



# REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

## Nuevos desafíos en el rol de matronas/matrones en Medicina Reproductiva

*New challenges in the role of the midwife in Reproductive Medicine*

M. Ignacia Elevancini<sup>a</sup>, Claudia Díaz de la Vega<sup>b</sup>, Carolina Aliaga<sup>c</sup>✉

<sup>a</sup> Matrona Coordinadora de Programa de Ovodonación. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

<sup>b</sup> Matrona Coordinadora de Programa de Fecundación in vitro. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

<sup>c</sup> Matrona jefe de Centro Materno Infantil. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del Artículo:

Recibido: 01 05 2020.  
Aceptado: 01 10 2020.

#### Palabras clave:

Infertilidad; Rol de Matrona/ Matrón; Técnicas de Reproducción Asistida; Calidad de Vida.

#### Key words:

Infertility; Midwives; Reproductive Techniques, Assisted; Quality of Life.

### RESUMEN

*Con el incremento en las tasas de infertilidad en los últimos años a un 15% a nivel mundial, ha habido un aumento en las consultas de medicina reproductiva para tratamientos de alta y baja complejidad. Estos tratamientos requieren un proceso largo y complejo, desde su diagnóstico hasta el fin del tratamiento. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la importancia que tiene el rol de matronas/matrones en las unidades de medicina reproductiva, fundamentalmente en el acompañamiento y educación de los pacientes.*

### SUMMARY

*With infertility rates increasing in recent years to 15% worldwide, there has been an increase in reproductive medicine consultations for high and low complexity treatments. These treatments require a long and complex process, from its diagnosis to the end of the treatment. The aim of this bibliographic review is to understand the importance of the role of the midwife in reproductive medicine units, fundamentally in the accompaniment and education of patients.*

✉ Autor para correspondencia  
Correo electrónico: [melevancini@clinicalascondes.cl](mailto:melevancini@clinicalascondes.cl)

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.10.003>  
e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva, está definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades<sup>1</sup>.

La salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano<sup>1</sup>.

Uno de los hitos más importantes en las políticas públicas que tienen relación con la salud reproductiva de la mujer en Chile, fue la creación del Servicio Nacional de Salud, en el año 1952. Esta entidad se hizo cargo de la elevada mortalidad materna, especialmente por aborto provocado, que llegó incluso a superar el 35% en los inicios de la década de los 60.

En el año 1962 se crea la Comisión Asesora de la Política de Regulación de la Fecundidad que buscaba reducir la alta tasa de abortos provocados, sus complicaciones y el gran costo que esta atención significaba. En el mismo año se crea la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) que prestaría apoyo al MINSAL en temas de planificación familiar.

Desde el año 1964 las políticas del Ministerio de Salud apuntaban a reducir la incidencia de abortos clandestinos, muerte materna por estos abortos, entregar a las mujeres métodos de anticoncepción oportuno para tomar decisiones responsables de su maternidad y mejorar el bienestar familiar<sup>2</sup>.

Las políticas públicas desde la década de los 50 a la fecha apuntan a regular la planificación familiar asociada al control de la natalidad, pero no consideran la infertilidad, dejando un número importante de la población fuera de estas regulaciones, por lo tanto, toma mayor importancia las regulaciones que debiera dar la sociedad médica y colegio de profesionales.

Hoy en día podemos encontrar la Guía para el Estudio y tratamiento de la Infertilidad, del Programa Nacional de Salud de la mujer del 2015, que tiene como objetivo establecer recomendaciones técnicas generales para el “Estudio y Tratamiento de la Infertilidad y otras discapacidades reproductivas”, orientadas a un óptimo funcionamiento de cada Nivel de Atención<sup>3</sup>.

La OMS define como infertilidad una enfermedad del aparato reproductor, con la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección regular<sup>4</sup>.

La prevalencia de infertilidad estimada a nivel mundial fluctúa entre un 10 y un 15%<sup>5</sup>. Su etiología es desconocida, sin embargo,

la postergación de la maternidad, estilos de vida y conductas sexuales de riesgo, podrían influir en ella<sup>6</sup>.

Un estudio realizado por el Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI), concluye que la infertilidad en Chile afecta al 10,4% de las mujeres en edad fértil al año de matrimonio; y que a los ocho años de matrimonio permanece infértil el 4% de las parejas<sup>3</sup>. Sin embargo, esta publicación se refiere a un grupo geográfico correspondiente a Santiago centro y exclusivamente a parejas unidas por vínculo matrimonial. Esto es relevante dado que, en Chile, el 73% de las personas nacen fuera del matrimonio (INE, 2016). De tal modo que la prevalencia real de personas infértiles en Chile es desconocida.

Llama la atención que a pesar que hace 36 años nació en Chile el primer bebé producto de un procedimiento de fertilización *in vitro*, aún no existe legislación que regule los distintos tipos de procedimientos asociados a la infertilidad, las competencias de sus profesionales o las normativas técnicas relacionadas con la atención de estos pacientes<sup>7</sup>

En la actualidad, el 80% de los centros que realizan tratamientos de reproducción asistida (TRA) están sometidos a un proceso de acreditación y certificación de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA), pero no todos los centros reportan a esta organización internacional<sup>8</sup>.

## IMPACTO DE LA INFERTILIDAD EN LA PAREJA

La pareja infértil requiere de un equipo multidisciplinario para poder brindar el tratamiento y apoyo correspondiente. Es un proceso que genera un alto nivel de estrés, ansiedad y frustración por la importante carga emocional, alto impacto económico y escasa cobertura económica de los sistemas de salud.

En los centros de medicina reproductiva es fundamental la función de matrona/matrón, ya que aparte de ejercer una labor de asistencia clínica, son ellas las que se mantienen en interacción constante con la pareja, acompañándolas a lo largo de todo el proceso reproductivo, desde el diagnóstico de la infertilidad hasta el fin de los tratamientos, incluyendo su acompañamiento en el embarazo inicial, así como en las dolorosas situaciones en que no hay un embarazo o este termina en un aborto<sup>9</sup>. La persona infértil puede o no padecer un problema orgánico, pero desde luego sufre un elevado padecimiento psicológico y social, lo que hace necesario el acompañamiento por las profesionales que han estado más cercanas en el largo y difícil camino hacia la búsqueda de un hijo<sup>10</sup>.

En esta revisión trataremos de dar a conocer el acompañamiento que reciben los pacientes en centros de medicina reproductiva y que impacto tiene este en los pacientes sometidos a este tipo de procedimientos.

## CENTROS DE MEDICINA REPRODUCTIVA

En Chile los primeros centros existentes de medicina reproductiva fueron creados en Clínica Las Condes e IDIMI, desde mediados de la década del 80, contaban con matronas/matrones especialistas en medicina reproductiva que cumplían estas labores fundamentales:

- 1) Administración y coordinación de los programas de TRA.
- 2) Entrevistas con las parejas con objeto de educarlas en los procesos terapéuticos.
- 3) Entrega de consentimientos y educación para que la pareja tome una decisión informada, siempre respetando los principios y valores éticos de cada pareja.
- 4) Administración de fármacos parenterales.
- 5) Acompañamiento emocional y social.
- 6) Registro de la información clínica. A esto se agregó posteriormente si bien no como actividad regular, el monitoreo ecográfico de la estimulación hormonal.

Según un estudio español publicado el año 2015 en relación con el rol de enfermería, se concluye que el cuidado personalizado por una profesional disminuye considerablemente la alteración en la calidad de vida por estrés, aportando una mejor tolerancia y adherencia al tratamiento<sup>9</sup>.

En el año 2008 se abrieron las primeras consultas de enfermería en las unidades de medicina reproductiva de España. Desde ese momento es que se ha reconocido que su rol mejora la calidad asistencial<sup>6</sup>. Podemos entender la calidad asistencial como *"La obtención de los mejores resultados asistenciales posibles teniendo en cuenta los recursos existentes y siempre en congruencia con los valores y las preferencias del paciente"*<sup>11</sup>.

Durante la realización de este artículo fueron contactados distintos centros de medicina reproductiva existentes en nuestro país (Clínica Santa María, Clínica Indisa, Centro de Estudios Reproductivos CER, *Shady Grove Fertility*) y podemos observar de ello que las unidades de medicina reproductiva cuentan con profesionales matronas/matrones que realizan algunas funciones de distintas partes del proceso de asistencia clínica y solo algunos centros cuentan con profesionales matronas/matrones especialistas en reproducción humana que desempeñan asistencia clínica, educación a la pareja, apoyo emocional y contacto más cercano con los pacientes, cubriendo así necesidades básicas en cuanto a la información y resolución de dudas logrando una atención integral durante todo el proceso. Desafortunadamente, esto no forma parte de la preparación universitaria de la escuela de obstetricia. Sin embargo, es fundamental, adquirir las habilidades para estas complejas funciones como parte de entrenamientos de post grado.

Todos los estudios apuntan a que el rol de la profesional encargada de la salud reproductiva basa el cuidado de sus pacientes en

lograr que recobren, mantengan o mejoren su salud, logrando su completo bienestar bio-psico-social<sup>11</sup>.

## ROL DE LA MATRONA/MATRÓN EN UN CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA EN CHILE

### Apoyo emocional

La infertilidad y sus tratamientos generan alteraciones emocionales importantes, como frustración, estrés, ansiedad, depresión, llegando a alterar la calidad de vida de forma importante, y teniendo incidencia en los resultados de los tratamientos<sup>9</sup>.

Un estudio español realizado el 2015 en donde se analiza a través de una encuesta llamada FertiQoI, el impacto de la infertilidad en la calidad de vida tanto en hombres como en mujeres<sup>12</sup>.

Con esta encuesta se obtiene información sobre infertilidad (aspecto emocional, mente-cuerpo, relación con la pareja y afectación en las interacciones sociales) y percepción del tratamiento (ambiente y tolerancia al tratamiento)<sup>9</sup>.

Las profesionales que se encuentran desde un comienzo en contacto con los pacientes y de forma continua, se convierten en referentes, generando relaciones más estrechas, de confianza y empatía, logrando una mejor adherencia a los tratamientos y entregando habilidades para resolución de problemas<sup>9</sup>.

### Información y educación

Es relevante informar y educar durante el proceso completo a los pacientes, ayudando así a disminuir factores emocionales negativos y al mismo tiempo asegurar que la toma de decisiones ha sido generada con autonomía, sin presiones indebidas y con cabal conocimiento de los riesgos y beneficios.

Es importante que toda la información entregada sea de forma clara, veraz y en un vocabulario adecuado a la pareja, respondiendo dudas y ayudando a afrontar miedos relacionados con el tratamiento.

Dado que en la actualidad la mayor parte de las personas se informan en Google o plataformas similares, la opinión experta aportada por un miembro del equipo de salud es fundamental para aclarar las ideas que los pacientes traen consigo, dentro de un contexto de realidad y atingente al centro en el que está consultando. De esta información se debe seleccionar solamente la que es útil y fiable, mejorando la calidad de la información entregada a los pacientes con el uso de material educativo y con información científica generada en la propia institución. Esto ha demostrado ser una herramienta muy eficaz para mejorar la experiencia y adhesión en el tratamiento de los pacientes, armonizando las expectativas con las realidades propias de los tratamientos reproductivos. Esta función la realizan las y los profesionales de obstetricia<sup>13</sup>.

### Asistencia

El proceso asistencial con los pacientes se lleva a cabo antes-durante y después de los tratamientos de reproducción asistida.

Dentro de las funciones asistenciales podemos mencionar administración de fármacos, toma de exámenes, manejo de pabellón, entre otros.

Se debe realizar una valoración de enfermería la cual nos permite recoger información biomédica de relevancia para la salud general, así como aquella que puede influir en los resultados del tratamiento. Es necesario también identificar las necesidades educativas de cada pareja, para así poder realizar intervenciones encaminadas a orientar, solucionar y brindar apoyo a nuestros pacientes y permitirles consentir o disentir basado en sus creencias y en las evidencias científicas que sustentan los actos médicos.

Esta atención integral y especializada debe estar centrada en la pareja, asegurando la continuidad de los cuidados. Esto permite una mejor relación paciente-profesional lo cual refleja una mayor satisfacción y adhesión al tratamiento, mejorando la vivencia de los resultados; esto es, ayudar a las parejas a vivir los éxitos y los fracasos con la mayor estabilidad posible<sup>15</sup>.

### Gestión y Organización

Estos profesionales son los indicados para hacer un nexo de unión médico-paciente, para así coordinar diversos aspectos del tratamiento, participando activamente en<sup>15</sup>:

- Elaboración de ficha clínica.
- Educación sobre autoadministración de medicamentos y tratamientos.
- Entrega de consentimiento informado.
- Registros clínicos.
- Proceso asistencial.
- Apoyo emocional.
- Gestión de pabellones.
- Control estadístico.
- Gestión de recursos humanos, insumos y equipos

### Investigación y Docencia

Además de las funciones ya mencionadas, es de suma importancia el área de investigación clínica y formación continua de los profesionales durante toda su carrera<sup>14</sup>.

Deben participar activamente en la obtención de datos que servirán para analizar:

- Aspectos psico-sociales.
- Resultados de técnicas de reproducción asistida.
- Satisfacción y expectativas de pacientes sobre el tratamiento.

### CONCLUSIÓN

Por todo lo antes expuesto es que, en el año 2012 en el congreso de la Sociedad Española de Fertilidad, se presentó un estudio Delphi "Ejercicio Profesional de la Enfermería Española en las Consultas de Reproducción Humana Asistida" en donde se recomendó la presencia de estos profesionales en todas las unidades de medicina reproductiva.

Cabe destacar que en la actualidad no en todas las unidades de medicina reproductiva a nivel nacional, podemos contar con matronas y matrones especialistas en reproducción humana que desempeñen asistencia clínica, educación, apoyo emocional y contacto más cercano con los pacientes (siendo el nexo de contacto paciente-médico), cubriendo así necesidades en cuanto a la información y resolución de dudas, logrando una atención integral durante todo el proceso.

Para lograrlo surge la necesidad de un espacio físico adecuado del personal para el desempeño de sus funciones, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada paciente.

La infertilidad a nivel mundial sigue en aumento, y por consiguiente los tratamientos de baja y alta complejidad tienen más demanda en la población lo que hace necesario una legislación que regule estos procedimientos.

Con el avance de la tecnología relacionada con la salud reproductiva aparecen nuevos desafíos para nuestro rol como profesionales, los cuales debemos ir adquiriendo, como por ejemplo acompañamiento en ovodonación, parejas lesbianas, preservación de fertilidad en paciente oncológica y educación en cuanto a la postergación de la maternidad.

Es importante reconocer también la escasa participación de matronas y matrones en artículos médicos e investigación, llamando la atención que, en la revisión bibliográfica realizada, no se encontró ningún estudio ni artículo de matronas/matrones chilenos en reproducción humana.

Se puede concluir entonces que se le otorga más importancia a su labor asistencial que al área de investigación.

Sería relevante contar también con una red de comunicación entre profesionales de los distintos centros de medicina reproductiva a nivel nacional para actualizar conocimientos y experiencias.

Declaración de conflicto de interés

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Available from: [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
2. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Gobierno de Chile. 2018. Available from: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30\\_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf)
3. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad. Programa Nacional Salud de la Mujer. Gobierno de Chile. 2015. Available from: [http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/827/GUIA-PARA-EL-ESTUDIO-Y-TRATAMIENTO-DE-LA-INFERTILIDAD\\_2015-FF1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/827/GUIA-PARA-EL-ESTUDIO-Y-TRATAMIENTO-DE-LA-INFERTILIDAD_2015-FF1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, De Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Res Train Hum Reprod World Heal Organ [Internet]. 2010;11. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology\\_es.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf)
5. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Available from: <https://redlara.com>
6. Moreno-Ochoa L. Presencia de consultas de enfermería en unidades de reproducción humana asistida. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica. [Nursing clinics in assisted human reproduction units]*. 2015, 2 (3):93-98. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medre.2015.09.002>
7. Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile. 2016. Available from: <http://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/Informe-DDSSRR-2016-Reproduccion-asistida.pdf>
8. Zegers-Hochschild F, Crosby JA, Musri C, de Souza MDCB, Martinez AG, Silva AA, Mojarra JM, Masoli D, Posada N; Latin American Network of Assisted Reproduction. Assisted reproductive technology in Latin America: the Latin American Registry, 2017. *Reprod Biomed Online*. 2020 Jul;41(1):44-54. doi: 10.1016/j.rbmo.2020.02.004.
9. Castells-Ayuso P, Berenguer-Labaig C, Sanchez-Martin P, Sanchez-Martin F. La Enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en la reproducción asistida. *Enfermería Clínica*. 2015 25(3):110-116. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.03.005.
10. Moreno-Ochoa L, García-Monserrat A, Jiménez-Tolsada B. Consulta de Enfermería en Reproducción Asistida. [Nurse Consultation in Assisted Reproduction]. *Revista Fertilidad*. 2010. 27(5):426-434. Available from: [http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/trabajo\\_6\(9\).pdf](http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/trabajo_6(9).pdf)
11. Roberts RG. Evaluación y mejora de la calidad asistencial: las personas no son coches [Evaluation and improvement of health care quality: people are not cars]. *Aten Primaria*. 2007 Jun;39(6):279-82. Spanish. doi: 10.1157/13106278.
12. Alvarez-Blazquez A, Moreno-Ochoa L. Ejercicio Profesional de la Enfermería Española en las Consultas de Reproducción Humana Asistida. Estudio Delphi de consenso. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. 2018 35(4):3-12. Available from: <http://www.revistafertilidad.org/rif-articulos/-ejercicio-profesional-de-la-enfermer-iacute-a-espanta-tilde-ola-en-las-consultas-de-reproducci-oacute-n-humana-asistida--estudio-delphi-de-consenso-/276>
13. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Hum Reprod*. 2011 Aug;26(8):2084-91. doi: 10.1093/humrep/der171.
14. Domar A, Gordon K, Garcia-Velasco J, La Marca A, Barriere P, Beligotti F. Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: a survey in four European countries. *Hum Reprod*. 2012 Apr;27(4):1073-9. doi: 10.1093/humrep/des016.
15. Sibon-Sancho G. Papel de las enfermeras en reproducción asistida: dimensión emocional. *Metas de Enfermería* 2015;18(2): 60-67. Available from: <https://medes.com/publication/98591>