debe administrar leche materna o fórmula de manera ocasional podría ser ésta la tercera recomendación para evitar el uso de tetinas y no favorecer su preferencia (25).

CONCLUSIONES

Existen diversas alternativas para la suplementación de un lactante, sin embargo, es necesario reflexionar sobre cuál es la alternativa que más favorece el desarrollo motor oral, considerando como objetivo final la lactancia materna exclusiva al pecho materno.

Si bien lo más utilizado es la mamadera, esta no permite el entrenamiento de movimientos específicos necesarios para una succión más eficiente al pecho y generalmente se elige sin una asesoría adecuada, por lo tanto, la técnica de bránula al dedo puede ser una herramienta útil para el éxito de este proceso. Además, hay que considerar que, en relación con la experiencia de los casos descritos, las familias refieren sentirse seguras y confiadas con esta forma de alimentar.

El trabajo transdisciplinario en este tipo de técnica es clave, puesto que hay ciertos signos y manifestaciones del proceso de succión que se debe trabajar e identificar con la asesoría de profesionales de fonoaudiología, en conjunto con la asesoría y acompañamiento de una matrona o marón, u otro profesional con formación en el área de lactancia, ya que esto es clave no sólo desde la implementación de la técnica, sino, también, como acompañamiento integral de la diada en todo el proceso.

Idealmente todas estas técnicas de suplementación deben ser temporales para después poder incorporar el pecho materno directo exclusivo. No obstante, de acuerdo con la experiencia con los casos descritos, en lactantes sanos y de término, si no es posible utilizar la sonda al pecho, la mejor opción es la técnica de bránula/jeringa al dedo.

REFERENCIAS

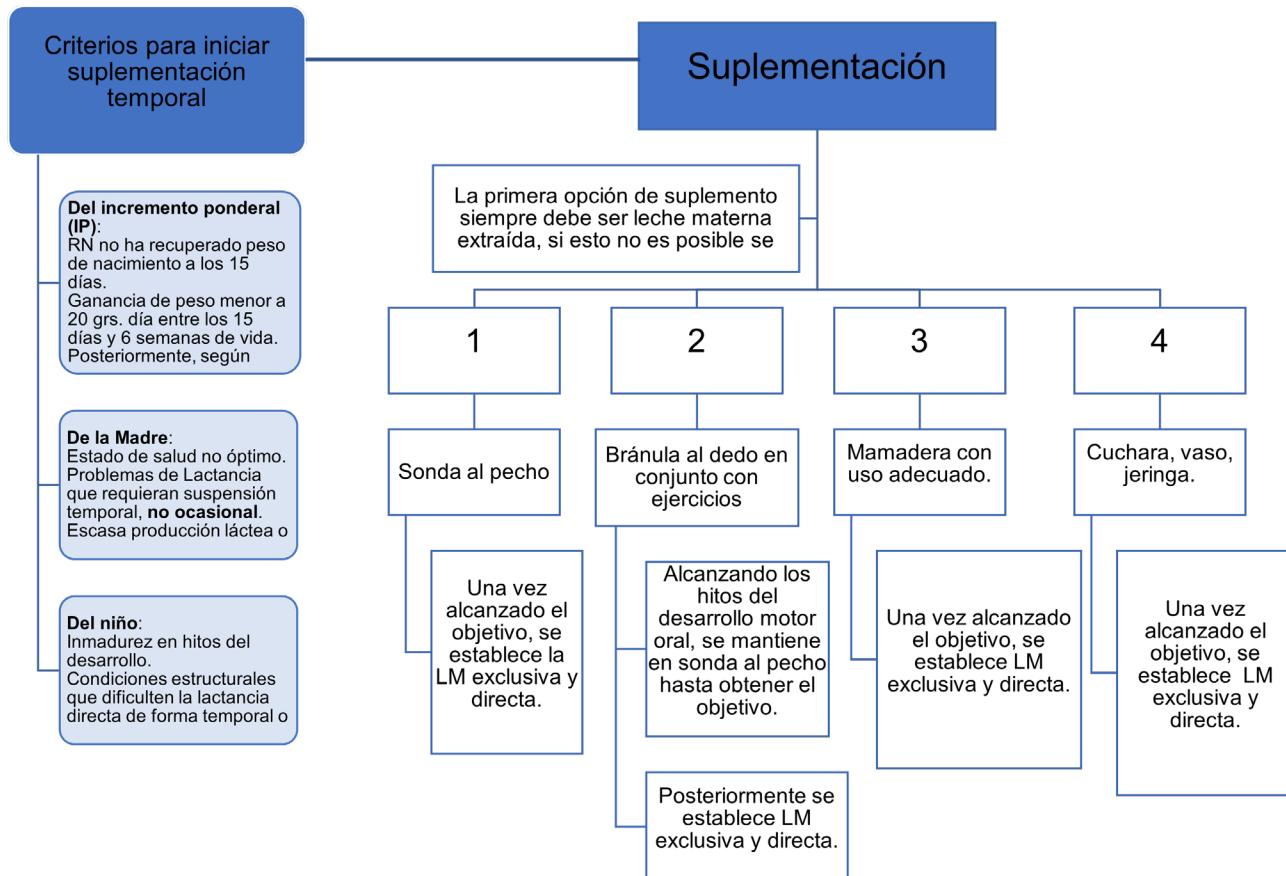
1. Organización Mundial de la Salud U. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. WHO. World Health Organization; 2003.
2. Ministerio de Salud de Chile. Vigilancia del estado nutricional de la población baj control y de la Lactancia Materna. 2017.

3. **Organización Mundial de la Salud.** Lactancia materna exclusiva [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
4. **Ministerio de Salud de Chile.** Encuesta Nacional de Lactancia Materna en Atención Primaria (ENALMA). 2013.
5. **BL C, LC, DM, DC, ME B, IS, et al.** Do a Few Weeks Matter? Late Preterm Infants and Breastfeeding Issues. *Nutrients* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20];11(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30717261/>
6. **Ministerio de Salud de Chile.** Orientaciones técnicas para la atención en Clínicas de Lactancia Materna. 2016.
7. **Academy of Breastfeeding Medicine.** Protocolo clínico ABM n.o 3: Tomas suplementarias en el recién nacido a término sano amamantado. *Breastfeeding Medicine* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 20]; Available from: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-spanish.pdf>
8. **Benis MM.** Are pacifiers associated with early weaning from breastfeeding? *Adv Neonatal Care*. 2002;2(5):259–66.
9. **Delaney AL, Arvedson JC.** Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. *Dev Disabil Res Rev* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2021 Mar 18];14(2):105–17. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ddrr.16>
10. **Enrique M, Macías R, Jacobo G, Meneses S.** Bol med Hosp Infant mex Physiology of nutritive sucking in newborns and infants pediatric theMe. Vol. 68, Bol Med Hosp Infant Mex. 2011.
11. **Dominici N, Ivanenko YP, Cappellini G, D'Avella A, Mondì V, Cicchese M, et al.** Locomotor primitives in newborn babies and their development. *Science* (80-) [Internet]. 2011 Nov 18 [cited 2021 Mar 18];334(6058):997–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22096202/>
12. **Lee DS, Lee JS, Oh SH, Kim SK, Kim JW, Chung JK, et al.** Cross-modal plasticity and cochlear implants. *Nature* [Internet]. 2001 Jan 11 [cited 2021 Mar 18];409(6817):149–50. Available from: <https://www.nature.com/articles/35051653>
13. **Buldur E, Yalcin Baltaci N, Terek D, Yalaz M, Altun Koroglu O, Akisu M, et al.** Comparison of the Finger Feeding Method Versus Syringe Feeding Method in Supporting Sucking Skills of Preterm Babies. *Breastfeed Med*. 2020 Nov 1;15(11):703–8.
14. **Villanueva P.** Motricidad Orofacial II: Evaluación y Diagnóstico - Universidad de Chile [Internet]. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2017 [cited 2021 Mar 21]. Available from: <https://www.uchile.cl/publicaciones/133270/motricidad-orofacial-ii-evaluacion-y-diagnostico>
15. **Costa CN, Lima G, Jorge RM, Malta R, Nemr K.** Efetividade da intervenção fonoaudiológica no tempo de alta hospitalar do recém-nascido pré-termo. *CEFAC*. 2007;
16. **Krüger EE, Kritzinger AA, Pottas LL.** Breastfeeding skills of full-term newborns and associated factors in a low-and-middle-income setting. *Afr Health Sci* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Jul 20];19(3):2670. Available from: [/pmc/articles/PMC7040260/](https://pmc/articles/PMC7040260/)
17. **Kronborg H, Væth M.** The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* [Internet]. 2004 [cited 2021 Mar 18];32(3):210–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15204182/>
18. **Glass RP, Wolf LS.** Incoordination of Sucking, Swallowing, and Breathing as an Etiology for Breastfeeding Difficulty. *J Hum Lact* [Internet]. 1994 [cited 2021 Mar 21];10(3):185–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7619270/>
19. **Morales RE.** Evaluación y manejo de dificultades de succión-deglución en recién nacidos y lactantes sin compromiso neuromuscular. *Neumol Pediátrica* [Internet]. 2019 Jul 10 [cited 2021 Jul 27];14(3):138–44. Available from: <https://neumologiapediatica.cl/index.php/NP/article/view/104>
20. **Susanibar F, Castillo J., Douglas C., Marchesan I. SR.** Motricidad orofacial. Fundamentos basados en evidencia. EOS E, editor. Madrid, España; 2016.
21. **Angélica Guido-Campuzano M, Del M, Ibarra-Reyes P, Mateos-Ortiz C, Mendoza-Vásquez N.** Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2012;198–207. Available from: <http://www.medigraphic.com/inper>
22. **López Rodríguez YN.** Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial / Infant Oral Motor Function as a Stimulus for Craniofacial Growth. Univ Odontol. 2016 Jun 28;35(74).
23. **Foster JP, Psaila K, Patterson T.** Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 4;2016(10).

24. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. J Perinatol [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2021 Mar 21];35(11):895–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26181720/>

25. Dowling DA, Meier PP, Difiore JM, Blatz MA, Martin RJ. Cup-Feeding for Preterm Infants: Mechanics and Safety. J Hum Lact [Internet]. 2002 [cited 2021 Mar 21];18(1):13–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11845732/>

Anexo 1: Flujograma de Suplementación



Separación Madre - Recién Nacido hospitalizado en pandemia: Un acontecimiento para reflexionar

*Mother hospitalized newborn separation in pandemic:
An event to reflect on*

**Camila Conejeros-Rebolledo¹, Constanza Escobar-Canales¹, Bárbara Ferrada-Lobos¹,
Catalina Lagos-Cisternas¹, Bernardita Baeza-Weinmann²**

¹Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

²Matrona, Magíster en Epidemiología Clínica, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil,
Carrera Obstetricia y Puericultura, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

*Autor para correspondencia: bernardita.baeza@ufrontera.cl

RECIBIDO: 15 de Junio de 2021
APROBADO: 30 de Septiembre de 2021



DOI: 10.22370/rev.mat.2.2021.2862

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

Palabras claves: SARS-CoV-2; Separación Madre-Hijo, Salud Materna, Cuidado Perinatal, Matronería
Key words: SARS-CoV-2; Mother-Child Separation, Maternal Health; Perinatal Care; Midwifery

RESUMEN

La pandemia por el virus SARS-CoV-2, ha provocado cambios en los protocolos de atención en todos los servicios del país, incluidas las unidades de neonatología, dificultando la cercanía entre las madres y sus recién nacidos, y poniendo en riesgo la generación del vínculo y posterior apego seguro entre el niño y la madre. La hospitalización neonatal, gatilla en las madres afecciones psicoemocionales, debidas principalmente por la consecuente separación. Existe evidencia del impacto que genera en las madres la hospitalización neonatal durante el período de pandemia. Se visualiza la insuficiencia de protocolos establecidos para permitir la cercanía materna con el neonato en contexto de pandemia, por lo que se plantea la necesidad de replantear los protocolos de visita y definir estrategias de detección precoz de alteraciones de salud mental en las madres que han sido separadas de sus neonatos. Se efectúa una reflexión respecto de las acciones, prioridades y desafíos que las matronas y matrones debemos considerar para velar por el bienestar del binomio.

Así como la detección a nivel primario de salud, mediante acciones de matronería, que parece ser una intervención ética.

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 pandemic has caused changes in the care protocols in all the country's services, including neonatology units, making it difficult for mothers to be close to their newborns and putting at risk the generation of the bond and subsequent secure attachment between the child and the mother. Neonatal hospitalization triggers psychoemotional disorders in mothers, mainly due to the resulting separation. There is evidence of the impact of neonatal hospitalization on mothers during the pandemic period. The insufficiency of protocols established to allow maternal closeness to the neonate in the context of pandemic is visualized, so the need to define strategies for early detection of mental health alterations in mothers who have been separated from their neonates is raised. A reflection is made regar-

ding the actions, priorities and challenges that midwives must consider in order to watch over the well-being of the binomial.

INTRODUCCIÓN

Según la teoría del apego, el vínculo corresponde a un lazo afectivo primario y privilegiado, que se establece mediante la interacción entre la madre y su recién nacido, para garantizar la supervivencia y desarrollo de sus crías (1). Esta interacción se define como el conjunto de fenómenos dinámicos, recíprocos e interdependientes que se desarrollan entre el sujeto y su medio, en este caso la madre (2). Por su parte, la etapa posterior al parto se constituye como el periodo crítico para la generación del vínculo, ya que la madre vivencia un estado emocional lábil, siendo esto parte del proceso fisiológico del período puerperal. Adicionado a esta labilidad emocional, existe un factor agravante a la que puede estar expuesta una madre, que es la hospitalización de su neonato. El ingreso a la unidad de neonatología provoca un gran impacto para ambos padres y especialmente en la madre, provocando interferencia en el proceso de formación del vínculo, al no cumplirse con la idealización de un embarazo a término con un hijo sano y no poder quedar al cuidado directo del recién nacido (3).

Por el contexto de pandemia, se produjo restricción de ingreso a madres y padres, en algunos servicios de neonatología del país, producto de decisiones de los equipos locales de cada institución hospitalaria, de os distintos servicios de salud, con el objetivo de disminuir los contagios por SARS-CoV-2. Situación no reportada en medios de comunicación académicos o de acceso público, y ampliamente conocida por matronas clínicas a lo largo de nuestro territorio. De esta manera, se originó un contexto favorecedor para el desarrollo de trastornos del ánimo generado por el distanciamiento físico, disminución en la frecuencia de visita, imposibilidad de amamantamiento frecuente, escaso contacto visual, y muchas veces nulo contacto táctil.

Es relevante evidenciar cómo este contexto produce cambios psicoemocionales en las madres durante la hospitalización de su neonato, como también definir las responsabilidades de los integrantes del equipo de salud, para favorecer el contacto entre las madres y sus neonatos, como también identificar precozmente posibles alteraciones del ánimo en estas madres que han debido espaciar su ingreso o

han estado impedidas de visitar a su hijo o hija, para cumplir con el protocolo por pandemia, definido en cada unidad o servicio.

El objetivo de esta reflexión es hacer un llamado a los profesionales de la salud perinatal, por la necesidad de redefinir algunas acciones en los protocolos Covid-19 instaurados en los servicios de neonatología, a fin de garantizar el contacto entre la madre y su recién nacido hospitalizado, para favorecer la lactancia materna y el desarrollo del vínculo; como también incorporar un protocolo de detección precoz de posible deterioro de la relación vincular entre ambos, quienes experimentaron separación durante el período de pandemia, disminución de frecuencia de visitas y mínimas oportunidades de amamantamiento.

REFLEXIÓN

La actual situación de pandemia mundial supone estados de cuarentena y aislamiento, lo cual produce una repercusión psicológica en toda la población (4).

Dentro de las distintas acciones para evitar la propagación del virus, en nuestro país, los centros asistenciales implementaron medidas para disminuir el contagio. En numerosos servicios se restringieron las visitas y acompañamientos de familiares, incluyendo en las unidades de neonatología. Cuatro meses después al inicio de la pandemia en nuestro país, en julio de 2020, el Ministerio de Salud distribuye el protocolo para los servicios pediátricos y recién en agosto del mismo año, la Sociedad Chilena de Pediatría, publica recomendaciones para las unidades de neonatología (5). Durante los meses anteriores, se restringieron visitas en casi todas las unidades de neonatología del país, e incluso se suspendió la lactancia materna en casos de sospecha de madre contagiada por SARS-CoV-2 (6).

En este punto es importante considerar los derechos del niño hospitalizado, al que hace referencia la Norma General Administrativa N°4 del año 1995. En esta, se establece entre otros aspectos que el niño puede ser acompañado por su padre o madre o un adulto, designado por los padres, durante su hospitalización, salvo indicación específica del médico tratante. Además, recibir visitas, incluidos menores de edad, salvo prescripción médica, como también los padres y familiares pueden participar en el proceso de recuperación de forma activa (7). Todo lo anterior de acuerdo a las normas del establecimiento respectivo que en periodo de pandemia

lamentablemente muchos hospitales se acogieron a esta condición para no permitir el contacto entre las madres, padres y sus recién nacidos hospitalizados para respetar protocolos de aforo y disminución de contagios (6).

En la toma de estas decisiones no fue considerado que ambos padres son los principales interesados en evitar el contagio de sus hijos, por lo que la motivación por mantener las medidas adecuadas en esta prevención, podría haber permitido aplicar medidas básicas como el lavado correcto de manos al ingreso de la unidad, utilización correcta de mascarillas desechables y uso de delantal individual. Estos insumos y elementos existen en todas las unidades de neonatología, por lo tanto, el único recurso adicional habría sido otorgar mascarillas de uso personal para las madres en cada ingreso, y mantener una capacitación rigurosa a su ingreso, en la técnica de higienización de manos, actividad que se efectúa habitualmente en todas las unidades de neonatología del país, por norma (8) (9).

En Chile, el 10 % de los recién nacidos requiere hospitalización por alguna condición de salud (10). La estadía del recién nacido en la unidad de neonatología puede provocar temores en la familia y entorpecer la formación del vínculo, además de generar cambios repentinos en las emociones, ya que los padres y madres pasan de un momento de alegría durante el nacimiento, a un periodo de angustia al tener que ver a su hijo o hija hospitalizado inmediatamente después del parto (11). Los efectos que produce este acontecimiento en los progenitores son variados y afectan en mayor grado a la madre quien es la principal cuidadora del recién nacido durante su hospitalización. Se observa en las madres aparición de episodios de angustia, ansiedad, depresión, interrupción del sueño y trastorno de estrés pos-traumático ante la experiencia vivida (12), además de culpabilidad, baja autoestima, falta de interés en su entorno e inseguridad, lo que puede generar un efecto negativo prolongado en la relación madre e hijo(a) (13).

Al momento de la hospitalización del neonato, los padres transitan por distintos procesos psicoemocionales, tales como negación, ira, depresión y finalmente aceptación. La negación se caracteriza por incredulidad ante el diagnóstico y pronóstico; la ira se manifiesta por enfado y alteración emocional de sufrimiento; la tristeza, frustración y sentimientos de culpa que pueden dar cuenta de estados depresivos y finalmente, la aceptación puede observarse en

los padres al momento en que enfrentan la realidad de la situación e inician un proceso adaptativo. Estas fases son vivenciadas por los padres, independiente de la edad gestacional del neonato, dado que, al no poder estar al cuidado directo del hijo, la percepción por parte de ellos será de desprotección (14).

Los recién nacidos se hospitalizan por diferentes causas mórbidas, algunas de ellas más graves que otras, con tratamientos que requieren manejo invasivo, muchas veces desconocidos para los padres, que pueden generar temor, ansiedad y estrés. En el caso del uso de incubadora, estas dificultan aún más el contacto físico inmediato con su hijo o hija, afectando a nivel psicoemocional (15).

En diversos estudios se evidencia la presencia del estrés, y se recalca la relevancia que tiene la participación de los padres en los cuidados básicos del neonato, ya que permiten disminuir este sentimiento, como también favorecer la formación de vínculos afectivos entre la familia y el neonato (16) (17) (18) (19).

La ansiedad, vivenciada es predominante en las madres, quienes refieren sentirse inquietas y con miedo ante la situación de separación con su hijo, especialmente en este periodo postparto (20).

En el puerperio, los sentimientos y emociones pueden ser contradictorios, dependiendo de la personalidad de la mujer y de factores externos que determinan el cómo enfrentará la maternidad. El apoyo de pareja, la familia y los profesionales de salud que la rodean son de vital importancia. (21).

Es frecuente que los primeros días posteriores al parto, alrededor del 75% de las madres cursarán un “Baby blues”, como consecuencia de la disminución de estrógenos y progesterona en este periodo (21). Si bien es cierto que esta condición de salud generalmente es transitoria, puede evolucionar hacia una depresión postparto, que se manifiesta de forma melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, incapacidad de hacerse cargo de su neonato, y dudas respecto del afecto hacia el hijo (22), la hospitalización neonatal puede potenciar la aparición de estos sentimientos negativos.

Se ha observado que las madres deprimidas perciben de manera negativa a sus neonatos y los consideran más difíciles de criar en comparación con madres que no presentan esta patología (23). Debido a esto, una estrategia de intervención es que las madres sean derivadas a participar en grupos de apoyo o simplemente estimular a la familia para que realice la contención emocional, ambas situaciones que permiten en forma favorable a sobrellevar este

trastorno entre las puérperas (24) (25). Se ha demostrado la importancia de cultivar un vínculo con el recién nacido, ya que esta conducta mejora el estado de ánimo de la madre previniendo así los trastornos del ánimo, reduce la estadía del recién nacido en hospitalización, como también el contacto piel a piel constante, que favorece la producción de la leche materna (26).

Las modificaciones en el ámbito psicoemocional de las madres de recién nacidos hospitalizados, deben ser detectadas a tiempo, para lograr efectuar una intervención profesional oportuna y así poder apoyar, derivar o tratar ante signos precoces de deterioro en la relación víncular, y brindar un acompañamiento a la madre durante este período. Entre los signos es posible detectar ansiedad en la madre, manifestar el deseo de no tocar al neonato “para no despertarlo o molestarlo”, o no mantener contacto visual permanente con él.

Especialmente en este período de pandemia, en el ámbito intrahospitalario sería recomendable implementar instancias de humanización en la atención (27), evaluando la opción de adaptar los protocolos establecidos de visitas de la madre y elaborando protocolos de acompañamiento para aquellas madres que manifiestan signos precoces de alteración del vínculo con su recién nacido hospitalizado. Al momento del alta del neonato, parece necesario articular con la red de atención primaria en salud (APS), de modo tal que los profesionales puedan realizar atención focalizada y sin demora, a fin de ayudar a sobrellevar este difícil proceso. La aplicación de pauta de evaluación relacional de Kimelman, puede ser una alternativa sencilla para una aproximación inicial al diagnóstico de alto riesgo de relación víncular que permita establecer medidas de apoyo a la diáda que presenta esta necesidad de intervención profesional (28).

En las actividades desarrolladas en APS, las madronas detectan estas necesidades y derivan a los equipos multidisciplinarios en los centros de atención de salud familiar (CESFAM), sin embargo, las madres de los neonatos hospitalizados acuden más tarde a sus controles, situación que ha empeorado en período de pandemia, lo que dificulta las acciones de apoyo profesional oportuna.

En controles posteriores en APS debiera ponerse especial cuidado y tiempos asignados en el control de diáda, y posteriormente en las consultas de regulación de fecundidad y los controles de niño sano, para la evaluación del bienestar materno y la rela-

ción víncular con su hijo o hija. Visitas domiciliarias o a través de comunicación virtual se visualiza como una estrategia que permite un seguimiento inmediato posterior al alta de la hospitalización del neonato (29). De esta forma, detectar alteraciones psicológicas y emocionales de aparición posterior, con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz de posible alteración en la relación víncular. Una segunda propuesta para APS sería impulsar la creación de grupos de ayuda con madres que han tenido la experiencia de hijos hospitalizados que pueda apoyar en la contención necesaria para estas mujeres.

En los inicios de la pandemia, debido al desconocimiento del manejo clínico adecuado de prevención de SARS-CoV-2, se consideró acertadas las medidas de impedir la presencia de los padres en la unidad de neonatología, con el fin de resguardar la salud de todos y principalmente de los neonatos (30). Sin embargo, debemos detenernos y cuestionarnos, ¿por qué cuando existió mayor información y evidencia sobre los bajos casos y escasa afección de contagio entre los recién nacidos, no se reevaluaron estas medidas restrictivas?, ¿por qué en tantos centros asistenciales del país no se protocolizó con la nueva información y se permitió la entrada de estas madres y padres a ver a sus neonatos hospitalizados, cuando lo que más necesitan es contención emocional por el estrés generado por la pandemia (31) y poder vincularse con su neonato en este período tan lábil? (32), ¿por qué se olvidó que la lactancia materna y el contacto directo entre la diáda mejora la evolución de los recién nacidos prematuros y enfermos, como también su pronóstico? (33).

CONCLUSIÓN

Cualquier evento de hospitalización genera ansiedad y estrés en las personas cercanas o cuidadoras del enfermo, más aún en el caso de la hospitalización neonatal, evento que produce alto impacto psicoemocional en los padres, y especialmente en la madre, ya que es ella quien genera un vínculo mayor con el recién nacido, el cual comienza a formarse desde la gestación y continúa desarrollándose durante toda la vida.

A lo largo de la hospitalización y sin distinción entre los diagnósticos, las madres pueden experimentar miedo, tristeza, angustia y desesperación. Por ello, es fundamental realizar todos los esfuerzos necesarios para facilitar, promover y mantener la presencia de la madre e idealmente también del

padre en las unidades de hospitalización neonatal. Además, apoyar la lactancia materna, el contacto físico y observar en forma dirigida la aparición de signos precoces de alteración del vínculo madre-recién nacido, con el fin de derivar oportunamente, como también articular con APS, el seguimiento de la diana a futuro sigue siendo una tarea relevante para la matronería.

Finalmente, creemos importante develar el impacto que podría haber generado la separación obligada por causa de la pandemia por SARS-CoV-2, en la relación vincular entre los recién nacidos prematuros y enfermos con sus madres y padres. Una invitación a matronas y matrones para investigar en esta área, con el fin de generar conocimiento que permita fundamentar futuras decisiones administrativas y sanitarias que respeten el principio fundamental hipocrático “Primum non nocere”, especialmente en este espacio del inicio de la vida, donde todas las acciones tendrán un impacto inmediato, mediato y a largo plazo (35).

REFERENCIAS

1. Muñoz M, Poo AM, Baeza B, Bustos L. Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. Revista Chilena de Pediatría. [Internet]. 2015 [Consultado 09 Sept 2021]; 86(1): 25-35. Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/3193/2924>
2. Kimelman M. Psicopatología del bebé. [Internet]. 2013 [Consultado 09 Sept 2021]. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2007/2/MPSIQINF5/2/material_docente/bajar?id_material=137007
3. Leonetti C., Martins M. Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. Revista Latino-americana de Enfermagem [Internet]. 2007 [Consultado 09 Sept 2021]; 15(4): 677-683. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf
4. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2021 [Consultado 09 Sept 2021]; 223(2): 240.e1-240.e. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7211756/>
5. Neonatología R, Infectología R, de Nutrición R, de Lactancia C, de Infecciones Neonatales C, de Neonatología G. Recomendaciones para la prevención y manejo del recién nacido. Pandemia COVID-19. Rev Chil Pediatr. 2020;91(7): 51-59. doi:10.32641/rchped.v91i7.2497
6. Recomendaciones para la prevención y manejo del recién nacido. Pandemia COVID-19. Revista Chilena de Pediatría [Internet]; 2020 Rev Chil Pediatr. 2020;91(7):51-59. doi: 10.32641/rchped.vi91i7.2497
7. Ministerio de Salud. Norma general administrativa N°4. Derechos del niño hospitalizado. Santiago, Chile: República de Chile, Departamento de Asesoría Jurídica; 1995. [Consultado 2 Sept 2021] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1A31tWAPdFoJ:juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1186_95.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl
8. Ministerio de Salud. Recomendaciones para prevención de transmisión de la infección por Covid-19 en unidades de pediatría y UPC pediátricas. Subsecretaría de Salud Pública- Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Prevención y Control de Enfermedades |División de Gestión de la Red Asistencial. [Internet]; Julio 2020 [Consultado 2 Sept 2021] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Recomendaciones_Medidas_prevencion_Servicios_Pediatrias_UPCP080720.pdf
9. Ministerio de Salud. Protocolo medidas de prevención de infección por Covid-19 en Unidades de Neonatología. Subsecretaría de Salud Pública-Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Prevención y Control de Enfermedades. Marzo 2020. [Consultado 6 Sept 2021] Disponible en: <https://socchipe.cl/v3/covid/10.pdf>
10. Toso P. Seminario Neonatología: El 10% de los recién nacidos en Chile son hospitalizados, Escuela de Medicina. 2019 [Consultado 1 Sept 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/noticias/el-10-de-los-recien-nacidos-en-chile-son-hospitalizados/>
11. Palma E, Von Wussow F, Morales I, Cifuentes R, Ambiado S. Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. Rev. Chil. Pediatr. [Internet]. 2017 [Consultado 01 Sept 2021]; 88(3): 332-339. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0370-41062017000300004

12. Shaw RJ, Bernard RS, Storfer-Isser A, Rhine W, Horwitz SM. Parental coping in the neonatal intensive care unit. *J Clin Psychol Med Settings [Internet]*. 2013 [Consultado 3 Dic 2020]; 20(2):135-142. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578086/>
13. Banasiewicz J, Zaręba K, Bińkowska M, Różenek H, Wójtowicz S, Jakiel G. Perinatal predictors of postpartum depression: Results of a retrospective comparative study. *J Clin Med [Internet]*. 2021 [Consultado 09 Sept 2021]; 9(9): 2952. Disponible en: [https://www.mdpi.com/2077-0383/9/9/2952/htm](https://www.mdpi.com/2077-0383/9/9/2952/)
14. Hernández E, Rabadán JA. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada, Perspectiva Educacional, Formación de Profesores. 2013 [Consultado 09 Sept 2021]; 52(1): 167-181. doi: 10.4151/07189729-Vol.52-Iss.1-Art.117. Disponible en: <http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/view/117>.
15. Acosta M, Cabrera N. Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. *Revista UNIMAR [Internet]*. 2016 [Consultado 01 Sept 2021]; 34(1): 193-199. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Acosta-Romo/publication/324877744_ARTICULO_PERCEPCION_DE_PADRES_EN_LA_UCIN/links/5ae8deb3a6fdcc03cd8f834e/ARTICULO-PERCEPCION-DE-PADRES-EN-LA-UCIN.pdf
16. Ramírez H, Rodríguez I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica. Matronas Profesión [Internet]. 2014 [Consultado 09 Sept 2021]; 15(4): 1-6. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-beneficios-pareja.pdf>
17. Cancho Rodríguez L. I. (2018) Estrés materno y vínculo de apego entre madre – hijo prematuro en hospital regional docente de Trujillo [Tesis fin de grado, Universidad nacional de Trujillo] Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNI-TRU/11697>
18. Canales M., Llanos Ú. Factores hospitalarios y el nivel de estrés en madres de recién nacidos prematuros en un hospital nacional [Trabajo fin de grado] Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017
- Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/969/Factores_CanalesPoma_Melissa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Campo A., Amador R, Alonso R, Ballester I. Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]*; 2018 [Consultado 6 Sept 2021] 44 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog182h.pdf>
20. Carrascosa R. Cuidados de Enfermería en la mujer puérpera con trastornos de ansiedad [Grado en Enfermería]. Universidad Católica de Murcia; 2014. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1266/TFG%20Carrascosa%20Hern%C3%A1ndez%2C%20Rufina%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Maldonado-Durán M. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2011 [Consultado 09 Sept 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Sastre Miras I. Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio [Grado en Enfermería]. Universidad de Valladolid; 2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11938/TFG-H292.pdf;jsessionid=43B012651AC939F3A380B2EBDCE511D9?sequence=1>
23. Jadresic M Enrique. Depresión en el embarazo y puerperio. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. [Internet]*. 2010 [Consultado 09 Sept 2021]; 48 (4): 269-278. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
24. Ruiz T. Impacto psicológico en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Una revisión de la literatura [Trabajo de fin de grado, Escuela Universitaria Gimbernat]. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat. 2017. Disponible en: <http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/470/Impacto%20psicol%C3%B3gico%20en%20la%20mujer%20durante%20el%20embarazo%2C%20parto%20y%20puerperio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Feligreras-Alcalá D, Frías-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 20;17(14):5230. doi: 10.3390/ijerph17145230. PMID: 32698403; PMCID: PMC7400701.

- 26. Kimelman M.** Apego normal, apego patológico y psicosis. Rev Chil Neuro-Psiquiat; 2019 [Consultado 6 Sept 2021] 57 (1): 43-51. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v57n1/0717-9227rchnp-57-01-0043.pdf>
- 27. López P.** Especificidades, prioridades y desafíos para el rol de la Matrona, Matrón, en contexto de pandemia por COVID-19. Matronería Actual [Internet]. Universidad de Valparaíso Chile; 2020 [Consultado 1 Jun 2021] 15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22370/rev.mat.1.2020.2360>
- 28. Muñoz-Molina M, Poo-Figueroa AM, Bustos-Medina L, Baeza-Weinmann B.** Acuerdo entre tres evaluadores y un experto en la detección de riesgo relacional en el posparto entre la madre y su recién nacido, Temuco, IX región, Chile, 2010. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 30 de junio de 2014 [citado 9 de septiembre de 2021];65(2):129-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.61>. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/61>
- 29. Gjoni M, Alevizou E M.** Postnatal virtual and home visits by midwives during COVID-19 pandemic. European Journal of Midwifery. 2020;4(April). doi:10.18332/ejm/120971.
- 30. Atamari-Anahui N, Cruz-Nina D, Condori-Huaraka M, Nuñez-Paucar H, Rondón-Abuhadba E, Ordoñez-Linares M, Pereira-Victoriad, C. Medwave.** Caracterización de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en niños y adolescentes en países de América Latina y El Caribe: estudio descriptivo. Medwave [Internet]. 2020 [Consultado 09 Sept 2021]; 20(08): 8025. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.08.8025>
- 31. Cameron EE, Joyce KM, Delaquis CP, Reynolds K, Protudjer JLP, Roos LE.** Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord. 2020; 276:765-774. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.081.
- 32. Kirolos S, Sutcliffe L, Giatsi Clausen M, Abernethy C, Shanmugalingam S, Bauwens N, Orme J, Thomson K, Grattan R, Patel N.** Arch Dis Child Fetal Neonatal [Internet]. 2020 [Consultado 6 Jun 2021] 0:F1-F6. doi:10.1136/archdischild-2020-319353 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7490916/>
- 33. Cheema R, Partridge E, Kair LR, Kuhn-Riordon KM, Silva AI, Bettinelli ME, Chantry CJ, Underwood MA, Lakshminrusimha S, Blumberg D.** Protecting Breastfeeding during the COVID-19 Pandemic. Am J Perinatol. [Internet] 2020 [Consultado 09 Sept 2021]
- DOI: 10.1055/s-0040-1714277. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1714277>
- 34. Maldonado V.** Sobretodo, no hagas daño, Real Academia Nacional de Medicina de España [Internet] 2019 [Consultado 09 Sept 2021]; 136(1): 11-16. DOI: 10.32440/ar.2019.136.01. rev04. Disponible en: https://analesranm.es/wp-content/uploads/2019/numero_136_01/pdfs/ar136-01.pdf#page=11

