

MEMORIA DEL TRABAJO FIN DE GRADO:

INFLUENCIA DEL COVID-19 EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS



Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la Universitat Jaume I
Presentada por **Marta Pérez Codorniu** en el curso académico 2022-23.

[8 de junio de 2023]

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar debo agradecerle su esfuerzo y dedicación a mi tutora, ya que sin ella este trabajo nunca hubiera visto la luz.

En segundo lugar debo agradecer su apoyo incondicional a mis hermanas Mireia y Laura, así como a mis amigas Vanessa y Ana Belén, que este grado me ha dado la oportunidad de conocer. A mi amigo Jesús, que me ha acompañado desde el primer día, y a Alberto, que me hizo abrir los ojos y darme cuenta de que había mundo más allá de mi pequeño horizonte.

Por último debo recordar que nada de esto hubiera sido posible sin el respaldo y protección de mi padre, que aunque ya no esté, está más presente que nunca.

ÍNDICE

Leyenda de acrónimos.....	4
Índice de tablas y figuras.....	5
Resumen	6
Abstract	7
1. Introducción	8
2. Hipótesis.....	13
3. Objetivos	13
3.1. Objetivo general	13
3.2. Objetivos secundarios.....	13
4. Metodología	14
4.1. Diseño del estudio	14
4.2. Bases de datos y estrategia de búsqueda	15
4.3. Criterios de selección.....	20
4.3.1. Criterios de inclusión	20
4.3.2. Criterios de exclusión	22
4.4. Calidad metodológica.....	23
5. Resultados	25
6. Discusión.....	44
7. Limitaciones.....	47
8. Conclusión.....	48
9. Referencias bibliográficas	49
10. Anexos.....	55

LEYENDA DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

ITS: Infección de transmisión sexual

HTA: Hipertensión arterial

ATS: Auxiliar técnico sanitario

DUE: Diplomado universitario en enfermería

EIR: Enfermero interno residente

EPI: Equipos de protección individual

DeCs: Descriptores de ciencias de la salud

MeSh: *Medical subject headings*

CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme* Español

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

DCL: Estudio descriptivo cualitativo

EEUU: Estados Unidos de América

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Estructura PIO	14
Tabla 2. Lenguaje natural y lenguaje controlado usado para las palabras clave.....	15
Tabla 3. Búsqueda en las diferentes bases de datos	19
Tabla 4. Análisis de calidad metodológica CASPe.....	24
Tabla 5. Porcentajes de cada tipo de estudio.....	27
Tabla 6. Años de publicación de los artículos.....	28
Tabla 7. Características de las mujeres que participaron en los estudios.....	30
Tabla 8. Países de origen de los estudios.	31
Tabla 9. Temas evaluados sobre la atención en línea.....	33
Tabla 10. Resultados de la búsqueda por bases de datos.	36
Figura 1. Estrategia de búsqueda en PubMed.	16
Figura 2. Estrategia de búsqueda en IBECS.	17
Figura 3. Estrategia de búsqueda en LILACS.....	18
Figura 4. Diagrama de flujo de los artículos seleccionados.....	26
Figura 5. Porcentaje de cada tipo de estudio.....	27
Figura 6. Porcentaje de cada año de publicación de los artículos.....	29
Figura 7. Porcentaje de artículos por países europeos.	33

RESUMEN.

Introducción: Este trabajo de investigación consiste en una revisión bibliográfica sobre la influencia de la pandemia por Covid-19 en la calidad asistencial a las mujeres embarazadas en España durante el confinamiento de la primera ola. Para ello comenzaremos definiendo la calidad asistencial y sus componentes, destacando la importancia de la satisfacción del paciente y su dimensión en el campo de la obstetricia, así como el papel del personal de enfermería y matronería en la asistencia a estas mujeres.

El objetivo del estudio es investigar si las prácticas obstétricas se vieron afectadas durante la pandemia y cómo el personal de enfermería y matronería pudo brindar atención a las mujeres embarazadas en ese contexto. Analizaremos las consecuencias de las medidas de prevención contra el coronavirus que se tomaron en la gestión de la atención prenatal y el momento del parto e intentaremos definir el término violencia obstétrica y la relación del personal de enfermería y matronería con él.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica a través de la búsqueda en las bases de datos PubMed, LILACS e IBECS, se aplicaron unos criterios de selección y se analizó la calidad metodológica de los artículos con la herramienta CASPe; finalmente se seleccionaron 15 artículos entre los que se encontraban revisiones sistemáticas, estudios de cohortes, cualitativos y ensayos clínicos, la mayoría de ellos publicados en el año 2022.

Resultados: El 80% de los artículos seleccionados abordaban el tema de la calidad asistencial a las mujeres embarazadas durante la pandemia por Covid-19 analizando diversos aspectos de la atención prenatal y la relación entre paciente y profesional sanitario. El 13,33% de los artículos analizaban la atención irrespetuosa y ofensiva a las mujeres embarazadas y la relación del personal sanitario con la violencia obstétrica.

Conclusiones: Tras el análisis de los datos obtenidos queda patente la disminución en la calidad asistencial a las mujeres embarazadas durante la pandemia, así como la falta inclusión del término “violencia obstétrica” en el ambiente sanitario.

Palabras clave: Calidad de la atención de salud, mujeres embarazadas, COVID-19, violencia obstétrica, satisfacción personal, personal de enfermería.

ABSTRACT.

Introduction: This document consists of a literature review on the influence of the Covid-19 pandemic on the quality of care for pregnant women in Spain during the lockdown of the first wave. To do so, we will begin by defining healthcare quality and its components, emphasizing the importance of patient satisfaction and its dimension in the field of obstetrics, as well as the role of nursing and midwifery personnel in caring for these women.

The objective of the study is to investigate whether obstetric practices were affected during the pandemic and how nursing and midwifery personnel were able to provide care to pregnant women in that context. We will analyze the consequences of the preventive measures against the coronavirus that were implemented in the management of prenatal care and the moment of childbirth, and we will attempt to define the term "obstetric violence" and the relationship of nursing and midwifery personnel with it.

Methodology: A literature review was conducted by searching the PubMed, LILACS, and IBECs databases. Selection criteria were applied, and the methodological quality of the articles was analyzed using the CASPe tool. Finally, 15 articles were selected, including systematic reviews, cohort studies, qualitative research, and clinical trials, most of which were published in 2022.

Results: 80% of the selected articles addressed the topic of quality of care for pregnant women during the Covid-19 pandemic, analyzing various aspects of prenatal care and the patient-professional relationship. 13.33% of the articles examined disrespectful and offensive care towards pregnant women and the healthcare providers' relationship with obstetric violence.

Conclusions: The analysis of the obtained data highlights a decrease in the quality of care for pregnant women during the pandemic, as well as the lack of inclusion of the term "obstetric violence" in the healthcare setting.

Keywords: Quality of health care, pregnant women, COVID-19, obstetric violence, personal satisfaction, nursing staff.

1. INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud define calidad de asistencia como un procedimiento en el que se brindan a cada paciente una serie de servicios de diagnóstico y tratamiento. En este proceso, se consideran todos los aspectos tanto del paciente como del servicio médico, con el objetivo de lograr el mejor resultado posible, minimizando los riesgos de efectos iatrogénicos y asegurando la máxima satisfacción del paciente (1).

El médico, profesor y poeta A. Donabedian define los componentes de la asistencia sanitaria que determinan la calidad asistencial del acto médico, siendo éstos: los aspectos científico-técnicos del propio acto, la relación interpersonal paciente-profesional y los elementos del entorno del paciente, entre los que se encuentra la información e intimidad percibida, los servicios prestados y el grado de confort logrado (2).

Si lo trasladamos al campo de la obstetricia, podemos añadir en su definición una serie de buenas prácticas como: brindar toda la información disponible en el seguimiento prenatal, parto y puerperio, presencia de acompañante en todo momento, si la mujer lo desea, métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el proceso de parto, así como libre elección de posición, contacto piel con piel inmediato entre madre y neonato tras el nacimiento y lactancia materna en la sala de partos. Las pacientes obstétricas cuentan con la particularidad de necesitar asistencia médica sin padecer ninguna enfermedad ya que el embarazo es, en sí mismo, una expresión de salud y el nacimiento es un proceso fisiológico natural quedando más que demostrado que si se deja seguir el proceso de forma natural, evitando intervenciones médicas, se obtienen mejores resultados maternos y perinatales (3).

La atención sanitaria a las mujeres embarazadas se diferencia entre el seguimiento prenatal, el parto y el puerperio. Los principales encargados de acompañar a la mujer embarazada en este proceso son el personal de medicina ginecológica y obstétrica y el personal de enfermería especializado en matronería, a estos últimos se les relaciona con el parto normal y natural, frente a los procesos quirúrgicos e intervencionistas de los que se encargan los primeros (4).

Si nos centramos en el momento del parto, aquellos considerados de riesgo se llevan a cabo por el equipo de medicina ginecológica y obstétrica (partos distócicos). Algunos de los factores que determinan si un parto es de riesgo, o no, pueden ser: parto de riesgo anterior, embarazo múltiple, parto prematuro, anormalidad en los órganos reproductores de la mujer, ciertas enfermedades maternas como infecciones del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual (ITS), diabetes, hipertensión arterial (HTA), presencia de riesgo de ruptura uterina, determinadas anormalidades en el desarrollo fetal, y un largo etcétera (5).

Cuando no existe la presencia de ninguno de estos factores, el embarazo se desarrolla con normalidad y el proceso del parto transcurre sin complicaciones desde el inicio hasta el final, nos encontramos frente a un parto eutócico, son entonces las matronas las encargadas de llevarlo a cabo de forma autónoma, desempeñando funciones sin tener supervisión cercana (6).

La figura de la matrona fue definida en la reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas del 2005 como una figura profesional comprometida, responsable y colaborativa, que trabaja junto con mujeres para brindarles apoyo, cuidado y consejos esenciales durante el proceso de gestación, parto y postparto, asumiendo la responsabilidad en la dirección de los nacimientos y proporcionando atención especializada al recién nacido y al lactante. Este cuidado integral implica medidas preventivas, fomento del parto natural, detección temprana de posibles complicaciones en la madre y el bebé, asegurando el acceso a servicios médicos adecuados y aplicando medidas de emergencia de manera efectiva (7).

Esta figura existe desde que existe el ser humano, ya en Egipto quedan muestras de ello, en el Papiro de Ebers (1900 a.C.) se habla de la ginecología y la obstetricia y se describen las funciones de éstas ante el parto. En Grecia las parteras, además de asistir al parto, realizaban el seguimiento del embarazo, inducían abortos y prescribían anticonceptivos (8).

La obstetricia comienza a instaurar sus bases científicas en Europa durante el siglo XVI como consecuencia de los estudios realizados sobre la anatomía y fisiología humana. Durante los siglos XVI y XVII las comadronas fueron mujeres expertas en funciones asistenciales como la atención al parto y la salud de mujeres y niños, cumpliendo también funciones legales y religiosas. Durante el siglo XIX la matronería evoluciona de forma lenta hasta convertirse en la

Especialidad de Obstetricia y Ginecología. Ya en el siglo XX en España, a partir del año 1930, se hace obligatoria la colegiación de las comadronas y se establecen los Estatutos de los Colegios Oficiales de Matronas. En el año 1953, el Ministerio de Educación Nacional unifica las profesiones de practicante, enfermera y matrona en el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y, en 1954, se disuelven los Colegios de Matronas. Tres años más tarde, se crea la Especialidad de Asistencia Obstétrica (matrona) para ATS. El Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo describe a las comadronas como ayudantes del médico en el 1973, obligándolas así a seguir las instrucciones de éste. Los ATS pasan a convertirse en Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) en el 1977, a través de la integración de estos estudios en la Universidad.

En 1987 se regulan las Especialidades de Enfermería en España y se crea la especialidad de Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona) pero no es hasta 1994 cuando se inicia la primera promoción de especialistas mediante el sistema EIR (Enfermero Interno Residente) actual.

En el 2005 los estudios de DUE pasan a ser estudios universitarios de Grado en Enfermería mediante el Plan Bolonia y aparecen un total de 7 especialidades enfermeras, entre ellas se mantiene la especialidad de Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona) (9).

Tanto la matronería como todos los campos de la salud y de la vida en general se vieron afectados por la pandemia de Coronavirus. El 14 de marzo de 2020 se declaró en España el estado de alarma sanitaria siguiendo la notificación de la OMS del 11 de marzo en la que declaraba que la situación de emergencia ocasionada por la reciente aparición del Covid-19 constituía una pandemia. En este decreto se enumeraban una serie de medidas para evitar la propagación del virus, medidas entre las cuales se encontraba la restricción durante 15 días de la libertad de movimientos y nos introducía en un proceso de casi total confinamiento. Este estado de alarma fue prorrogado en varias ocasiones hasta el 21 de junio de ese mismo año, cuando se dio por finalizado (10,11).

Durante esos meses la asistencia sanitaria fue modificada radicalmente dado el desbordamiento que se sufrió por atender al gran número de pacientes enfermos de coronavirus además del número de pacientes habituales de los sistemas de salud (12).

En los centros sanitarios se tomaron una serie de medidas para evitar la propagación del coronavirus, como la instauración del uso de mascarilla por profesionales y usuarios, la utilización de medios preventivos de contagio como los equipos de protección individual (EPI) por parte de los profesionales sanitarios, la limitación de un solo acompañante por paciente, la cancelación o retraso de visitas médicas o intervenciones quirúrgicas, etc. (13,14).

Estas modificaciones afectaron significativamente a las mujeres que se encontraban en estado de gestación o tuvieron que dar a luz en este periodo de tiempo, ya que parte de las medidas que sufrieron fueron: la asistencia en solitario a las visitas prenatales, las consultas a través de medios telemáticos como llamadas telefónicas o videollamadas o, incluso, la suspensión de estas visitas de seguimiento y control, la restricción de visitas durante su hospitalización, la separación preventiva de los neonatos de madres positivas en coronavirus junto con el aislamiento de éstas (15, 16, 17).

Todos pudimos sentirnos completamente vulnerables ante esta situación que ponía en riesgo la vida de todos, sin embargo, las mujeres embarazadas se convirtieron en un sector especialmente vulnerable. La gestación es un estado que aumenta por sí solo el nivel de ansiedad y preocupación de las futuras madres, ya que al margen de los cambios físicos y hormonales que experimentan, dejan de preocuparse por su propia salud, para preocuparse también por la de sus bebés (18).

En este estudio intentaremos indagar sobre las buenas prácticas obstétricas, y también sobre las malas, o las no del todo correctas, ya que desde hace un tiempo a esta parte se comienza a hacer visible un relativamente nuevo concepto, el de la violencia obstétrica, un concepto controvertido que la mayoría de la sociedad médica intenta negar usando eufemismos por la rudeza de la palabra, mientras la población general ni siquiera sabe cuál es su significado, y al averiguarlo, las mujeres empiezan a ser conscientes de que ellas mismas han vivido algún episodio a lo largo de su vida (19, 20, 21).

La Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo, en el año 2019, definió la violencia obstétrica como: “las prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante

el embarazo, el parto y el puerperio, en el ámbito público o privado, que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas”. Esta definición incluye la realización de procedimientos no apropiados o sin el consentimiento de la paciente, como episiotomías, intervenciones dolorosas sin anestésicos, la imposición de una postura concreta sin libertad de movimientos o una medicalización excesiva e innecesaria.

La violencia obstétrica no se limita solo a la parte física, también incluye la parte psicológica, como proporcionar a la usuaria un trato infantil, paternalista, despectivo, humillante, autoritario y despersonalizado o con vejaciones. Todas estas intervenciones pueden tener consecuencias y complicaciones graves tanto para la integridad física como psicológica de madres y bebés (22).

Siguiendo la definición de calidad asistencial de la OMS con la que abríamos este marco teórico, el personal sanitario no sólo se ve comprometido a proporcionar unas buenas prácticas asistenciales basadas en la evidencia científica que procuren los mejores resultados posibles sobre la salud física y mental de sus pacientes, sino que también se ve comprometido con la propia experiencia de éstas personas al recibir estas prácticas, de manera que tendrá que procurar que obtengan el mayor grado de satisfacción posible.

Si bien es cierto que el coronavirus nos puso a prueba a todos, en especial lo hizo con el personal sanitario, sin embargo, es inherente a la propia profesión la obligación de cuidar y acompañar al margen de las circunstancias que envuelvan al acto médico, dado que estos actos tienen unas consecuencias para la salud e integridad de los usuarios más allá del propio acto en sí (23). Por estos motivos consideramos de máxima importancia la realización de esta investigación para diagnosticar los puntos débiles del sistema sanitario en periodos de sobrecarga asistencial y los apartados a mejorar para que el personal de enfermería cuide su compromiso con la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés, y sepa brindar sus servicios de la mejor forma posible para procurar el mejor grado de salud y satisfacción a sus pacientes en ese momento tan importante como es la maternidad, a pesar de las circunstancias adversas que puedan rodearlo. De esta manera, buscamos también normalizar el término “violencia obstétrica” para visibilizar una realidad en la atención a las mujeres embarazadas de la que muy pocas veces existe evidencia registrada, y como bien sabemos los profesionales sanitarios, si no se registra es como si no se hubiera hecho.

2. HIPÓTESIS.

La hipótesis que se plantea es que la calidad en la asistencia en las mujeres embarazadas durante la pandemia por Covid-19 disminuyó a consecuencia de las medidas sanitarias adoptadas. A través de la revisión bibliográfica intentaremos averiguar de qué manera se vieron afectados sus derechos y libertades, como el derecho a la información y el seguimiento del embarazo, la presencia de un acompañante durante las consultas de seguimiento y el proceso del parto.

Se pretende confirmar también el papel fundamental de las matronas en la identificación, prevención y denuncia de los tratos inapropiados, denigrantes o violentos hacia las mujeres embarazadas por parte del personal sanitario; así como el fomento de la atención de calidad durante todo el periodo gestacional y postparto.

3. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL:

El objetivo principal es averiguar si la calidad en la asistencia a las embarazadas durante la pandemia de Covid-19 en España se vio afectada y en qué aspectos, evaluando el grado de satisfacción de las mujeres embarazadas respecto a la atención recibida tanto en el seguimiento prenatal como en el momento del parto.

3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Como objetivos secundarios, nos planteamos:

- Definir la violencia obstétrica y averiguar de qué manera ha influido la pandemia en ella.
- Investigar sobre el rol que juegan los profesionales de enfermería en la prevención y denuncia de la violencia obstétrica.

4. METODOLOGÍA.

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

La presente investigación cualitativa consiste en la realización de una revisión bibliográfica integradora de la literatura.

Para poder comenzar nuestro estudio, partimos de una pregunta tipo PIO: ¿Cómo afectó la pandemia por Covid-19 en la calidad asistencial en las mujeres embarazadas según su grado de satisfacción? según la siguiente estructura (tabla 1):

Tabla 1. Estructura PIO.

PREGUNTA PIO:	¿Cómo afectó la pandemia por Covid-19 en la calidad asistencial a las mujeres embarazadas?
P (población)	Mujeres embarazadas
I (intervención)	Covid-19, pandemia
O (resultados)	Calidad asistencial y grado de satisfacción

Para los objetivos secundarios nos planteamos dos preguntas más:

- ¿Qué es la violencia obstétrica y cómo ha influido la pandemia por Covid-19 en ella?
- ¿Cuál es el papel que desempeña el personal de enfermería en la prevención y denuncia de la violencia obstétrica?

4.2. BASES DE DATOS Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Al comenzar la búsqueda en las bases de datos, empezamos por definir nuestras palabras clave con lenguaje natural, después trasladamos este lenguaje natural a lenguaje científico mediante los tesauros Descriptores de Ciencias de la Salud (Decs) y *Medical Subject Headings* (Mesh), obteniendo (Tabla 2):

Tabla 2. Lenguaje natural y lenguaje controlado usado para las palabras clave.

LENGUAJE NATURAL	LENGUAJE CONTROLADO	
	Descriptor en castellano	Descriptor en inglés
Calidad asistencial	Calidad de la atención de salud	<i>Quality of Health Care</i>
Embarazada	Mujeres embarazadas	<i>Pregnant women</i>
Pandemia	COVID-19	COVID-19
Covid	COVID-19	COVID-19
Violencia obstétrica	Violencia obstétrica	<i>Obstetric violence</i>
Violencia en el embarazo	-	-
Violencia en el parto	-	-
Grado de satisfacción	-	-
Satisfacción personal	Satisfacción personal	<i>Personal Satisfaction</i>
Personal de enfermería	Personal de enfermería	<i>Nursing staff</i>

Los descriptores elegidos se combinan entre sí de diferentes maneras usando los marcadores booleanos “AND” y “OR”. Las Bases de datos consultadas son PubMed, IBECS y LILACS. A la base de datos PubMed accedimos a través de su propio portal, mientras que a IBECS y LILACS accedimos a través del portal de la Biblioteca Virtual de la Salud.

A continuación se exponen los diagramas de flujo de las diferentes búsquedas en cada una de las tres bases de datos (Figuras 1-3).

Figura 1. Estrategia de búsqueda en PubMed.

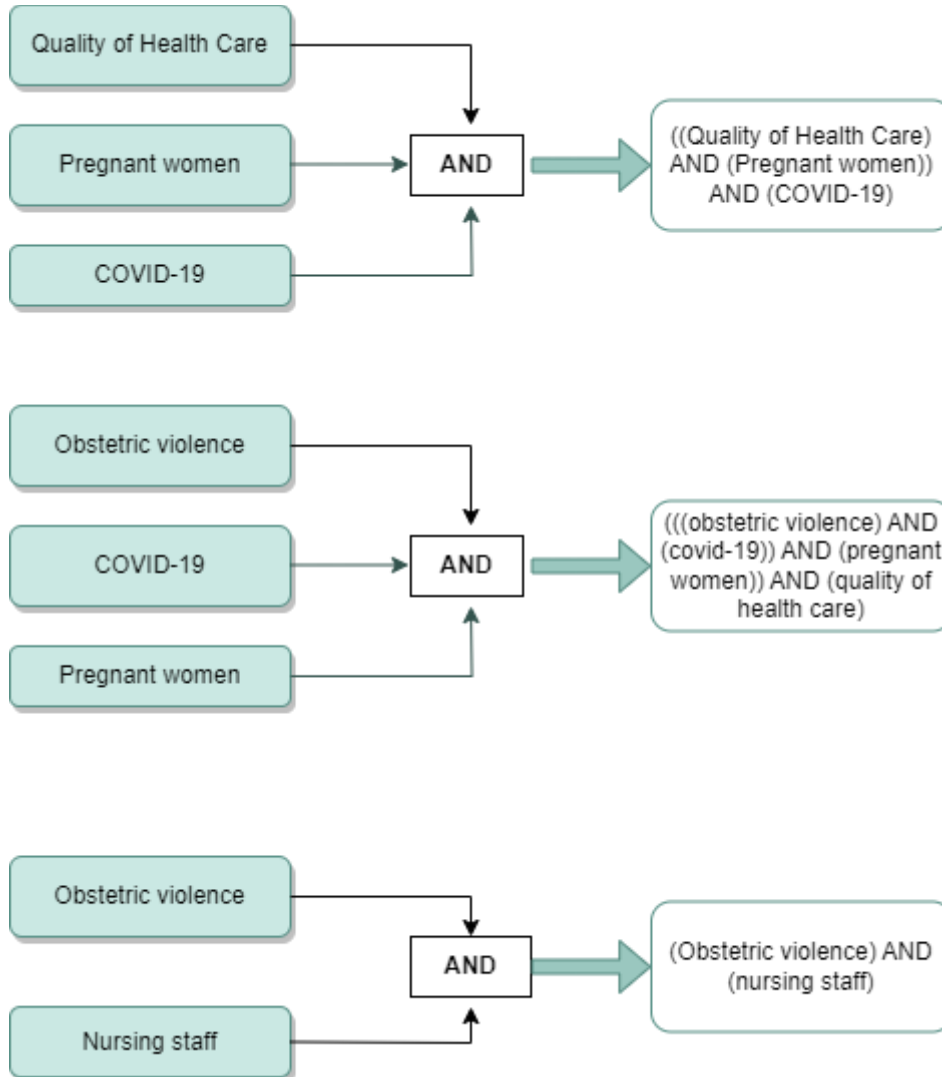


Figura 2. Estrategia de búsqueda en IBECS.

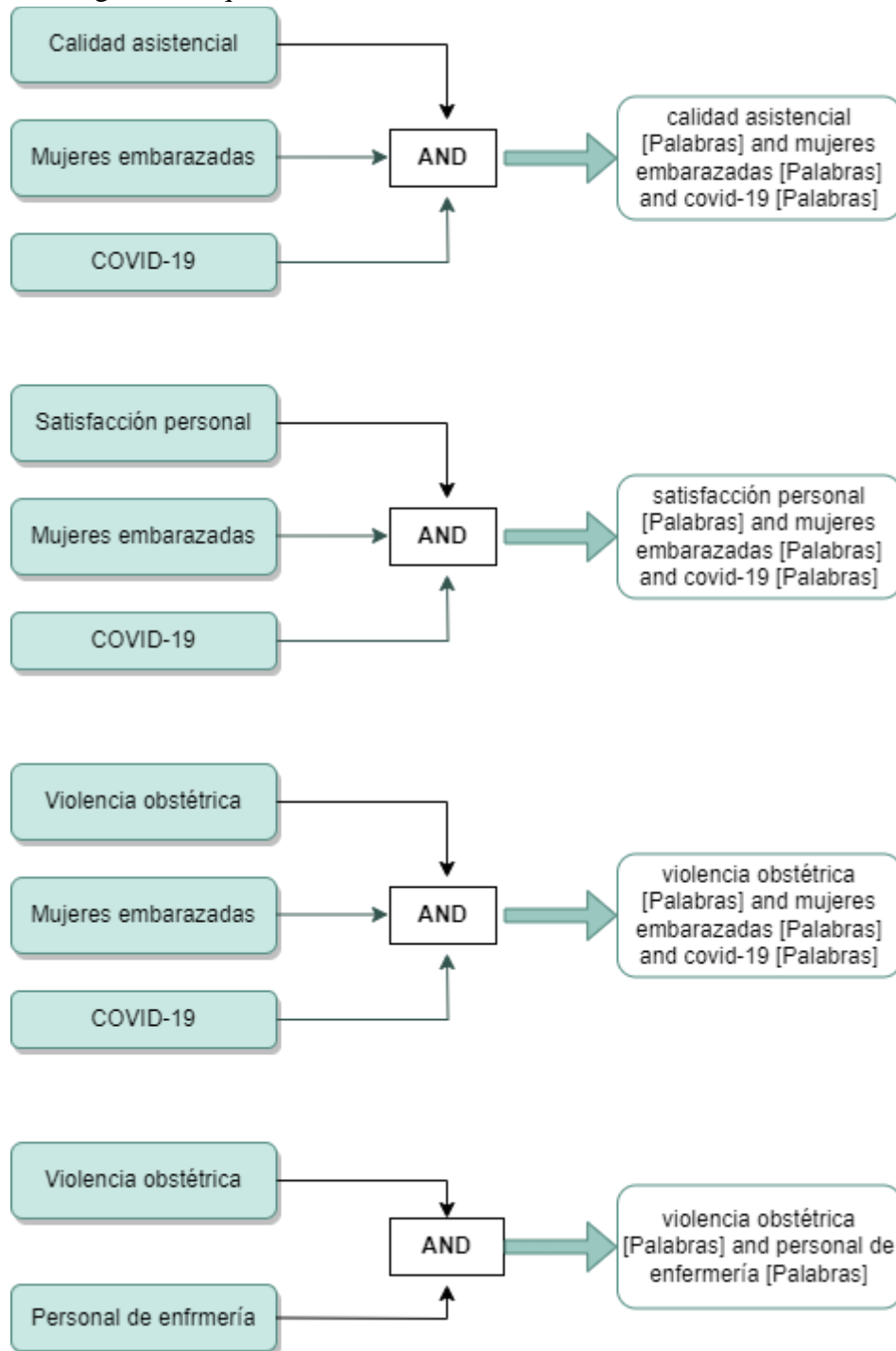
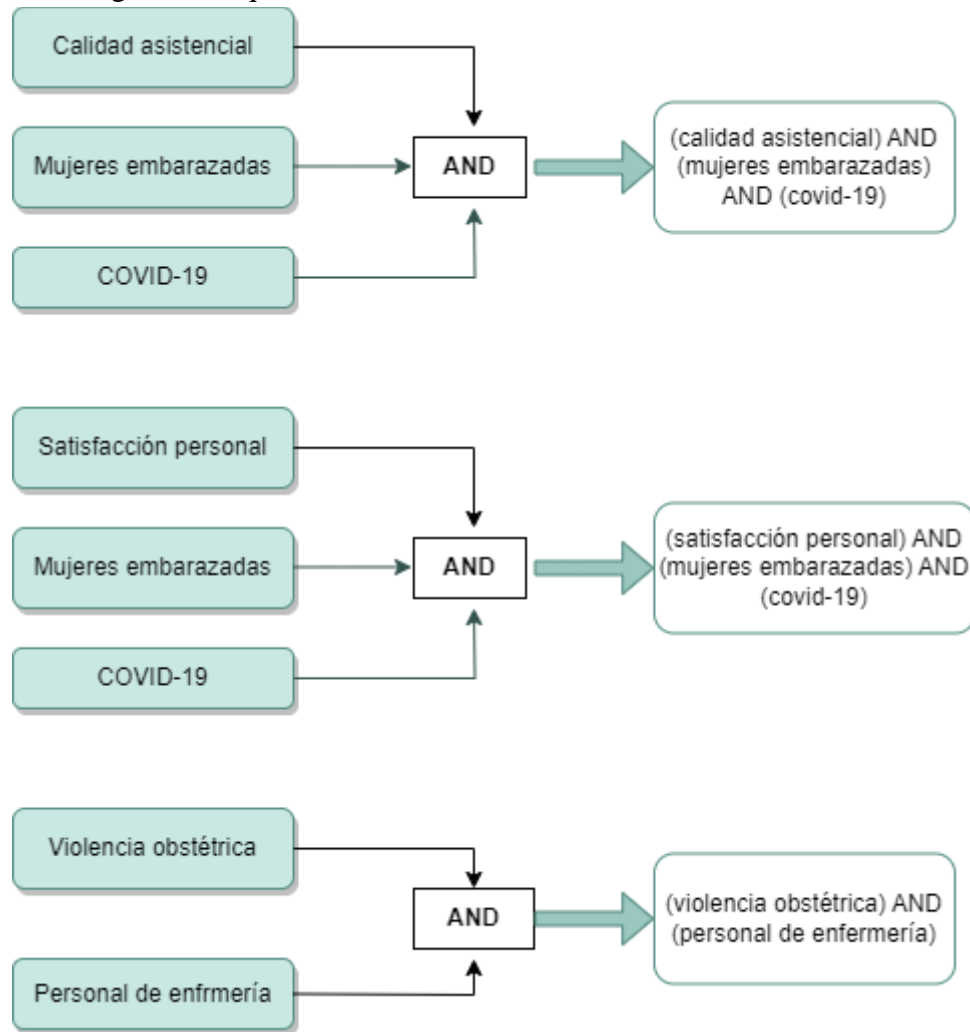


Figura 3. Estrategia de búsqueda en LILACS.



Para obtener la mayor variabilidad de artículos posible, seguimos diferentes estrategias de búsqueda combinando nuestras palabras clave con los operadores booleanos en las diferentes bases de datos según se muestra en la Tabla 3:

Tabla 3. Búsqueda en las diferentes bases de datos.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS OBTENIDOS	ARTÍCULOS FILTRADOS		ARTÍCULOS DESCARTADOS TRAS LECTURA DEL TÍTULO Y RESUMEN	ARTÍCULOS DESCARTADOS TRAS LECTURA	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
			FILTROS	RESULTADOS			
PUBMED	<i>((Quality of Health Care) AND (Pregnant women)) AND (COVID-19)</i>	1358	- Free full text - 1 years - English & Spanish	390	355	21	14
	<i>((obstetric violence) AND (covid-19)) AND (pregnant women) AND (quality of health care)</i>	13	- Free full text - 10 years - English & Spanish	13	5	8	0
	<i>(Obstetric violence) AND (nursing staff)</i>	15	- Free full text - 10 year - English & Spanish	15	6	7	2
Total PubMed:		1386		418	366	36	16
IBECS	calidad asistencial [Palabras] and mujeres embarazadas [Palabras] and covid-19 [Palabras]	0	-	-	-	-	0
	satisfacción personal [Palabras] and mujeres embarazadas [Palabras] and covid-19 [Palabras]	0	-	-	-	-	0
	violencia obstétrica [Palabras] and mujeres embarazadas [Palabras] and covid-19 [Palabras]	0	-	-	-	-	0
	violencia obstétrica [Palabras] and personal de enfermería [Palabras]	0	-	-	-	-	0
Total IBECS:		0	-	-	-	-	0

LILACS	(calidad asistencial) AND (mujeres embarazadas) AND (covid-19)	5	- 2021-2023 - Texto completo - Inglés	4	3	1	0
	(satisfacción personal) AND (mujeres embarazadas) AND (covid-19)	0	-	-	-	-	0
	(violencia obstétrica) AND (personal de enfermería)	9	- Texto completo gratuito - Inglés y español - 10 años	4	3	1	0
Total LILACS:		14		8	6	2	0
TOTAL:		1400		426	372	38	16

4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Los criterios de selección empleados para el estudio se pueden distinguir entre criterios de inclusión y criterios de exclusión. A continuación los detallamos.

4.3.1. Criterios de inclusión:

Dentro de los criterios de inclusión encontramos los filtros empleados para la búsqueda bibliográfica, que son:

- Textos completos gratuitos.
- Idioma inglés o castellano.
- Filtros de tiempo: “1 year” en PubMed y “2021-2023” en LILACS. Elegimos los artículos publicados en los últimos años debido al hecho de que la pandemia por el Covid-19 es muy reciente y para poder evaluar la calidad y satisfacción, la línea temporal debe ajustarse a la situación de pandemia.

- Filtro temporal: aplicamos el filtro “10 years” en PubMed para poder averiguar en qué momento surge el término “violencia obstétrica”, ya que es un término relativamente reciente.
- Filtro temporal: realizamos una búsqueda en los últimos 5 años ya que el concepto de violencia obstétrica queda al margen de la pandemia, por tanto, podemos ampliar a antes del 2020, pero, por otra parte, es relativamente nuevo.

Una vez aplicados estos filtros, observaremos si los artículos obtenidos cumplen los siguientes criterios:

- La población diana debe ser mujeres que estuvieron embarazadas o dieron a luz en el periodo de tiempo de la primera ola de Covid-19 en España (de marzo a junio del año 2020) o países cuyos datos sean extrapolables a la población española por sus características socioeconómicas, sanitarias y culturales.
- Artículos que aporten datos sobre la calidad de la asistencia en las embarazadas en ese periodo de tiempo, y del grado de satisfacción de esas mujeres sobre la asistencia recibida.
- Estudios sobre la modificación del formato de la asistencia prenatal y el grado de satisfacción de las usuarias.
- Artículos que aporten datos sobre prácticas que resultaron dañinas para la salud de las embarazadas y sus bebés durante la pandemia.
- Investigaciones que traten las consecuencias de la desatención real y percibida a estas mujeres en este periodo de tiempo.
- Estudios que incluyan el concepto “violencia obstétrica” y el papel de la enfermería en la atención a las mujeres embarazadas o en trabajo de parto.
- Artículos que obtengan una puntuación positiva en 7 ítems o más de las plantillas de evaluación de calidad metodológica CASPe.

4.3.2. Criterios de exclusión:

Los criterios que se han seguido para excluir del estudio los artículos obtenidos tras la estrategia de búsqueda han sido los siguientes:

- Estudios publicados fuera del marco temporal establecido.
- Artículos no recuperables a texto completo siendo artículos de pago.
- Artículos sobre estudios de un caso.
- Artículos sobre estudios en embarazadas menores de 18 años.
- Artículos cuyo tema y objetivos no mantengan relación con el presente estudio (detallado a continuación).

El total de artículos obtenidos en las búsquedas es de 1400 referencias. Una vez aplicados los filtros se reduce la muestra a 426. Tras la lectura del título y resumen de los artículos, decidimos eliminar aquellos que no tratan el tema que nos interesa (n=372).

La mayoría de ellos tratan sobre los efectos del Covid-19 en bebés de madres contagiadas, la vacunación contra el Covid-19 a las mujeres embarazadas y sus efectos en los nonatos, el aumento del estrés y la ansiedad en las mujeres embarazadas durante la pandemia, las consecuencias que tuvo este hecho en su salud mental y la influencia del Covid-19 sobre la lactancia materna.

Eliminamos también aquellos artículos que mostraban resultados no extrapolables a nuestra población por las características socioeconómicas y culturales del país de origen y todos aquellos artículos que hablan de la violencia en general hacia el personal de enfermería o hacia los pacientes sin hablar de la obstetricia, así como los que trataban sobre la atención a las víctimas de violencia sexual, violencia del personal médico hacia las matronas, y violencia doméstica en el posparto.

Por último, decidimos descartar dos artículos que hablan de las pruebas de detección de antígenos covid-19 y PCR que se realizaban por sistema a las mujeres que ingresaban para dar

a luz en los hospitales y sobre discriminación racial en la atención prenatal en las embarazadas, respectivamente.

Tras la lectura de los artículos seleccionados (n= 54), decidimos eliminar (n= 38) ya que no correspondían al periodo de tiempo que nos interesaba, trataban la violencia doméstica hacia las embarazadas en la pandemia, los estudios habían sido realizados en países cuyos resultados no eran extrapolables a nuestra población o el sujeto de estudio no era la mujer embarazada, sino su acompañante o pareja.

Finalmente, el número de artículos seleccionados para nuestro estudio ha sido de 16.

Para asegurar la fiabilidad de nuestro estudio decidimos realizar una revisión de los artículos seleccionados para evaluar el grado de calidad metodológica del que disponen, para ello se emplean las plantillas del método CASPe, que se explican a continuación.

4.4. CALIDAD METODOLÓGICA:

Para realizar una evaluación de la calidad metodológica de los artículos incluidos usamos el instrumento de lectura crítica CASPe (Anexo 1- 4).

Esta herramienta consta de una serie de preguntas diferentes para cada tipo de estudio que se responden tras la lectura de éstos, cuyas respuestas pueden ser: sí, no o no sé.

Si la respuesta a las primeras preguntas de eliminación no es “sí” en todas, no se debe continuar con la evaluación del artículo y éste será descartado por falta de calidad metodológica.

Si consiguen superar estas primeras preguntas, con las restantes podremos averiguar hasta qué punto los resultados son fiables o no.

Se decide aceptar como artículos de alta calidad metodológica a todos aquellos estudios cuya puntuación en CASPe fuera mayor o igual a 7 ítems positivos.

A continuación, mostramos la tabla con la evaluación metodológica:

Tabla 4. Análisis de calidad metodológica CASPe.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	TIPO DE ESTUDIO	PLANTILLA USADA	PUNTUACIÓN CASPE
Aumento de mortinatos prematuros en asociación con la reducción de nacimientos prematuros iatrogénicos durante el confinamiento por COVID-19 en Australia: un estudio de cohortes multicéntrico (24)	Cohorte retrospectivo multicéntrico	ANEXO 1	9
La experiencia de las mujeres sobre la continuidad de la atención de partería en el noreste de Italia: un estudio cualitativo (25)	Cualitativo	ANEXO 2	10
Utilización de la telemedicina y calidad percibida de la atención virtual entre mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de COVID-19 (26)	Encuesta Estadística descriptiva	ANEXO 2	8
Atención de maternidad durante COVID-19: una síntesis de evidencia cualitativa de las opiniones y experiencias de mujeres y proveedores de atención de maternidad (27)	Revisión sistemática	ANEXO 3	9
Experiencias de los padres con los cambios en la atención materna durante la pandemia de Covid-19: una revisión sistemática de estudios mixtos (28)	Revisión sistemática	ANEXO 3	8
Más partos en el hogar durante la pandemia de COVID-19 en los Países Bajos (29)	Descriptivo	ANEXO 2	9
Experiencias, preocupaciones y necesidades de mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de Covid-19 en Chipre: un estudio transversal (30)	Prospectivo observacional transversal	ANEXO 2	8
Implementación de “Comunidades en línea” para mujeres embarazadas en tiempos de COVID-19 para la promoción del bienestar materno y el vínculo madre-hijo: un estudio pretest-postest (31)	Prospectivo de cohorte longitudinal	ANEXO 1	8
La necesidad insatisfecha de las mujeres embarazadas de comunicarse con un profesional de la salud durante el confinamiento por la pandemia del SARS-CoV-2 en Francia: el estudio transversal Covimater (32)	Transversal	ANEXO 2	7
Factores asociados al estrés y la ansiedad prenatal en mujeres embarazadas durante la COVID-19 en España (33)	Cuantitativo observacional, correlacional y transversal	ANEXO 2	7
Mejorar la atención prenatal durante el confinamiento: comparación de la telesalud y la atención presencial para mujeres embarazadas de bajo riesgo en el estudio piloto PROTECT (34)	Quasi-experimental no aleatorizado	ANEXO 4*	7
El impacto de las restricciones de visitas de atención prenatal para pacientes ambulatorias en pacientes embarazadas y parejas durante la pandemia de COVID-19 (35)	Descriptivo Cualitativo (DCL)	ANEXO 2	6

Nacimiento durante la pandemia de Covid-19: lo que las personas en edad fértil en los Estados Unidos necesitaban para lograr una experiencia de parto positiva (36)	Transversal de métodos mixtos	ANEXO 2	7
Las experiencias de las mujeres en edad fértil en el sistema de atención de la maternidad en Australia durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 (37)	Cualitativo entrevistas	ANEXO 2	8
¿Hay atención de maternidad respetuosa en Polonia? Opiniones de las mujeres sobre el cuidado durante Trabajo de parto y nacimiento (38)	Encuesta transversal (DCL)	ANEXO 2	8
Violencia obstétrica: percepciones del personal clínico a partir de un video de simulación practicar (39)	Encuesta en línea (DCL)	ANEXO 2	7

* El estudio quasi-experimental no aleatorizado no dispone de plantilla propia, por ello usamos la plantilla de ensayo clínico.

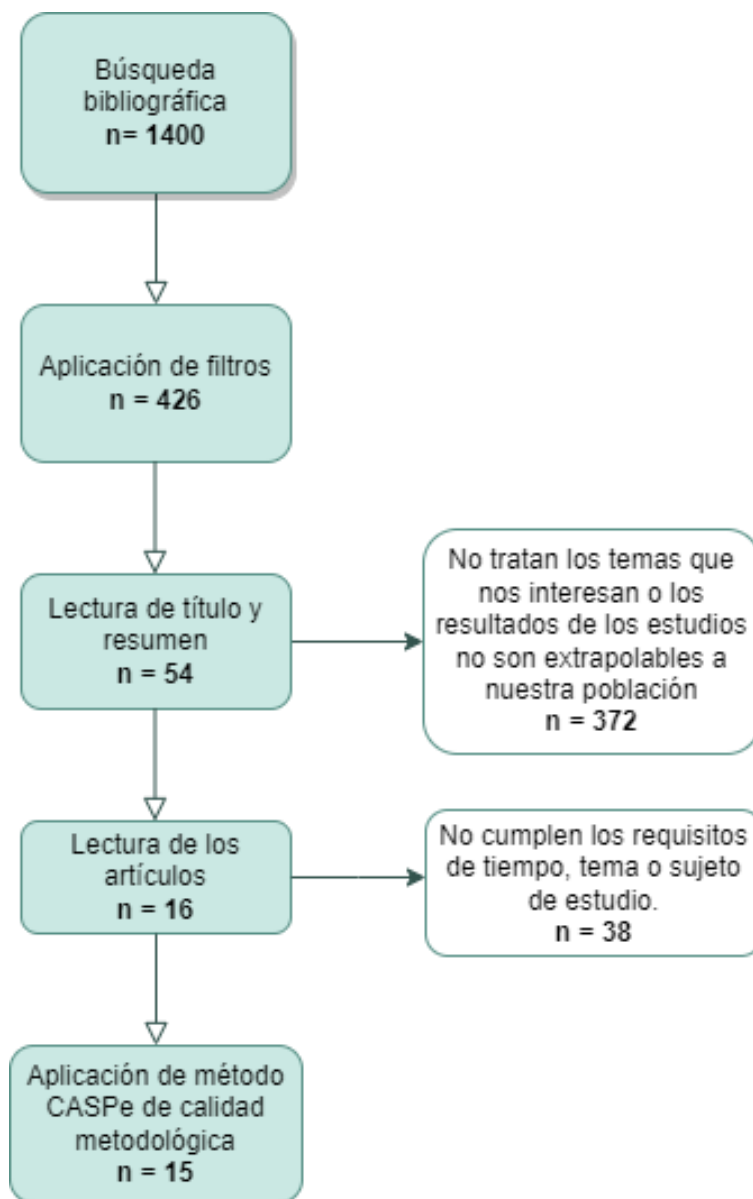
El único artículo que no supera la puntuación es el artículo “El impacto de las restricciones de visitas de atención prenatal para pacientes ambulatorias en pacientes embarazadas y parejas durante la pandemia de COVID-19” (35) marcado en rojo.

En el propio estudio indican que les faltaron datos sobre el entorno ambulatorio, que es donde se realiza la mayor parte de la atención prenatal, realizaron el estudio únicamente en un hospital del sector privado y centrándose en el momento del parto, por tanto, no podemos usar sus resultados y conclusiones para nuestro estudio.

5. RESULTADOS.

Finalmente fueron seleccionados 15 artículos que cumplían todos los requisitos necesarios para la realización de nuestro estudio. El 100% de ellos fue obtenido de la base de datos PubMed. En la Figura 4 se muestra el proceso de eliminación de los artículos que no cumplían los requisitos.

Figura 4. Diagrama de flujo de los artículos seleccionados.



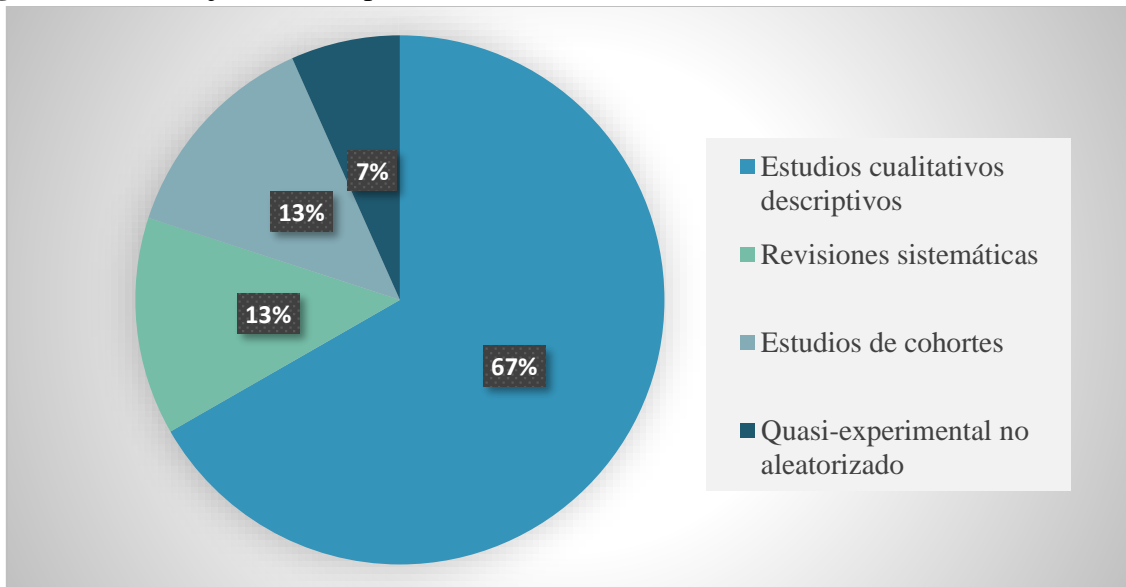
Tipos de estudios:

De los 15 artículos, 10 de ellos están constituidos por estudios cualitativos descriptivos, 2 por revisiones sistemáticas, otros 2 por estudios de cohortes, y uno de ellos por un estudio quasi-experimental no aleatorizado, tal y como se muestra en la Tabla 5 y Figura 5.

Tabla 5. Porcentajes de cada tipo de estudio.

TIPO DE ESTUDIO	NÚMERO DE ARTÍCULOS	PORCENTAJE DE ARTÍCULOS
Cualitativos descriptivos	10	66,67
Revisiones sistemáticas	2	13,33
Estudio de cohortes	2	13,33
Quasi-experimental no aleatorizado	1	6,67

Figura 5. Porcentaje de cada tipo de estudio.



Este resultado puede deberse a que la mayoría de los artículos se basan en estudios realizados sobre experiencias personales vividas por las mujeres embarazadas, por tanto, la mayoría son encuestas, las cuales constituyen estudios cualitativos descriptivos (67%).

Años de publicación de los estudios:

Analizamos ahora los años de publicación de los estudios (Tabla 6):

Tabla 6. Años de publicación de los artículos.

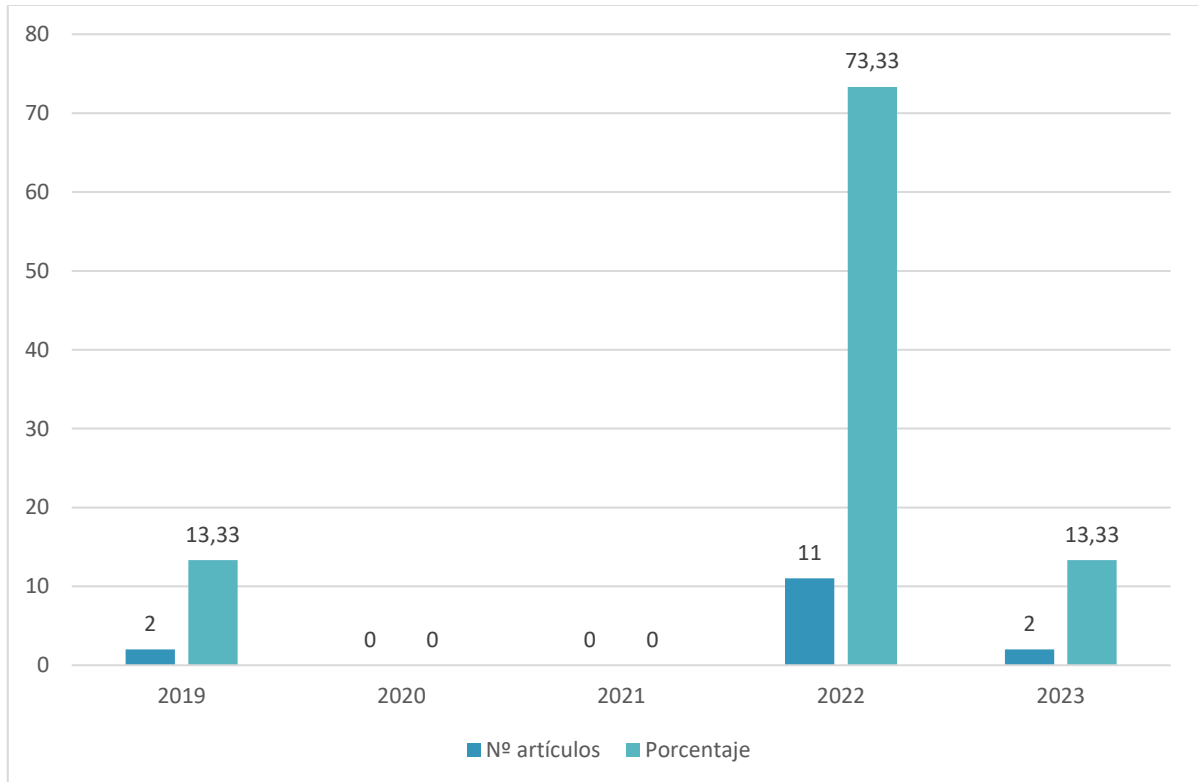
AÑO DE PUBLICACIÓN	NÚMERO DE ARTÍCULOS	PORCENTAJE DE ARTÍCULOS
2019	2	13,33
2020	0	0
2021	0	0
2022	11	73,33
2023	2	13,33

Como podemos observar, el 73,33% de los artículos se publicó en el 2022 (11 artículos de los 15 seleccionados), una pequeña parte se publicó en 2023 (13,3% equivalente a 2 artículos) y el 13,3% restante (2 artículos) se publicó en 2019. Estos dos últimos artículos son los que tratan sobre la violencia obstétrica al margen del Covid-19, por este motivo son de años anteriores a la pandemia. Al realizar su búsqueda aumentamos el filtro temporal a 10 años, pero no es hasta este año 2019 cuando encontramos artículos que hagan referencias al término “violencia obstétrica”.

Estos datos se pueden observar de forma más visual en la Figura 6 que se encuentra más adelante.

Cabe destacar que no hay ningún artículo seleccionado que fuera publicado durante los años 2020 y 2021, este hecho se debe quizá a que fue precisamente durante 2020 cuando surgió en España la pandemia por Covid-19, cuyas consecuencias se arrastraron a lo largo del año 2021. Es a partir de este último año cuando se comienzan a realizar los estudios de esta revisión, pero no es hasta el año 2022 cuando comienzan a publicarse.

Figura 6. Porcentaje de cada año de publicación de los artículos.



Características de las mujeres que participaron en los estudios:

Los estudios están realizados con mujeres embarazadas o que dieron a luz durante la primera ola de la pandemia. Las características de las mujeres que formaron parte de los estudios como su nivel de estudios o si se trataba de su primer embarazo, se detallan en la Tabla 7.

Se puede observar en la misma que los artículos 27, 28, 38 y 39 (el 26,67% de los artículos), marcados en rojo en la tabla, no nos ofrecen este tipo de información.

Los artículos 24, 29 y 37 tampoco nos ofrecen información sobre el nivel de estudios, por tanto son 7 artículos en total los que sí que lo hacen (46,67%).

Tabla 7. Características de las mujeres que participaron en los estudios.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	PARIDAD (%)		NIVEL DE ESTUDIOS (%)	
	PRIMÍPARAS	MULTÍPARAS	BÁSICOS	SUPERIORES
Aumento de mortinatos prematuros en asociación con la reducción de nacimientos prematuros iatrogénicos durante el confinamiento por COVID-19 en Australia: un estudio de cohortes multicéntrico (24)	44	66	-	-
La experiencia de las mujeres sobre la continuidad de la atención de partería en el noreste de Italia: un estudio cualitativo (25)	27,27	72,72	45,45	54,54
Utilización de la telemedicina y calidad percibida de la atención virtual entre mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de COVID-19 (26)	60,18	31,82	69,5	30,5
Atención de maternidad durante COVID-19: una síntesis de evidencia cualitativa de las opiniones y experiencias de mujeres y proveedores de atención de maternidad (27)	-	-	-	-
Experiencias de los padres con los cambios en la atención materna durante la pandemia de Covid-19: una revisión sistemática de estudios mixtos (28)	-	-	-	-
Más partos en el hogar durante la pandemia de COVID-19 en los Países Bajos (29)	45	55	-	-
Experiencias, preocupaciones y necesidades de mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de Covid-19 en Chipre: un estudio transversal (30)	60,4	39,6	4,4	95
Implementación de “Comunidades en línea” para mujeres embarazadas en tiempos de COVID-19 para la promoción del bienestar materno y el vínculo madre-hijo: un estudio pretest-postest (31)	67,6	32,4	5,9	94,1
La necesidad insatisfecha de las mujeres embarazadas de comunicarse con un profesional de la salud durante el confinamiento por la pandemia del SARS-CoV-2 en Francia: el estudio transversal Covimater (32)	40,6	59,4	21,9	78,1
Factores asociados al estrés y la ansiedad prenatal en mujeres embarazadas durante la COVID-19 en España (33)	42,9	57,1	29,3	70,2
Mejorar la atención prenatal durante el confinamiento: comparación de la telesalud y la atención presencial para mujeres embarazadas de bajo riesgo en el estudio piloto PROTECT (34)	78,4	21,6	24,4	75,6

Nacimiento durante la pandemia de Covid-19: lo que las personas en edad fértil en los Estados Unidos necesitaban para lograr una experiencia de parto positiva (36)	43,1	56,9	3,1	96,9
Las experiencias de las mujeres en edad fértil en el sistema de atención de la maternidad en Australia durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 (37)	11,11	88,89	-	-
¿Hay atención de maternidad respetuosa en Polonia? Opiniones de las mujeres sobre el cuidado durante trabajo de parto y nacimiento (38)	-	-	-	-
Violencia obstétrica: percepciones del personal clínico a partir de un video de simulación practicar (39)	-	-	-	-

Consideramos estos datos de relevancia ya que en la mayoría de los artículos se relaciona el nivel de ansiedad y síntomas depresivos con estas características, encontrando la multiparidad y el nivel de estudios superiores como factores protectores frente a estos síntomas.

El hecho de que las mujeres tengan un nivel de estudios superior o ya hayan dado a luz en anteriores ocasiones también está relacionado con el aumento de sus conocimientos acerca del embarazo y la atención prenatal y la capacidad de establecer una relación de comunicación efectiva con el personal sanitario.

Lugar donde se desarrollan los estudios:

A continuación analizaremos los países en los que fueron realizados los estudios, se muestra en la Tabla 8:

Tabla 8. Países de origen de los estudios.

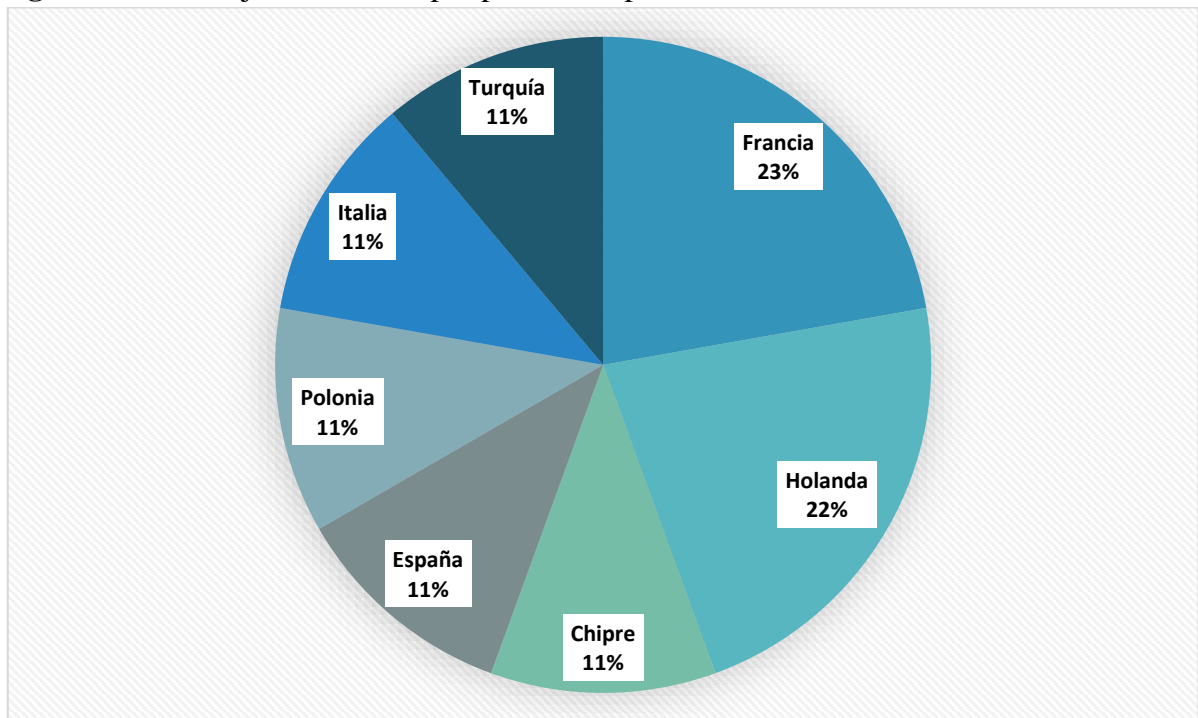
NOMBRE DEL ARTÍCULO	PAIS/ES
Aumento de mortinatos prematuros en asociación con la reducción de nacimientos prematuros iatrogénicos durante el confinamiento por COVID-19 en Australia: un estudio de cohortes multicéntrico (24)	Australia
La experiencia de las mujeres sobre la continuidad de la atención de partería en el noreste de Italia: un estudio cualitativo (25)	Italia

Utilización de la telemedicina y calidad percibida de la atención virtual entre mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de COVID-19 (26)	EEUU
Atención de maternidad durante COVID-19: una síntesis de evidencia cualitativa de las opiniones y experiencias de mujeres y proveedores de atención de maternidad (27)	EEUU, Reino Unido, Australia, Irlanda, Turquía e India
Experiencias de los padres con los cambios en la atención materna durante la pandemia de Covid-19: una revisión sistemática de estudios mixtos (28)	Europa, EEUU y Oceanía
Más partos en el hogar durante la pandemia de COVID-19 en los Países Bajos (29)	Holanda
Experiencias, preocupaciones y necesidades de mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de Covid-19 en Chipre: un estudio transversal (30)	Chipre
Implementación de “Comunidades en línea” para mujeres embarazadas en tiempos de COVID-19 para la promoción del bienestar materno y el vínculo madre-hijo: un estudio pretest-postest (31)	Holanda
La necesidad insatisfecha de las mujeres embarazadas de comunicarse con un profesional de la salud durante el confinamiento por la pandemia del SARS-CoV-2 en Francia: el estudio transversal Covimater (32)	Francia
Factores asociados al estrés y la ansiedad prenatal en mujeres embarazadas durante la COVID-19 en España (33)	España
Mejorar la atención prenatal durante el confinamiento: comparación de la telesalud y la atención presencial para mujeres embarazadas de bajo riesgo en el estudio piloto PROTECT (34)	Francia
Nacimiento durante la pandemia de Covid-19: lo que las personas en edad fértil en los Estados Unidos necesitaban para lograr una experiencia de parto positiva (36)	EEUU
Las experiencias de las mujeres en edad fértil en el sistema de atención de la maternidad en Australia durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 (37)	Australia
¿Hay atención de maternidad respetuosa en Polonia? Opiniones de las mujeres sobre el cuidado durante trabajo de parto y nacimiento (38)	Polonia
Violencia obstétrica: percepciones del personal clínico a partir de un video de simulación practicar (39)	Qatar

Un total de 10 artículos se realizaron en Europa, lo que corresponde al 90,90% del total de artículos seleccionados para nuestro estudio (n=15), seguido por 4 artículos de EEUU (36,36% del total), 3 de Australia (27,27%), 2 de Asia (18,18%) y uno de Oceanía (9,09%).

Del 90,9% de los estudios realizados en Europa (n=10), 2 fueron en Francia (20%) y otros dos en Holanda (20%), mientras que en el resto de los países (Chipre, España, Polonia, Italia y Turquía) se realizó un estudio por país (10% en cada uno), tal y como se muestra en la Figura 7.

Figura 7. Porcentaje de artículos por países europeos.



Temas sobre los que tratan los estudios:

A continuación detallamos los siguientes subtemas que hemos identificado, englobados en los siguientes ítems, sobre el contenido de los artículos seleccionados (Tabla 9):

Tabla 9. Temas evaluados sobre la atención a las mujeres embarazadas.

TEMAS IDENTIFICADOS	Nº DE ARTÍCULOS	% (n=15)	ARTÍCULOS QUE TRATAN EL TEMA
Calidad de la atención/ atención alterada	12	80	25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37
Evaluación de la comunicación	10	66,67	25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37

Experiencias/ satisfacción de la mujer	12	80	25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38
Aumento de conocimientos maternos/ falta de acceso a la información	7	46,67	25, 26, 31, 32, 33, 34, 36
Toma de decisiones de la mujer	6	40	27, 28, 29, 33, 36, 37
Preocupación por la privacidad	3	20	30, 38, 39
No disponer de un lugar tranquilo/ tiempo suficiente	2	13,33	34, 37
Falta de exploración física	2	13,33	24, 37
Restricciones relacionadas con Covid-19	10	66,67	24, 26, 27, 28, 30, 36, 37
Prevención de infección y riesgo de contagio Covid-19 madre-hijo	4	26,67	27, 32, 33, 36
Intervenciones no justificadas, perjudiciales o sin consentimiento	6	40	28, 29, 30, 36, 38, 39
Consecuencias para la salud física y mental de madre e hijo	10	66,67	24, 25, 26, 27, 29, 34, 37
Diferencia entre teleasistencia telefónica o por videoconferencia	2	13,33	26, 37
Angustia y ansiedad de las embarazadas	6	40	27, 28, 30, 31, 33, 36
Violencia obstétrica/ atención irrespetuosa y ofensiva	2	13,33	38, 39

El 80% de nuestros estudios abordan el tema de la calidad asistencial investigando varias esferas diferentes de este concepto. Los ítems tratados para abordar la calidad asistencial son principalmente la eficiencia de la comunicación entre pacientes y personal sanitario, las restricciones relacionadas con el Covid-19 y las consecuencias físicas y psicológicas de las intervenciones no justificadas, perjudiciales o sin consentimiento.

En menor medida también se abordaron los temas de la preocupación por la privacidad y por falta de exploraciones físicas en las consultas de teleasistencia, la falta de un lugar tranquilo para la realización de estas consultas y la diferencia entre teleasistencia telefónica o por videollamada.

Por último sólo los artículos 38 y 39 hablan sobre la violencia obstétrica o la atención irrespetuosa y ofensiva al margen de la pandemia por coronavirus. En el primer artículo, el 81% de las encuestadas afirma haber recibido una atención irrespetuosa y ofensiva durante su estancia hospitalaria en al menos una ocasión. El abuso más común fue someterse a

procedimientos médicos sin consentimiento previo. Un 25% de mujeres reportó comentarios inapropiados y un 19,3% sintió vulnerado su derecho a la intimidad.

En el artículo 39, el 52% de los profesionales sanitarios encuestados había oído hablar del término “violencia obstétrica” y sólo el 48% podía definirlo correctamente. El 63% de estos profesionales habían sido testigos de este tipo de violencia en algún momento de su carrera (74% obstetras frente a 60% matronas). Identificaron la dignidad del paciente y la privacidad como las principales deficiencias profesionales en la atención a las mujeres embarazadas. El 100% de los participantes consideró que la violencia obstétrica constituye una falta de profesionalidad.

A continuación se presenta la Tabla 10 en la que se muestra un pequeño resumen del contenido de cada artículo, así como su título, año de publicación, autores y número de referencia.

Tabla 10. Resultados de la búsqueda por bases de datos.

REF.	ARTÍCULO Y AÑO DE PUBLICACIÓN	AUTORES	RESUMEN
(24)	Aumento de mortinatos prematuros en asociación con la reducción de nacimientos prematuros iatrogénicos durante el confinamiento por COVID-19 en Australia: un estudio de cohortes multicéntrico (2022)	Hui L, Barrientos Marzan M, Potenza S, Rolnik DL, Pritchard N, Said JM, Palmer KR, Whitehead CL, Sheehan PM, Ford J, Mol BW Walker SP	Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y multicéntrico en Melbourne, Australia, durante el período de confinamiento, con el objetivo de comparar las tasas de mortinatos prematuros durante el bloqueo por covid-19 (desde el 23 de marzo de 2020 hasta el 14 de marzo de 2021) con los períodos correspondientes de 12 y 24 meses anteriores. En el grupo expuesto, se encontraron tasas más elevadas de mortinatos prematuros (0,26 frente a 0,18), junto con una disminución en los nacimientos prematuros iatrogénicos (3,01% frente a 3,27%), incluyendo aquellos causados por compromiso fetal (1,25% frente a 1,51%). Se observó una tendencia a una menor incidencia de nacimientos prematuros espontáneos en el grupo expuesto, lo cual concuerda con los resultados reportados en otros países (2,69% frente a 2,82%). Los hallazgos del estudio sugieren que las restricciones de bloqueo implementadas en Melbourne se asociaron con una reducción significativa en los nacimientos prematuros iatrogénicos debido a compromiso fetal, así como un incremento significativo en los mortinatos prematuros. Esto plantea la posibilidad de que las situaciones de pandemia en 2020 pudieran haber llevado a una falla en la identificación y atención adecuada de mujeres embarazadas con mayor riesgo de pérdida fetal anteparto.
(25)	La experiencia de las mujeres sobre la continuidad de la atención de partería en el noreste de Italia: un estudio cualitativo (2023)	Poggianella S, Ambrosi E, Mortari L,	Estudio realizado durante la primera ola de Covid-19 (marzo 2020- febrero 2021) en el noreste italiano. La atención continuada y de calidad permite a las embarazadas aumentar sus conocimientos y desarrollar habilidades que protegen a ellas mismas y a sus bebés tanto durante el embarazo como después del parto. La atención debe ser proporcionada por profesionales competentes y adecuadamente formados, capaces de establecer una relación cuyo elemento clave es la confianza y la comunicación, que debe ser clara, precisa y adaptada al público que la recibe. La falta de habilidades comunicativas de los profesionales y la incapacidad para proporcionar información adecuada puede ser motivo de interrupción de la continuidad de la asistencia prenatal, lo cual tiene efectos negativos en la maternidad.

<p>(26)</p>	<p>Utilización de la telemedicina y calidad percibida de la atención virtual entre mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de COVID-19 (2022)</p>	<p>Davis A, Bradley D</p>	<p>Estudio realizado a mujeres multíparas que estuvieron embarazadas durante la primera ola de la pandemia en EEUU cuyo objetivo es examinar la asociación entre la calidad percibida por las mujeres embarazadas de la atención prenatal y la modalidad de estas visitas (online o presencial) en comparación con el periodo prepandemia. 16972 mujeres respondieron a la encuesta, la tasa de cumplimentación fue del 76%. 16418 mujeres declararon haber visitado a un profesional sanitario. De las visitas de atención maternal que se produjeron en ese periodo de tiempo (18 abril – 6 agosto de 2020), el 18,5% fueron modificadas, un 75,3% a formato telemático. La mayoría de ellas (83,2%) eran prenatales, un total de 1506 para embarazadas y 352 para puérperas. Además, se cancelaron 205 (1,5%) visitas y se reprogramaron 358 (2,7%).</p> <p>Otras modificaciones fueron el uso obligatorio de mascarilla por pacientes y profesionales, no permitir presencia de acompañante, cambio de ubicación de la consulta y la combinación de varias visitas en una. A un 45,2% (840) de las mujeres que acudieron a las visitas telemáticas se les pidió que se hicieran auto mediciones como: tensión arterial, peso, altura del fondo uterino, latidos del corazón del bebé, temperatura, azúcar en sangre, pulso, análisis de orina y examen de salud mental. Un 89,7% de las mujeres (749) afirmaron haber podido realizar las mediciones en casa. Las mediciones del fondo uterino fueron las que menos éxito tuvieron (14%), además, el 10% de las mediciones de peso y el 9% de las mediciones de la tensión arterial tampoco tuvieron éxito.</p> <p>El 51,5% de las encuestadas (957) que recibieron visitas modificadas declararon haber recibido menos información que en las visitas presenciales anteriores y se mostraron más insatisfechas con la comunicación que recibieron de sus proveedores de asistencia sanitaria. Se observan diferencias entre las visitas por vídeo y por teléfono: las mujeres que recibieron llamadas telefónicas tuvieron una mayor sensación de peor atención recibida.</p>
<p>(27)</p>	<p>Atención de maternidad durante COVID-19: una síntesis de evidencia cualitativa de las opiniones y experiencias de mujeres y proveedores de atención de maternidad (2022)</p>	<p>Flaherty SJ, Delaney H, Matvienko-Sikar K, Smith V</p>	<p>Revisión sistemática que recoge estudios de EEUU, Reino Unido, Australia, Irlanda, Italia Turquía e India principalmente que investigan sobre 4 temas: alteración de la atención recibida (con 2 subtemas: el primero, alteración de las estructuras y procesos de atención, y el segundo, telesalud), restricciones relacionadas con el Covid (con 2 subtemas más: el primero, sensación de crueldad, y el segundo, restricciones en general: pros y contras) prevención de infecciones y riesgos y tema 4: la realidad vivida (con 2 subtemas: información y apoyo psicosocial, y el segundo, soluciones para la mujer). Los resultados generales indican que la atención de maternidad durante el covid fue experimentada negativamente por la mayoría de las mujeres, a pesar de que una</p>

			<p>pequeña parte encontró aspectos positivos, como el aumento del vínculo madre-hijo por la limitación de visitas tanto en hospital como en casa. En general la atención se percibió como ineficaz e insuficiente, incluso la atención de telesalud, aumentando los niveles de estrés y ansiedad. La limitación de acompañante a las visitas prenatales hizo aumentar la sensación de miedo, angustia y soledad. Estos hechos también hicieron que las mujeres buscaran soluciones por su cuenta de forma proactiva, como buscar información por internet (hecho que no se percibió como tranquilizador por la falta de fiabilidad de las fuentes), apoyarse unas a otras o incluso empoderarse en la toma de decisiones como cambiar de hospital o inclinarse por el parto en domicilio.</p>
(28)	<p>Experiencias de los padres con los cambios en la atención materna durante la pandemia de Covid-19: una revisión sistemática de estudios mixtos (2023)</p>	<p>Lalor JG, Sheaf G, Mulligan A, Ohaja M, Clive A, Murphy-Tighe S, Debby Ng E, Shorey S</p>	<p>Revisión sistemática sobre estudios en Europa, Norteamérica y Oceanía. Se analizaron 4 temas: angustia asociada a la normativa Covid-19, adaptabilidad a la maternidad, importancia de las personas de apoyo y futura dirección de los servicios de maternidad.</p> <p>La asistencia en maternidad durante la pandemia COVID-19 no se adhirió a las normas de la OMS de atención de calidad, lo que afectó el bienestar psicológico de las madres y las parejas. El estrés por falta de preparación relacionado con la pandemia se asoció con más nacimiento medicalizado y desatención de las preferencias maternas (posición, instrumentalización e intervenciones médicas, presiones para la inducción (25,7% de las madres) o las cesáreas (9,5%). Mayor tasa de inducción al parto durante el covid, (relacionado con reducción de la satisfacción materna) igual uso de epidural y tipos de parto. No hay diferencias entre madres contagiadas o no contagiadas. Mayor tasa de lactancia materna en 2 horas posteriores al parto. Asistencia online postparto y lactancia no son efectivas.</p>
(29)	<p>Más partos en el hogar durante la pandemia de COVID-19 en los Países Bajos (2022)</p>	<p>Verhoeven CJM, Boer J, Kok M, Nieuwenhuijze M, de Jonge A, Peters LL</p>	<p>El artículo examina si el curso del embarazo y el parto, y los resultados que los acompañan, entre mujeres embarazadas de bajo riesgo cambiaron durante la pandemia de COVID-19 en los Países Bajos en comparación con el período anterior a la pandemia. Se analizaron datos del Sistema de Registro de Casos de Partería Holandés, y se calcularon las diferencias en el curso del embarazo y el parto, los resultados maternos y neonatales entre las mujeres embarazadas durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 y el período anterior a la pandemia. El estudio encontró que, durante la pandemia, más mujeres deseaban y tenían un parto en casa, en el caso de las primíparas 24,8% frente al 20,2% del año anterior, más mujeres usaban analgésicos (76,2% frente al 73,6% pre-pandemia). Se observó una menor incidencia de episiotomía en 2020 en comparación con 2019, que</p>

			<p>fue estadísticamente significativa para las mujeres multíparas (5,0% frente a 6,9%). No hubo diferencias en los periodos de pandemia y anterior a ella en la pérdida de sangre tras el parto o en los desgarros de 3er y 4º grado tanto en primíparas como multíparas. Durante la pandemia se observó un pequeño aumento de las cesáreas de urgencia y un pequeño aumento de los partos por cesárea programados. Aunque no se observaron diferencias estadísticas en cuanto al modo de nacimiento, aumentó la tasa de partos vaginales. El estudio destaca la necesidad de explorar las percepciones y la autonomía de las mujeres cuando se trata de elegir su lugar de parto.</p>
(30)	<p>Experiencias, preocupaciones y necesidades de mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de Covid-19 en Chipre: un estudio transversal (2022)</p>	<p>Hadjigeorgiou E, Vogazianos P, Christofi MD, Motrico E, Domínguez-Salas S, Mesquita AR, Christoforou A</p>	<p>Estudio realizado en Chipre en el que se entrevistó a 695 mujeres, 355 embarazadas (el 60,4% primíparas) y 340 puérperas. El 1% fue diagnosticado de infección por Covid y el 7% declaró haber tenido síntomas compatibles. El 80,9% percibió el impacto de la pandemia en su vida como negativo. El 74,1% de las embarazadas estaban preocupadas por los cambios debidos a las medidas del Covid-19 sobre la presencia de acompañante en el momento del parto, el 57,2% por la salud de su bebé y el 43,1% por los cambios relacionados con la atención perinatal. El 63,1% declaró que su estrés aumentó con la pandemia. Los cambios más frecuentes que las embarazadas experimentaron en la atención prenatal fueron: cambio de formato en la atención (20,6%), cancelación o reducción de visitas (16,6%), cambio en el departamento de maternidad elegido (12,1%), limitación de acompañante durante el parto (47,1%) y transición de parto vaginal a la inducción o cesárea (10%). La mayoría de las mujeres se sintió bien apoyadas por sus proveedores de atención primaria de maternidad (78,6%), sin embargo, un 66,2% reclamó más conversaciones individuales con su proveedor de atención materna y un 58,6% información sobre cómo reducir el estrés.</p>
(31)	<p>Implementación de “Comunidades en línea” para mujeres embarazadas en tiempos de COVID-19 para la promoción del bienestar materno y el vínculo madre-hijo: un estudio pretest-postest (2022)</p>	<p>Potharst ES, Schaeffer MA, Gunning C, Cohen de Lara M, Boekhorst MGBM, Hulsbosch LP, Pop VJM, Duijff SN</p>	<p>Estudio holandés que evalúa síntomas depresivos, preocupaciones y vínculo madre-hijo en un grupo de mujeres (OC) que participan en una “comunidad en línea” en comparación con dos grupos de referencia, un grupo Covid que no participó a la comunidad y otro pre-covid. El análisis de datos mostró una diferencia significativa entre los grupos tanto en los síntomas depresivos como en el vínculo prenatal madre-hijo. Tanto el grupo OC como el grupo Covid puntuaron significativamente más alto en síntomas depresivos que el grupo pre-covid. El grupo OC obtuvo una puntuación significativamente más baja que el grupo Covid respecto al vínculo afectivo, pero no el grupo de referencia Pre-covid. Hubo una disminución significativa de los síntomas depresivos a lo largo del estudio en el grupo OC, así como de las preocupaciones relacionadas con Covid y las preocupaciones en general.</p>

<p>(32)</p>	<p>La necesidad insatisfecha de las mujeres embarazadas de comunicarse con un profesional de la salud durante el confinamiento por la pandemia del SARS-CoV-2 en Francia: el estudio transversal Covimater (2022)</p>	<p>Araujo-Chaveron L, Doncarli A, Crenn-Hebert C, Demiguel V, Boudet-Berquier J, Barry Y, Gomes ME, Do Espirito Santo, Guajardo-Villar A, Menguy C, Tabai A, Wyndels K, Benachi A, Regnault N</p>	<p>Estudio a mujeres embarazadas durante el confinamiento francés en el que se evalúa la necesidad insatisfecha de comunicación con los profesionales sanitarios. El 41% de las embarazadas indicó que tuvo una necesidad de comunicación con los profesionales sanitarios no satisfecha sobre temas relativos al coronavirus, la atención al embarazo y el proceso de parto. Los dos temas más frecuentemente no tratados fueron en primer lugar el riesgo de transmitir el Covid al feto y las consecuencias para éste (29,3%), y en segundo lugar el riesgo de infectarse y presentar síntomas graves (27,4%). Una de cada 6 mujeres declaró que le hubiese gustado poder hablar con un profesional para tratar temas como el proceso de parto (16,1%), la estancia de maternidad (16,4%) y la posibilidad de amamantar durante la pandemia (15,3%). La necesidad de comunicación insatisfecha estuvo asociada con: encontrarse profesionalmente inactivas, tener un nivel de enseñanza bajo, haber experimentado discusiones serias/violencia y estar muy preocupada por la pandemia, ser primípara y haber tenido consultas prenatales canceladas. Una mayor alfabetización en salud de asocia con un nivel de salud mejor, y uno de los determinantes de alfabetización en salud más importante es el nivel de educación.</p>
<p>(33)</p>	<p>Factores asociados al estrés y la ansiedad prenatal en mujeres embarazadas durante la COVID-19 en España (2022)</p>	<p>Awad-Sirhana N, Simó-Teufela S, Molina -Muñoz Y, Cajiao-Nietod J, Izquierdo-Puchole MT</p>	<p>El objetivo de este estudio es describir los niveles de estrés prenatal y ansiedad en mujeres embarazadas residentes en España durante el confinamiento y su relación con factores obstétricos, percepción de la atención sanitaria y preocupación por la situación sociosanitaria. De las 695 mujeres incluidas en el estudio, el 70,2% declararon tener estudios universitarios y el 94,8% tener una pareja estable. El 67,3% obtuvo una puntuación baja en el estado de ansiedad y el 32,6% presentaba indicadores de ansiedad. Las participantes que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo (58,4%), declararon que su embarazo fue planificado (84,9%), que no se consiguió por reproducción asistida (88,3%), que tenían otros hijos (57,1%), que no habían tenido abortos previos (66,3%), que no padecían enfermedades crónicas (78,3%), que no tuvieron embarazo de riesgo (80,3%) y que no tenían antecedentes de problemas de salud mental (63,2%). En resumen, los factores de riesgo de ansiedad fueron: la preocupación asociada al COVID-19, tener antecedentes de problemas de salud mental y tener más de un hijo, mientras que los factores protectores fueron la percepción de la asistencia sanitaria disponible y el embarazo planificado.</p>

<p>(34)</p>	<p>Mejorar la atención prenatal durante el confinamiento: comparación de la telesalud y la atención presencial para mujeres embarazadas de bajo riesgo en el estudio piloto PROTECT (2022)</p>	<p>Avercenc L, Sime WN, Bertholdt C, Baumont S, Carvalho de Freitas A, Morel O, Guillemin F, Grandjean GA</p>	<p>El objetivo del estudio es comparar la telesistencia y la atención prenatal presencial durante el confinamiento en una población de embarazadas de bajo riesgo en Francia en cuanto a la atención prenatal recibida y el resultado perinatal. Participaron 55 mujeres en el grupo experimental de telesistencia y 52 en el grupo control de asistencia presencial. Se incluyen resultados sobre la experiencia de calidad de atención prenatal (los ítems a evaluar fueron: calidad en la atención, intercambio de información, orientación anticipada y tiempo suficiente) y sobre resultados maternos y neonatales (los ítems a evaluar fueron: complicaciones prenatales y efectos adversos posparto). No existen diferencias significativas en la experiencia vivida de calidad asistencial entre ambos grupos ni entre los resultados maternos y neonatales.</p>
<p>(36)</p>	<p>Nacimiento durante la pandemia de Covid-19: lo que las personas en edad fértil en los Estados Unidos necesitaban para lograr una experiencia de parto positiva (2022)</p>	<p>Combellick JL, Ibrahim BB, Julien T, Scharer K, Jackson K, Kennedy HP</p>	<p>Estudio realizado en EEUU a mujeres que dieron a luz en la primera ola de la pandemia por Covid-19, en el que participaron 707 mujeres que aportaron datos sobre sus experiencias con respecto a: la opción de parto en el domicilio, el acceso a las matronas, el derecho a un acompañante en el parto y la necesidad de comunicación transparente con los profesionales sanitarios. Las mujeres que tenían una matrona como proveedora de asistencia se sentían significativamente mejor informadas.</p> <p>Las que dieron a luz en un entorno comunitario (casa o centro de maternidad) manifestaron una satisfacción significativamente mayor y se sintieron mejor informadas que las que parieron en hospital. Las que tuvieron parto vaginal tuvieron significativamente mayor satisfacción que las que dieron a luz mediante cesárea. Las participantes de color se sintieron significativamente menos satisfechas y más estresadas durante el embarazo y el parto. Las participantes informaron de intervenciones relacionadas con el parto sin aparente motivo médico, simplemente para evitar un riesgo teórico de exposición al Covid, como: epidurales obligatorias, inducciones, cesáreas y maniobras que separan el saco amniótico del útero, cuando no hay evidencia de que estas prácticas sean necesarias en entorno covid ni en casos de contagio por covid. Estas intervenciones resultaron más positivas cuando la mujer controlaba la elección en comparación con la privación del control individual. La limitación de acompañante aumentó el miedo y el estrés.</p>

(37)	<p>Las experiencias de las mujeres en edad fértil en el sistema de atención de la maternidad en Australia durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 (2022)</p>	<p>Sweet L, Wilson AN, Bradfield Z, Hauck Y, Kuliukas L, Homer CSE, Szabo RA, Wynter K, Vasilevski V</p>	<p>Estudio que se realizó en Australia durante la primera ola del Covid-19 para averiguar las experiencias de 27 mujeres embarazadas o que habían dado a luz en ese periodo al recibir cuidados de maternidad. La asistencia prenatal modificó su formato de presencial a teleasistencia, la mayoría telefónica y una pequeña parte en videoconferencia. En la mayoría de los casos la atención telefónica se percibió como impersonal, incompleta e insuficiente, sobre todo por la falta de evaluación física. En los casos de asistencia presencial, se limitó el tiempo. Los datos aportaron una descripción de cómo el cambio en la atención contribuyó a la pérdida real y potencial de oportunidades asistenciales y la reducción de elección y control de las embarazadas. Las medidas de prevención de infecciones se vivieron como algo tanto positivo como negativo. El uso de equipos de protección individual y la higiene de manos se vió como positivo, pero las limitaciones de acompañante y visitantes como negativo.</p>
(38)	<p>¿Hay atención de maternidad respetuosa en Polonia? Opiniones de las mujeres sobre el cuidado durante Trabajo de parto y nacimiento (2019)</p>	<p>Baranowska B, Doroszevska A, Kubicka-Kraszyńska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A, Sys D, Tataj-Puzyna U, Bączek G, Crowther S</p>	<p>El objetivo del estudio fue analizar las experiencias de las mujeres relacionadas con la atención perinatal en Polonia. Se puso especial énfasis sobre las experiencias que tenían rasgos que indicaban una atención irrespetuosa y ofensiva durante el parto en centros médicos que proporcionaban atención perinatal. Durante su estancia hospitalaria, el 81% de las mujeres experimentaron violencia o abuso por parte del personal médico al menos en una ocasión. El abuso más común fue someterse a procedimientos médicos sin consentimiento previo. Los comentarios inapropiados hechos por el personal sanitario fueron reportados en el 25% de las situaciones, mientras que el 20% de las mujeres experimentaron un tratamiento correcto. En el estudio, el 19,3% de las mujeres informaron que el personal sanitario no cuidó adecuadamente su intimidad y el 1,7% de las encuestadas dijo que el peor trato estuvo relacionado con la sensación de sentirse ignorado.</p>
(39)	<p>Violencia obstétrica: percepciones del personal clínico a partir de un video de simulación practicar (2019)</p>	<p>Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T</p>	<p>Estudio realizado al personal de obstetricia y matronería (n= 217, 50 obstetras y 167 matronas, de ellos) de un hospital de Qatar sobre los conocimientos que poseían acerca de la violencia obstétrica. El 40% de los obstetras eran mujeres frente al 100% de las matronas. El 56% del personal obstetra era de origen estadounidense, de Reino Unido o de Europa del norte, frente al 30% de las matronas). El 52% había oído hablar del término violencia obstétrica y el 48% podía definirlo correctamente. El 63% había sido testigo de violencia obstétrica en algún momento de su carrera (37 obstetras (74%) frente a 99 matronas (60%)). Identificaron la dignidad del paciente, la privacidad y la atención centrada en el paciente como las principales deficiencias profesionales observadas en un video de simulación de una situación de atención a una mujer embarazada. Los obstetras eran</p>

significativamente menos propensos a cambiar sus percepciones de cómo deben interactuar los profesionales sanitarios con este tipo de pacientes en comparación con el personal de matronería (46% frente al 86% de las matronas). La privacidad se seleccionó como un área en la que el 100% del personal consideró que podía reflexionar sobre su propia práctica. El estudio concluye que la mayor parte del personal sanitario de esta muestra es capaz de identificar la violencia obstétrica y comportamientos negativos y el 100% de ellos son conscientes de que la violencia obstétrica constituye una falta de profesionalidad.

6. DISCUSIÓN.

Tras el análisis de los resultados obtenidos de esta revisión integradora para averiguar de qué manera se vió afectada la calidad asistencial a las mujeres embarazadas debido a las restricciones por Covid-19, podemos afirmar que efectivamente se vió afectada, se expone a continuación de qué manera.

Como se puede observar en la Tabla 9, los autores: Hui L. *et al.* (24), Poggianella S. *et al.* (25), Davis A. *et al.* (26), Flaherty S.J. *et al.* (27), Lalor J.G. *et al.* (28), Verhoeven C.J.M. *et al.* (29), Hadjigeorgiou E. *et al.* (30), Potharst E.S. *et al.* (31), Araujo-Chaveron L. *et al.* (32), Awad-Sirhana N. *et al.* (33), Avercenc L. *et al.* (34), Combellick J.L. *et al.* (36) y Baranowska B. *et al.* (37), que conforman el 80% de los artículos seleccionados, abordan el tema de los cambios en la calidad asistencial en las mujeres embarazadas en el periodo de tiempo estipulado, este ítem está directamente relacionado con la hipótesis principal: la calidad asistencial en las mujeres embarazadas disminuyó por la aparición del Covid-19.

De estos 12 artículos, únicamente los autores Avercenc L. *et al.* (34) exponen que las mujeres indicaron que existía la misma calidad en la asistencia de las consultas telemáticas y presenciales, por tanto el 91,67% de los artículos que tratan este tema defienden que la calidad asistencial disminuyó en el periodo de pandemia en comparación con la asistencia ofrecida antes de la aparición del Covid-19, apoyando nuestra hipótesis.

Esta disminución en la calidad asistencial se debe a ciertos motivos, que forman parte del resto de temas identificados. Cada autor definió la calidad asistencial según sus diferentes aspectos; Poggianella S. *et al.* (25), Davis A. *et al.* (26), Flaherty S.J. *et al.* (27), Hadjigeorgiou E. *et al.* (30), Potharst E.S. *et al.* (31), Araujo-Chaveron L. *et al.* (32), Awad-Sirhana N. *et al.* (33). Por el contrario, Avercenc L. *et al.* (34), Combellick J.L. *et al.* (36) y Baranowska B. *et al.* (37), lo hicieron investigando sobre la eficacia de la comunicación entre pacientes y profesionales, con el consiguiente aumento de información y conocimientos de las mujeres y disminución de los niveles de estrés y ansiedad, Flaherty S.J. *et al.* (27), Lalor J.G. *et al.* (28), Verhoeven C.J.M. *et al.* (29), Awad-Sirhana N. *et al.* (33), Combellick J.L. *et al.* (36) y Baranowska B. *et al.* (37)

incluyeron también la capacidad para tomar decisiones de estas mujeres y todos estos autores nombrados incluyen la satisfacción personal de éstas mujeres con respecto a la asistencia recibida como punto básico para definir la calidad asistencial.

Los autores Hadjigeorgiou E. *et al.* (30), Potharst E.S. *et al.* (31) y Avercenc L. *et al.* (34) indican que la mayoría de las mujeres que participaron en sus estudios sintió que tuvo una buena comunicación con sus proveedores de salud a través de la teleasistencia, y esto se evidenció en niveles más bajos de ansiedad y preocupación por temas relacionados con el Covid-19 y con el embarazo en general. Esto queda patente en el artículo de Awad-Sirhana N. *et al.* (33), en el que se expone que la percepción de comunicación efectiva es un factor protector frente a la ansiedad.

Sin embargo, los autores Davis A. *et al.* (26), Flaherty S.J. *et al.* (27), Araujo-Chaveron L. *et al.* (32) y Sweet L. *et al.* (37) indican que en general, la teleasistencia se percibió como impersonal, ineficaz e insuficiente, y aproximadamente la mitad de las mujeres de cada estudio tuvo necesidades de comunicación insatisfechas. Las mujeres diferenciaron entre la asistencia telefónica y la videoconferencia, siendo la telefónica la peor considerada.

Los autores Poggianella S. *et al.* (25) puntualizan que es labor del profesional sanitario el establecer una relación de comunicación clara, precisa y adaptada.

Otros puntos importantes sobre los que la mayoría de los autores coinciden en investigar son las consecuencias físicas y psicológicas en la salud de madres y bebés de las restricciones relacionadas con el Covid-19 y las intervenciones no justificadas, perjudiciales o sin consentimiento que se les realizaron. El 40% de los artículos, que corresponden a los autores Lalor J.G. *et al.* (28), Verhoeven C.J.M. *et al.* (29), Hadjigeorgiou E. *et al.* (30), Combellick J.L. *et al.* (36), Baranowska B. *et al.* (38) y Gray T. *et al.* (39) recogen testimonios de mujeres embarazadas en los que indican que sintieron ser víctimas de intervenciones no justificadas, perjudiciales o sin consentimiento, hecho que les hizo sentir un nivel de satisfacción más bajo y pérdida de control sobre la toma de decisiones. Estas intervenciones se resumen en cesáreas programadas para mujeres positivas en coronavirus, disminución del tiempo de las visitas prenatales, falta de exploraciones físicas, preocupación por su privacidad, falta de información

o prohibición de un acompañante tanto en la asistencia prenatal presencial como en el momento del parto.

En contra de esto, según los autores Flaherty S.J. *et al.* (27) y Sweet L. *et al.* (37) exponen que una pequeña parte de las embarazadas sintió las restricciones en las visitas y acompañantes para la prevención de la infección por Covid-19 como algo positivo, sintiendo un aumento en el vínculo materno-fetal.

Los estudios que tuvieron que ser descartados por no haber sido realizados en poblaciones cuyos resultados son extrapolables a la nuestra exponían que en esas poblaciones que contaban con menos recursos para atender a las embarazadas en esta situación excepcional, la calidad en la atención había sido mucho menor debido a que la mayoría de mujeres ni siquiera tenía acceso a tecnología suficiente como para recibir asistencia telemática, aumentando la falta de información, la ausencia de consultas asistenciales y el bajo nivel de satisfacción de las embarazadas.

Como indican los autores Combellick J.L. *et al.* (36), las mujeres que tuvieron como proveedor de salud a una matrona se sintieron significativamente mejor informadas que las que tuvieron a otro tipo de profesional y, según Gray T. *et al.* (39) el 60% de las matronas que participaron en el estudio había sido testigo de violencia obstétrica en algún momento de su carrera.

Los resultados obtenidos sirven de reflexión al personal sanitario en general, y al de enfermería y matronería en concreto, ya que de ellos depende la mayor parte de la asistencia a las mujeres embarazadas. En sus manos está el poner soluciones a la disminución de la calidad asistencial a estas mujeres, no solo en periodos de pandemia, sino a lo largo del tiempo, ya que la educación sanitaria que proporcione el aumento de conocimientos en las embarazadas es un factor protector. Las intervenciones injustificadas y sin consentimiento en el campo de la obstetricia son una práctica habitual que no debe cometerse por resultar perjudicial tanto en la salud física como mental de madres y bebés.

7. LIMITACIONES.

La primera limitación que se encuentra al realizar el estudio de los artículos es la falta de estudios en España, por tanto, se admiten artículos sobre estudios en diferentes poblaciones a lo largo del mundo entero cuyos resultados son extrapolables a nuestro país debido a las características socioeconómicas, sanitarias y culturales similares.

Otra de las limitaciones fue que la aparición de la pandemia por Covid-19 es relativamente reciente (año 2020 en España), por tanto, solo contamos con los estudios realizados desde el año 2020 hasta la actualidad (3 años).

Se debe tener en cuenta que debido a la situación extraordinaria que la pandemia significó, en la que el personal sanitario se vió desbordado y en la que el orden de prioridades marcó significativamente la labor asistencial, muchos datos pudieron perderse ya que registrar todos los servicios prestados no era una de las prioridades para el personal de medicina y enfermería.

Al buscar información sobre estudios relacionados con prácticas no justificadas, perjudiciales o sin consentimiento realizadas a las mujeres embarazadas, nos encontramos que no existen datos clínicos sobre ellas, sólo los testimonios de las mujeres que dicen haberlas sufrido y de algunos profesionales sanitarios que dicen haberlas presenciado, lo cual constituye también una limitación.

La principal limitación que encontramos al buscar información sobre la violencia obstétrica es la falta de inclusión de este término en cualquier documento. Siendo conscientes de la utilización de eufemismos para referirse a ella, se decide buscar exactamente ese término para hacer constar su bajo índice de referenciación.

8. CONCLUSIÓN.

Tras la selección y lectura crítica de los artículos que conforman esta revisión integradora podemos concluir que:

- La calidad asistencial a las mujeres embarazadas medida por el grado de satisfacción de éstas durante la pandemia por Covid-19 disminuyó.
- La pandemia aumentó los niveles de ansiedad y preocupación de las mujeres embarazadas alrededor del mundo entero.
- Las restricciones relacionadas con el Covid-19 aumentan el miedo y estrés en las gestantes.
- El aumento del estrés y ansiedad en las embarazadas se relaciona con peores resultados maternos y fetales.
- El aumento de conocimientos maternos es un factor protector frente a la ansiedad prenatal.
- Los servicios prenatales telemáticos disminuyen el estrés y ansiedad en las embarazadas que los reciben.
- El término “violencia obstétrica” genera controversia en los propios sanitarios y existe una falta de visibilización hacia él.
- Enfermería juega un papel fundamental en la prevención y la denuncia de las prácticas injustificadas, perjudiciales o sin consentimiento a las embarazadas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. 11 de agosto de 2022 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Villegas Periñán MDM, Rosa Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. Dir Organ [Internet]. 1 de julio de 2003 [citado 10 de mayo de 2023];(29). Disponible en: <https://www.revistadyo.es/DyO/index.php/dyo/article/view/142>
3. Andrade LFBD, Rodrigues QP, Silva RDCVD. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. Publicado 20 de diciembre de 2017. Rev Enferm UERJ.;25:e26442.
4. Martinez, LQ, Dugdale DC, Conaway B. Escoger el personal medico adecuado para el embarazo y el parto. Medline Plus [Internet]. 21 de noviembre de 2022 [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000596.htm#:~:text=Obstetras&text=Un%20obstetra%20\(OB\)%20es%20un,el%20alumbramiento%20de%20sus%20beb%C3%A9s](https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000596.htm#:~:text=Obstetras&text=Un%20obstetra%20(OB)%20es%20un,el%20alumbramiento%20de%20sus%20beb%C3%A9s)
5. Oficina de comunicaciones. ¿Cuáles son los factores de riesgo del trabajo de parto y el parto prematuros? Institutos Nacionales de la Salud. [Internet]. 21 de enero de 2015. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preterm/informacion/factores>
6. Lorenzo R. ¿Qué es el parto distócico y qué lo distingue del eutócico? Parto Natural Madrid [Internet]. 6 de febrero de 2023 [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://partonaturalmadrid.es/que-es-el-parto-eutocico-y-que-lo-distingue-del-distocico/>
7. Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas. Definición de la Matrona. [Archivo PDF]. Brisbane, Australia; 19 de julio de 2005 [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2020/03/409_es_Definicion-Matrona-ICM-2005.pdf
8. Hernández MJB, Frías LR, Rodríguez AA. Matronas en la antigüedad: Antiguo Egipto (I). Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud. 2018; Vol. 5 Núm. 11. Disponible en: <https://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/80>

9. Abad ML. Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de Género. [Archivo PDF]. I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 15 al 31-octubre-2009 [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-MujeresMatronasUnRecorridoPorLaHistoriaConPerspect-4098351%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-MujeresMatronasUnRecorridoPorLaHistoriaConPerspect-4098351%20(1).pdf)
10. Ministerio de Sanidad. Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19 [Archivo PDF]. Acordado en Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 16 de julio de 2020 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: [COVID19_Plan_de_respuesta_temprana_escenario_control](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Plan_de_respuesta_temprana_escenario_control).
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Plan_de_respuesta_temprana_escenario_control.pdf
11. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado. Sábado 14 de marzo de 2020; Núm. 67, Sec. I. Pág. 25390. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
12. Satué De Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. Gaceta Sanitaria. 2022;36:S30-5. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-impacto-pandemia-atencion-primaria-informe-articulo-S0213911122001248>
13. Tornero C. La pandemia ha paralizado las operaciones que no ponían en peligro la vida de los pacientes. The Conversation [Internet]. Publicado el 2021-03-16 [citado el 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://theconversation.com/la-pandemia-ha-paralizado-las-operaciones-que-no-ponian-en-peligro-la-vida-de-los-pacientes-159203>
14. Ministerio de Sanidad. Protección de los trabajadores frente al SARS-CoV-2 [Archivo PDF]. Madrid: Ministerio de Sanidad; Publicado el 6 de junio de 2022. [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf
15. Massó Guijarro E, Triviño Caballero R. Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos. Enrahonar Int J Theor Pract Reason. 30 de octubre de 2020;65:117. Disponible en:

<https://www.raco.cat/index.php/Enrahonar/article/download/10.5565-rev-enrahonar.1305/468951/>

16. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez L, Gómez-Salgado J. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿Un impulso para el cambio? Publicado 5 de noviembre de 2020. Rev Esp Salud Pública. Vol. 94. Disponible en:
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/64526/RS94C_202011157.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Oliva Marin JE, Pleitez Navarrete JA. COVID-19: transmisión vertical, enfermedad y cuidados en recién nacidos. Alerta Rev Científica Inst Nac Salud. 12 de enero de 2021;4(1):19-30. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1146444/covid-19_transmision_vertical_enfermedad_version-final_22-ener_CvJ8bnX.pdf
18. Torre HGDL. Presentación. Enferm Clínica. Publicado en mayo de 2022. Elsevier;32:S1. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862122000377?via%3Dihub>
19. Gallegos C. "El término 'violencia obstétrica' en el parto es injusto". Redacción Médica [Internet]. Publicado 7 de septiembre de 2021 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/-el-termino-violencia-obstetrica-del-embarazo-es-un-injusto--8314>
20. Martín I. La sanidad ante la 'violencia obstétrica': de la negación a la autocrítica. Redacción Médica. [Internet]. Publicado 27 de octubre de 2021. [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/la-sanidad-ante-la-violencia-obstetrica-de-la-negacion-a-la-autocritica-7194>
21. Escudero T. Violencia Obstétrica: dos de cada tres mujeres la sufren en España. El parto es nuestro. [Internet]. Publicado 6 de octubre de 2021. [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2021/10/06/violencia-obstetrica-dos-de-cada-tres-mujeres-la-sufren-en-espana>
22. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Publicado en mayo de 2021. Gaceta Sanitaria;35(3):211-2.

23. Resolución nº 32/89: por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio [Archivo PDF]. Madrid, 14 de julio de 1989. [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>
24. Hui L, Marzan MB, Potenza S, Rolnik DL, Pritchard N, Said JM, et al. Increase in preterm stillbirths in association with reduction in iatrogenic preterm births during COVID-19 lockdown in Australia: a multicenter cohort study. Publicado en septiembre de 2022. *Am J Obstet Gynecol.*;227(3):491.e1-491.e17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9017088/pdf/main.pdf>
25. Poggianella S, Ambrosi E, Mortari L. Women's experience of continuity of midwifery care in North-Eastern Italy: A qualitative study. Publicado 14 de febrero de 2023. *Eur J Midwifery.*;7(February):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9930607/pdf/EJM-7-4.pdf>
26. Davis A, Bradley D. Telemedicine utilization and perceived quality of virtual care among pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. Publicado 17 de noviembre de 2022. *J Telemed Telecare.*;1357633X2211338. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9679316/pdf/10.1177_1357633X221133862.pdf
27. Flaherty SJ, Delaney H, Matvienko-Sikar K, Smith V. Maternity care during COVID-19: a qualitative evidence synthesis of women's and maternity care providers' views and experiences. Publicado en diciembre de 2022. *BMC Pregnancy Childbirth.*;22(1):438. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9132752/pdf/12884_2022_Article_4724.pdf
28. Lalor JG, Sheaf G, Mulligan A, Ohaja M, Clive A, Murphy-Tighe S, et al. Parental experiences with changes in maternity care during the Covid-19 pandemic: A mixed-studies systematic review. Publicado en marzo de 2023. *Women Birth.*;36(2):e203-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9364727/pdf/main.pdf>
29. Verhoeven CJM, Boer J, Kok M, Nieuwenhuijze M, De Jonge A, Peters LL. More home births during the COVID -19 pandemic in the Netherlands. Publicado en diciembre de 2022.

- Birth;49(4):792-804. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9348372/pdf/BIRT-9999-0.pdf>
30. Hadjigeorgiou E, Vogazianos P, Christofi MD, Motrico E, Domínguez-Salas S, Mesquita AR, et al. Experiences, concerns, and needs of pregnant and postpartum women during the Covid-19 pandemic in Cyprus: a cross-sectional study. Publicado 5 de septiembre de 2022. BMC Pregnancy Childbirth.;22(1):685. Disponible en:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9442558/pdf/12884_2022_Article_5017.pdf
31. Potharst ES, Schaeffer MA, Gunning C, De Lara MC, Boekhorst MGBM, Hulsbosch LP, et al. Implementing “Online Communities” for pregnant women in times of COVID-19 for the promotion of maternal well-being and mother-to-infant bonding: a pretest–posttest study. Publicado diciembre de 2022. BMC Pregnancy Childbirth;22(1):415. Disponible en:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9116067/pdf/12884_2022_Article_4729.pdf
32. Araujo-Chaveron L, Doncarli A, Crenn-Hebert C, Demiguel V, Boudet-Berquier J, Barry Y, et al. Necesidad insatisfecha de las embarazadas de comunicarse con un profesional sanitario durante el bloqueo por pandemia de SRAS- CoV-2 en Francia: El estudio transversal Covimater. PLOS ONE. 2022; Disponible en:
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pregnant-women-s-unmet-need-to-communicate-with-a-health-professional-during-the-sars-cov-2-pandemic-lockdown-in-france-the-covimater-cross-sectio>
33. Awad-Sirhan N, Simó-Teufel S, Molina-Muñoz Y, Cajiao-Nieto J, Izquierdo-Puchol MT. Factors associated with prenatal stress and anxiety in pregnant women during COVID-19 in Spain. Publicado en junio de 2022. Enferm Clínica Engl Ed.;32:S5-13. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8824223/pdf/main.pdf>
34. Avercenc L, Ngueyon Sime W, Bertholdt C, Baumont S, Freitas ACD, Morel O, et al. Improving prenatal care during lockdown: Comparing telehealth and in-person care for low-risk pregnant women in the PROTECT pilot study. Publicado en noviembre de 2022. J Gynecol Obstet Hum Reprod.;51(9):102445. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9364754/pdf/main.pdf>

35. Collart C, Craighead C, Rose S, Frankel R, Tucker Edmonds B, Perni U, et al. The Impact of Outpatient Prenatal Care Visitor Restrictions on Pregnant Patients and Partners During the COVID-19 Pandemic. Publicado 1 de agosto de 2022. *Womens Health Rep.*;3(1):718-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9436262/pdf/whr.2022.0031.pdf>
36. Combellick JL, Basile Ibrahim B, Julien T, Scharer K, Jackson K, Kennedy H. Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience. Publicado en junio de 2022. *Birth.*;49(2):341-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9111370/pdf/BIRT-49-341.pdf>
37. Sweet L, Wilson AN, Bradfield Z, Hauck Y, Kuliukas L, Homer CSE, et al. Childbearing women's experiences of the maternity care system in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic. Publicado en mayo de 2022. *Women Birth.*;35(3):223-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8435367/pdf/main.pdf>
38. Baranowska B, Doroszewska A, Kubicka-Kraszyńska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A, et al. Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. Publicado en diciembre de 2019. *BMC Pregnancy Childbirth*;19(1):520. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12884-019-2675-y.pdf>
39. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. Publicado en enero de 2019. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* X.;1:100007. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683974/pdf/main.pdf>

10. ANEXOS.

Anexo 1. Plantilla CASPe para estudios de cohortes.

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Los resultados "outcomes" considerados. - ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial? 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿La cohorte es representativa de una población definida? - ¿Hay algo "especial" en la cohorte? - ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte? - ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos? 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, las análisis de modelación, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. <p>Lista:</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
--	--

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir? - ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)? - ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento? - ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos? - ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)? 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
--	--

<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos. - Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación. - En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte? 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
--	--

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <p>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
---	--

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los resultados netos? - ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos? - ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)? 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
--	--

<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio? 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
---	--

<p>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	
--	--

Anexo 2. Plantilla CASPe para estudios cualitativos.

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SÍ	NO SÉ	NO
1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación? PISTA: Considera - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? PISTA: Considera - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? PISTA: Considera - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preguntas "de detalle"		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SÍ	NO SÉ	NO
4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado? PISTA: Considera si - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado? PISTA: Considera si - El ámbito de estudio está justificado. - Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). - Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/video, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)? PISTA: Considera - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? PISTA: Considera - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de conciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B/ ¿Cuáles son los resultados?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SÍ	NO SÉ	NO
8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso? PISTA: Considera - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda clara cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 ¿Es clara la exposición de los resultados? PISTA: Considera si - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación? PISTA: Considera si - El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. - Se identifican líneas futuras de investigación. - El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anexo 3. Plantilla CASPe para revisiones sistemáticas.

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados ("outcomes") considerados. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. - Tiene un diseño apropiado para la pregunta. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p>PISTA: Busca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados de los estudios eran similares entre sí. - Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. - Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</p> <p>PISTA: Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si tienes claro los resultados últimos de la revisión. - ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado). - ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.). 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</p> <p>PISTA: Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</p>	

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Anexo 4. Plantilla CASPe para ensayo clínico aleatorio.

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

¿Confiarías en ellos?
Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - La comparación - Los desenlaces considerados: tanto los positivos como los negativos. <p><i>scribe los desenlaces</i></p> <p><i>Puntúa su importancia según GRADE (No relevantes: 1-3; Importantes :4-6 y Críticos para la decisión: 7-9)</i></p>	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>SI LA PREGUNTA NO ES LA PREGUNTA CLINICA DE TU ESCENARIO, NO VALE LA PENA SEGUIR</p>	
<p>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se genera adecuadamente la secuencia? - ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización? - ¿Son iguales en línea basal? 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>3 ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones por problemas en la asignación en la incorporación al grupo (cegado). -Desviaciones por problemas en la adhesión al tratamiento (cegado, etc) -(Piensa en cómo pueden influir en el análisis esos detalles). 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>

Preguntas de detalle

<p>4 ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?. Valora si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Difieren según el grupo? - Las pérdidas pueden depender de su valor. - ¿Se hace análisis de sensibilidad? 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>5 ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de desenlace medido y método usado - Cegamiento (paciente, clínico, analizador). - Es diferencial la medición o no. 	<p>SÍ NO SÉ NO</p>
<p>6 ¿ Se evita la comunicación selectiva de resultados? (mirar el registro de ensayos)</p> <p>¿Hay reporte selectivo de desenlaces o reporte selectivo de análisis?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>7 ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué desenlaces se han medido? - Detalla los positivos y los negativos - ¿Cómo se analizó el estudio?: ITT (intención de tratar) o mITT APP (por protocolo) ATT (de los tratados) - Entonces... ¿Cuál es el efecto? 	
<p>8 ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?</p> <p>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</p>	

C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?

<p>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</p> <p>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son demasiado distintos a tus pacientes? ¿Hay otros ensayos parecidos a este? En su caso ¿son consistentes con éste?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilidades y disutilidades de cada desenlace -Balance efectos positivos/negativos -Preferencias del paciente, costes etc. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</p> <p>Es improbable que pueda deducirse solo de un ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

