



ORIGINAL

Percepciones de matronas de Atención Primaria sobre el uso de la telemedicina durante la pandemia COVID-19 en España



Mariana Loezar-Hernández^{a,b,c}, Erica Briones-Vozmediano^{a,b,c,*},
Montserrat Gea-Sánchez^{a,b,c,d}, Juana Robledo-Martin^{e,f} y Laura Otero-García^g

^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España

^b Grupo de Estudios en Salud, Sociedad, Educación y Cultura de los Cuidados, Universidad de Lleida, Lleida, España

^c Grup de Recerca en Cures en Salut (GRECS), Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España

^d Centro de Investigación Biomédica en Red en Fragilidad y Envejecimiento saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España

^e Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^f Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España

^g Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España

Recibido el 26 de junio de 2023; aceptado el 23 de septiembre de 2023

Disponible en Internet el 26 de octubre de 2023

PALABRAS CLAVE

Matronas;
Atención Primaria de Salud;
COVID-19;
Investigación cualitativa;
Telemedicina

Resumen

Objetivo: Explorar las experiencias de matronas/es de atención primaria de salud (APS) con la implementación de la telemedicina en la atención al embarazo y al puerperio durante la pandemia por COVID-19.

Método: Estudio cualitativo exploratorio basado en análisis de contenido inductivo de 15 entrevistas semiestructuradas realizadas a matronas/es de APS en 2021-2022, seleccionadas intencionalmente en cuatro comunidades autónomas españolas. Resultados Se identificaron cinco categorías: 1) cambios en la modalidad de atención en el embarazo y puerperio: priorización de mujeres embarazadas, puerperio desprotegido, aumento de visitas domiciliarias y declive de los grupos de educación parental; 2) implementación de la telemedicina en un escenario cambiante: el lado positivo y negativo de la telemedicina; 3) reacción de las mujeres ante la telemedicina; 4) estrategias implementadas por las matronas para un cuidado humanizado, y 5) aprendizajes para el futuro.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: erica.briones@udl.cat (E. Briones-Vozmediano).

Conclusiones: El uso de la telemedicina por parte de matronas de atención primaria posibilitó la atención de mujeres embarazadas y púerperas durante la pandemia en España. Los aspectos positivos de la puesta en marcha de este tipo de atención plantean posibilidades de cambio hacia un formato híbrido de atención sanitaria.

© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

KEYWORDS

Midwives;
Primary Health Care;
COVID-19;
Qualitative research;
Telemedicine

Primary health care midwives' perceptions on the use of telemedicine during the COVID-19 pandemic in Spain

Abstract

Objective: To explore the experiences of primary healthcare (PHC) midwives with the implementation of telemedicine in pregnancy and puerperium care during the COVID-19 pandemic.

Method: Exploratory qualitative study based on an inductive content analysis of 15 semi-structured interviews with intentionally selected PHC midwives in four Spanish Autonomous Regions, during 2021-2022.

Results: Five categories were identified: (1) changes in the modality of care in pregnancy and puerperium: prioritization of pregnant women, unprotected puerperium, an increase of home visits and decline of parental education groups; (2) implementation of telemedicine in a changing scenario: the positive and negative side of telemedicine; (3) reaction of women to telemedicine; (4) strategies implemented by midwives for a humanized care, and (5) learning for the future.

Conclusions: The use of telemedicine by primary healthcare midwives enabled the care of pregnant and postpartum women during the pandemic in Spain. The positive aspects of the implementation of this type of care raise possibilities for change towards a hybrid format of healthcare.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

¿Qué se conoce?

La telemedicina tiene como finalidad otorgar apoyo clínico por medio de las TIC con el fin de mejorar los resultados sanitarios. Durante la pandemia permitió aumentar la cobertura de la atención sanitaria.

¿Qué aporta?

El uso de la telemedicina posibilitó la atención al embarazo y al puerperio, visibilizando ventajas que permiten plantearse nuevas formas de atención y de seguimiento que pudieran ser aplicables a otras poblaciones vulnerables o con necesidades especiales.

respecto al embarazo y al puerperio se implementaron medidas como la redistribución de funciones del personal, la transformación de unidades de maternidad en unidades COVID-19, la exclusión de la pareja durante el parto, la separación madre y bebé en el periodo posnatal inmediato, restricciones en la lactancia materna, cancelación de visitas, menor acceso a atención prenatal, estancias de posparto más cortas y prohibición de acompañantes²⁻⁴.

La telemedicina tiene como finalidad otorgar apoyo clínico por medio de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) con el fin de mejorar los resultados sanitarios, y es una práctica cambiante y dependiente de los avances tecnológicos, de las necesidades y de los contextos sanitarios⁵. Su uso se extendió en atención primaria de salud (APS) para la preparación al parto, entrevistas prenatales tempranas, consultas de seguimiento del embarazo, y visitas y seguimiento posnatales^{6,7}. Como consecuencia, se redujeron los controles rutinarios del embarazo, lo que pudo influir en el número de cesáreas y de partos instrumentales^{3,8}, la asistencia a la atención prenatal hospitalaria, clínicas posnatales y vacunación infantil⁴, y aumentaron las visitas domiciliarias para evitar el traslado a los centros de salud⁹.

Estudios internacionales concluyen que la implementación de la telemedicina permitió seguir brindando atención sanitaria durante este periodo, con ahorro de tiempo de las pacientes en desplazamientos y espera en salas de consulta, una mayor flexibilidad horaria y mayor cobertura tanto en zonas urbanas como rurales¹⁰⁻¹³. Aun así, es necesario ana-

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en marzo del 2020 la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una emergencia de salud pública global. En España se decretó el estado de alarma, estableciéndose un confinamiento estricto, y las actividades no esenciales fueron suspendidas¹. Durante la primera ola de la pandemia,

lizar las inconveniencias para la implementación futura de la telemedicina, como la preocupación por una valoración y examen físico incompleto, más barreras para establecer una relación de confianza con el personal sanitario y una profundización de las desigualdades, por las limitaciones de acceso a aparatos tecnológicos y conectividad^{12,13}.

En el contexto español se han explorado las experiencias y las actitudes de las matronas en la atención al embarazo y al parto de mujeres contagiadas por COVID-19¹⁴; las percepciones de las matronas que estuvieron en primera línea asistencial, tanto en APS como en atención especializada, durante los primeros meses de la pandemia¹⁵; el rol de enfermeras y matronas en la implantación de la videoconsulta¹⁶, así como sobre la evaluación de los efectos de otras medidas implantadas en algunos hospitales, como el alta precoz y las visitas domiciliarias en el seguimiento del posparto desde el punto de vista de las residentes de matronas^{9,17}. Sin embargo, no se ha abordado de forma específica qué supuso la utilización de la telemedicina como herramienta única asistencial para la atención a embarazadas y púerperas por parte de las matronas de APS.

El objetivo del presente estudio fue explorar las experiencias de matronas/es de APS con la implementación de la telemedicina en la atención al embarazo y al puerperio durante la pandemia.

Método

Diseño del estudio

Estudio cualitativo fenomenológico realizado en cuatro comunidades autónomas españolas entre julio de 2021 y febrero de 2022. Se utilizó esta perspectiva teórico-metodológica por ser una estrategia que permite centrarse en las experiencias y en las interpretaciones de los fenómenos sociales a partir de las vivencias de las personas¹⁸.

Población

Muestreo intencional a partir del cual se reclutaron 15 matronas (13 mujeres, 2 hombres) que trabajaron en la atención al embarazo y puerperio en APS durante la pandemia por COVID-19 con un mínimo de dos años de experiencia profesional en Cataluña, Madrid, Islas Canarias y Castilla y León. La selección se realizó a través del contacto con informantes clave de los servicios de salud, previamente identificadas por una de las investigadoras. Después, las matronas entrevistadas facilitaron el contacto de otras participantes, realizándose así también un muestreo en bola de nieve.

Recolección de datos

Entrevistas semiestructuradas a partir de un guion de entrevista diseñado por las investigadoras, basado en los objetivos del estudio y en la revisión de la literatura (tabla 1). Se realizó una entrevista por participante mediante videollamada (entre 30 y 60 minutos) que fueron grabadas y transcritas tras la firma del consentimiento informado.

Análisis de datos

Las transcripciones fueron analizadas siguiendo el análisis de contenido inductivo¹⁹. En un primer momento, dos de las investigadoras realizaron una lectura de las entrevistas para tener una visión general de la información recopilada. Después, identificaron unidades de significado que se etiquetaron con códigos emergentes. Así, se conformaron grupos de códigos acorde a sus similitudes. Tras la revisión de los grupos de códigos y las citas textuales de las entrevistas, de forma inductiva emergieron las categorías y subcategorías, que se organizaron en temas. Se utilizó el software ATLAS.ti 9.3.1 como apoyo para la gestión y codificación de la información.

Aspectos éticos

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Arnau de Vilanova en Lleida en 2021 (CEIC-2460). Para mantener la confidencialidad de los datos, se reemplazaron los datos de las participantes por un número asignado aleatoriamente. Se eliminaron todos aquellos datos de las citas textuales que pudieran hacer a las/os informantes identificables. Los testimonios se identificaron mediante la letra E de «entrevista» y un número.

Reflexividad

Las autoras cuentan con amplia experiencia en investigación cualitativa en salud y en el ámbito clínico en enfermería. No existía relación previa entre ellas y las participantes. Se realizó un proceso reflexivo en el diseño, en la recogida de información, en el análisis de datos y en la redacción del manuscrito. Por ejemplo, mediante la recogida de anotaciones de campo durante y después de realizar las entrevistas y la discusión de resultados con el resto del equipo.

Resultados

Las características de los/as participantes se muestran en la tabla 2.

Los resultados se han organizado en cinco categorías, de las cuales las dos primeras se distribuyen en seis subcategorías. Los testimonios representativos pueden consultarse en las tablas 3-6.

Cambios en la modalidad de atención en el embarazo y puerperio (tabla 3)

Priorización de las mujeres embarazadas

Frente a la crisis sanitaria de la primera ola se cancelaron todas las visitas presenciales para evitar al máximo el riesgo de contagio. Posteriormente, y según los protocolos, se estableció un orden de priorización en la atención a la mujer, dando especial énfasis a las embarazadas y dejando de lado otras prácticas, como, por ejemplo, los cribados.

Tabla 1 Guion de entrevista

Temática	Preguntas
Reorganización de la atención en servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cambios se han desarrollado en la atención al embarazo y puerperio por la pandemia por COVID-19? • ¿Qué dificultades se han presentado en cuanto a la atención sanitaria? • ¿Qué estrategias se utilizaron en la atención al embarazo y puerperio para cubrir las necesidades de las mujeres durante la primera ola de contagios?
Calidad de atención sanitaria y cuidado humanizado	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo percibes que las mujeres han sido atendidas por las matronas/es durante esta situación de emergencia? • ¿Cómo crees que han percibido las mujeres la atención recibida con las nuevas medidas sanitarias establecidas? • ¿Qué estrategias has utilizado para mantener un cuidado humanizado con las mujeres atendidas?
Preguntas de clausura	<ul style="list-style-type: none"> • ¿De qué manera crees que se podría haber mejorado la calidad de la atención sanitaria realizada por las y los profesionales durante la primera hora de la COVID-19?

Tabla 2 Perfil de las participantes (n = 15)

N.º	Edad	Género	Comunidad Autónoma	Población atendida	Años de experiencia profesional
1	31	Femenino	Canarias	Urbana	< 5
2	62	Femenino	Madrid	Urbana	26-30
3	59	Femenino	Castilla y León	Urbana	31-35
4	38	Femenino	Cataluña	Urbana	11-15
5	63	Masculino	Canarias	Urbana	> 40
6	40	Femenino	Cataluña	Urbana	16-20
7	63	Femenino	Canarias	Urbana	> 40
8	38	Masculino	Castilla y León	Rural	11-15
9	48	Femenino	Cataluña	Urbana y rural	21-25
10	35	Femenino	Canarias	Urbana	11-15
11	42	Femenino	Castilla y León	Rural	11-15
12	61	Femenino	Castilla y León	Urbana y rural	36-40
13	31	Femenino	Canarias	Urbana	6-10
14	47	Femenino	Cataluña	Urbana y rural	21-25
15	39	Femenino	Cataluña	Urbana	11-15

Puerperio desprotegido y aumento de visitas domiciliarias

Las visitas en el puerperio pasaron a ser telefónicas o por videollamada durante la primera ola de la pandemia. En el embarazo, estas se mantuvieron por más tiempo de forma no presencial, a excepción de casos específicos que requirieran atención inmediata. Las matronas coincidieron en que, por este motivo, la salud de las mujeres en el puerperio estuvo desprotegida.

Declive de los grupos de educación parental

Las matronas explicaron que los grupos de educación se cancelaron una vez declarada la pandemia. Mientras que en algunas regiones españolas no se reiniciaron hasta avanzada la pandemia, en otras se implementaron de forma virtual, lo que fue uno de los cambios que más perduró en el tiempo. Las matronas expresaron el modo en que percibieron que las mujeres acogían con resistencia este cambio de los grupos a la modalidad virtual por desconfianza y desconocimiento en el uso de las plataformas.

Para las matronas, implementar la telemedicina supuso un desafío, ya que no recibieron formación para adaptarse a esta nueva modalidad. Los principales cambios que hicieron fueron la disminución de la entrega de contenidos e información y el apoyo con estímulos visuales y auditivos en las presentaciones. La principal limitación identificada del cambio de modalidad en los grupos fue el impedimento de crear una red de apoyo con otras madres, que era uno de sus grandes beneficios. Mediante el contacto online la interacción no fue la misma, a pesar de los esfuerzos de las matronas.

Según los testimonios, tanto la asistencia como la participación en estos grupos se vieron claramente afectadas por el cambio de modalidad. Algunas matronas lo explicaron a raíz de la pérdida de actividades de dinamización del grupo unido a la desconfianza de las mujeres que hizo perder el interés en estas actividades. Sin embargo, las matronas coincidieron en que facilitó la participación de los padres debido a que pudieron coordinar mejor la asistencia con los horarios de trabajo y/o ver el contenido de forma diferida.

Esto, según las matronas, no solo tuvo que ver con la compatibilización de horarios, sino con la comodidad de no enfrentarse, en muchos casos solos, a un grupo de mujeres.

Tabla 3 Subcategorías, códigos y testimonios para categoría 1. «Cambios en la modalidad de atención en el embarazo y puerperio»

Subcategoría	Código	Testimonios
La priorización de las mujeres embarazadas	Embarazadas por sobre otras poblaciones vulnerables	<p>«La atención que se las ha dado, pues se las ha priorizado [a las embarazadas]. La verdad se las ha cuidado más que a otros pacientes vulnerables. Nosotros buscamos un circuito aparte para el recién nacido, para la embarazada, totalmente separado del resto de la población, que era poca, pero que también era vulnerable, que requería una asistencia presencial en plena crisis» (E11)</p> <p>«El inicio de la pandemia fue un caos total. Se suspendieron todas las consultas y entonces empezamos con un protocolo de actuación solo de embarazo» (E7)</p>
Puerperio desprotegido y aumento de visitas domiciliarias	Carencias y soluciones en un puerperio desprotegido	<p>«¿Sabes cuando más lo echaba de menos? [la presencialidad] en los postpartos en los cuales la mujer es más vulnerable. Está más sensible, a veces un simple abrazo pues reconforta un montón y esa incapacidad de poder darle un abrazo a mí me ha costado» (E1)</p> <p>«El puerperio domiciliario ha sido una revolución, porque dar de alta lo antes posible a la mujer y después ir a la casa a hacer el puerperio domiciliario creo que ha sido un avance importantísimo. Que la mujer no se tenga que dirigir al centro para hacer el posparto, porque donde tiene que estar la mujer es en casa con su bebé y debemos ser nosotros quien nos desplazemos para ver su entorno. Reforzar la lactancia, darle soporte, cuidados del bebé» (E15)</p>
El declive de los grupos de educación parental	Pasando de lo presencial a lo virtual	<p>«Todo lo que es actividad comunitaria grupal, grupos de educación para la salud, pues desde grupos de masaje infantil, grupos de soporte a la lactancia, grupo de preparación al nacimiento, grupales de reeducación de suelo pélvico. Todo esto fue una de las primeras medidas que se restringió» (E15)</p> <p>«Al principio se suspendieron, se suprimieron durante dos semanas, que fue cuando se decretó el estado de alarma y luego siguieron canceladas. Se retomó online cuando ya estamos hablando de junio/julio. Fueron un montón de meses donde las mamás se quedaron sin esa educación maternal» (E13)</p>
	Desconfiando en el nuevo formato de atención	«Como que no confiaban en que este formato iba a aportar algo, pero tal como fue transcurriendo la pandemia, se iba instalando cada vez más en nuestro día a día y se iba viendo que esto no iba a ser una cosa de dos días, pues ya hubo muchas menos resistencias a los grupos online. Porque no había alternativa posible» (E4)
	Falta de formación y herramientas	«Y tendrían también que darnos herramientas de cómo llevar un grupo online, que eso no sé si se ha dado. Al menos yo no las he recibido. Entonces también aprender a lo mejor otras herramientas [...]. Porque si no, a mí me da la sensación de que puede ser muy unidireccional» (E6)
	Adaptando material educativo	«Yo sí que me he notado, que he intentado priorizar en la información que les doy. Y hacerlo de una forma más directa y quedarme con lo importante» (E1)

Tabla 3 (continuación)

Subcategoría	Código	Testimonios
	Virtualidad como barrera para crear redes de apoyo	«Sobre todo, la parte más desfavorable es que no pueden hacer un grupo o les cuesta más, porque normalmente antes de entrar en el grupo o después hay conversaciones. Cuando ya llevan unas semanas se va construyendo un poco de red. Y esto en los grupos virtuales ha costado un poco más: al final se han dado el móvil, han hecho un grupo de WhatsApp y están en contacto, pero es un poco más largo y un poco más frío» (E4)
	Disminución de la participación en los grupos de educación parental	«Mi experiencia es que, por supuesto, la participación no es la misma. ¿Por qué? Porque las dinámicas que se pueden hacer in situ no tienen nada que ver, es decir, hay dinámicas que no son aplicables [...] el espacio de discusión entre ellas, pues claro, es muy difícil de generar porque no es factible» (E15)
	Mayor participación de hombres en grupos de educación parental virtuales	«Los hombres, un gran hándicap es las horas de trabajo que tienen y que no les dejan asistir a su trabajo para venir al grupo. Pero de esta forma con los directos, como los dejo colgados [en redes sociales] durante todo el tiempo, que está el grupo activo durante dos meses, los pueden ver las veces que quieran [...] Tampoco se sienten tan bichos raros. Porque cuando viene uno solo, debe tener las cosas muy claras para venir a un grupo con ocho o diez mujeres y ser un hombre solo» (E8) «No se conectan mucho y los que se conectan están calladitos, no sé si les da más vergüenza o qué. Están tan callados. Y a veces ni se asoman y de repente escucho una voz masculina, y es como a ver quién está por ahí, no se ha presentado» (E10)

La virtualidad les permitió participar con menos presión y más facilidad, sin sentirse «bichos raros» ni resaltar demasiado.

Implementación de la telemedicina en un escenario cambiante (tabla 4)

El lado positivo de la telemedicina y sus aportaciones durante la pandemia

Según las matronas, la implementación de la telemedicina posibilitó mantener la atención a las mujeres, que, de otro modo, se hubiera cancelado por las medidas restrictivas de la pandemia. Las principales ventajas reportadas fueron: ahorro de tiempo por consultas telefónicas, lo que permitió dedicarlo a visitas que lo requerían y una mayor accesibilidad a población migrante, rural y para quienes la presencialidad es un impedimento para acudir al centro de salud. El uso de las nuevas tecnologías permitió mayor accesibilidad, difusión y alcance de la información, favoreciendo la vinculación de otros integrantes de la familia.

El lado negativo de la telemedicina

La pérdida de cercanía con las mujeres y de calidez en la atención sanitaria fue una de las principales dificultades reportadas por las matronas. Tuvieron la sensación de per-

derse información valiosa en la valoración a las mujeres, principalmente por el rol que juega el lenguaje paraverbal y el vínculo de confianza con las mujeres.

Asimismo, el acceso a aparatos tecnológicos o conexión a internet estable fue identificado como una limitación para las mujeres. Esta brecha digital también se extendió a las matronas, por la falta de recursos tecnológicos en los centros de salud que retrasó la implementación de visitas virtuales de formación a las matronas para el uso de estas nuevas herramientas tecnológicas. Esto requirió que aprendieran de forma autodidacta a utilizarlas, sobre todo las que no eran nativas digitales.

Dificultades y limitaciones en la implementación de la telemedicina

Las matronas fueron autocríticas respecto a su propia labor y reportaron limitaciones en la atención a las mujeres. Por ejemplo, la priorización de la prevención del contagio por COVID-19 frente a otras necesidades de mujeres embarazadas y puérperas; el retraso en el reinicio de la presencialidad tanto de las visitas como de los grupos de educación parental, en muchos casos relacionado con la comodidad de las profesionales; la restricción a los padres para acudir a visitas de forma prolongada, a pesar de la importancia que tiene en el bienestar de las mujeres e hijas/os. Una de las

Tabla 4 Subcategoría, códigos y testimonios para categoría 2. «Implementación de la telemedicina en un escenario cambiante»

Subcategoría	Códigos	Testimonios
El lado positivo de la telemedicina y sus aportaciones durante la pandemia	Mayor alcance, difusión y accesibilidad de la atención sanitaria	«La ventaja es que puedes llegar a todo el mundo que le interese. Da igual donde esté, da igual cuánto tiempo tenga para venir o no venir. Quiero decir que hay veces que dices: “ostras, si me tengo que desplazar y llego y voy y vuelvo y tal”; pues paso, ya no me apunto» (E15) «Ahora mismo hay mucha más información, mucha más gente escuchando la clase de alimentación del recién nacido que antes [...] Porque cuando lo escucha solamente la mujer no llegan a ninguna parte, simplemente a juzgarla a ella. Para determinados temas, había algunas de las mujeres que me decían que si podía venir su madre. Ahora lo tienen fácil, porque ahora tú escuchas un video, lo ves y le dices a tal persona escucha esto» (E8)
El lado negativo de la telemedicina	Limitaciones de falta de comunicación no verbal	«Cuando tú estás delante de la otra persona, en la comunicación no verbal, te da pistas de dónde tienes que andar. Nivel físico a nivel psicológico, pienso, pero por teléfono te falta esa conexión presencial. Entonces se escapan cosas que sí que necesitamos en la consulta, a nivel emocional, sobre todo mujeres que hayan tenido una depresión posparto o que tuvieran el riesgo de desarrollarla. Por teléfono es complicado hablar de ese tema» (E13)
	Factores que influyeron en el acceso a la telemedicina de matronas y mujeres	«Mis pacientes no es que tengan un nivel económico elevado. Muchas no tenían teléfono, la cobertura iba fatal. Muchas no tienen internet. Y si tienen internet, no tienen dispositivos para poder acceder a las clases virtuales [...] Entonces también tienes que contar no solo con tus medios, con los que te dan a ti, sino con los medios de la mujer» (E1) «No nos habían facilitado una plataforma online para trabajar. O sea que si hacíamos grupos era pues con nuestros perfiles de teams o de Skype [...] La edad a veces sí que va un poco ligada de que no son nativas digitales. Era muy difícil para algunas personas empezar en estos temas sin formación ni nada» (E4)
Dificultades y limitaciones en la implementación de la telemedicina	Autocrítica de las matronas a las necesidades de las mujeres durante la pandemia	«Pero es cierto que quizá podríamos haber utilizado un poco menos la consulta telefónica y el tema de la presencialidad, yo creo que también se podría haber retomado antes. Al igual que el acompañamiento en la consulta» (E10) «Sí que hubo un momento en el que las restricciones llegaron al punto de que no podían ser acompañadas a las visitas las embarazadas. Esto sí que fue algo que, con muy buen criterio, la población nos hizo saber que no era correcto. Y comparto totalmente su opinión en la medida en que la gestación no es un proceso de la mujer» (E15)
	«Falta de la figura del padre»	«Creo que le están quitando el inicio de la creación del vínculo con el hijo y de la participación [...] como el rol de padre en todo el seguimiento del embarazo. Entonces yo diría que eso es como la mella más grande que está dejando todo el tema de la pandemia en el embarazo y en el puerperio, la falta de la figura del padre» (E13)

Tabla 5 Códigos y testimonios para la categoría 3. «Reacciones de las mujeres a la atención mediante telemedicina»

Código	Testimonios
Aumento de la soledad en las mujeres puérperas y embarazadas	«Pues yo creo que un poco a nivel psicológico de las mujeres les ha afectado el tema de la pandemia, porque ha sido una mezcla para ellas. Entre el miedo, la incertidumbre y la soledad. De todas las que han sido primerizas y no es a falta de tener familia, eso ha sido para mí, yo lo puntualizaría porque ha sido de destacar a nivel psicológico» (E13)
Desconfianza por incertidumbre y cambios constantes de directrices	«Por parte de nosotras, de la matrona, estaban contentas y al principio estaban descolocadas. Pero una cosa que sí que me di cuenta, que a veces sí notaba por parte de ellas, desconfianza. No a nivel focalizado en las matronas, sino a nivel del sistema sanitario por la cantidad de controversias que se dieron desde el inicio de la pandemia» (E13) «Y yo tengo que estar rebuscando todos los días. La administración a nivel nacional te dice una cosa y a nivel autonómico te dice otra. Entonces, el usuario te viene a ti, tú ¿qué le vas a decir? Intentas más o menos esquivarlo. La usuaria es la que directamente está implicada contigo» (E5)
Percepción de mujeres de estar desatendidas	«Ellas tenían sensación de estar desatendidas. Porque llegaban a consulta y te decían es que no me están controlando»; «no me ha visto nadie». Cuando realmente estaban controladas. El hecho de que nadie las viera presencialmente o las vieran bastante menos les daba la sensación de que no te están controlando» (E7) «Ha habido muchas pacientes que tenían mi teléfono personal [...] La mujer estaba como muy desatendida» (E3)

Tabla 6 Códigos y testimonios para categoría 4. «Estrategias implementadas por las matronas para posibilitar cuidados humanizados»

Código	Testimonios
Estrategias que favorecen el cuidado humanizado	«Variar personas, entre ellas yo, nos pusimos las pilas, íbamos compartiendo el grupo de WhatsApp de las comadronas que echaba humo: “a mí me gusta esta plataforma y esta otra, y vamos probando”. Entonces íbamos descubriendo cosas, por ejemplo, nos conectábamos al grupo de otra» (E4) «Entonces tener ese vínculo, saber que tenías el teléfono para llamar. Les da más seguridad, aunque a lo mejor no tuvieran que utilizarlo, pero era un acceso directo. No era como el teléfono del centro de salud que sonaba y sonaba que estaba sobrecargado» (E3)
Estrategias implementadas para reemplazar grupos de educación parental	«En nuestro caso nos pusimos manos a la obra mi compañera y yo. Ella controlaba como hacer un blog. Entonces hicimos un blog muy rápido. En cuanto tuvimos cinco entradas lo publicamos» (E2) «La educación prenatal hubo que cortarla de golpe y porrazo y entonces, en plena primera ola, no podía haber educación prenatal. Y ahí es cuando hice lo de Instagram. Generé un perfil de Instagram privado, al que solamente tenían acceso las mujeres que estaban en ese grupo de educación prenatal. Les daba acceso y entonces hacía directos donde les contaba la charla que les tendría que contar [...]; como muchas de las matronas no estaban teniendo acceso a hacer grupos, lo dejé abierto para que cualquier mujer, hombre o el que se pudiera unir al perfil» (E8)

matronas comentó que la exclusión de los hombres afectó directamente a la implicación y al vínculo con sus recién nacidos.

Reacciones de las mujeres a la atención mediante telemedicina (tabla 5)

Las matronas percibieron que, pese a que las mujeres se adaptaron a la atención recibida, y que adoptaron actitudes compasivas con las profesionales por el contexto de la pandemia, la falta de presencialidad les hizo sentir desatendidas. Asimismo, percibieron que se produjo un aumento de la soledad en las mujeres tanto embarazadas como puérperas, lo que se sumó a la angustia y al miedo por la incertidumbre de la pandemia. Esto se sumó a la desconfianza que sintieron las mujeres, según las matronas, hacia el sistema sanitario por las directrices variables que se transmitieron a toda la población. Esto también lo vivieron las matronas, con los constantes cambios de protocolos y diferencias en la aplicación de medidas en cada comunidad autónoma, lo que les generó incertidumbre e inseguridad.

Estrategias implementadas por las matronas para posibilitar cuidados humanizados (tabla 6)

Las estrategias que han utilizado las entrevistadas para llevar a cabo un cuidado humanizado en este nuevo contexto han sido: facilitar el contacto directo o hasta su propio teléfono personal para ser más accesibles a las mujeres y aportarles tranquilidad; atender consultas y realizar seguimiento por correo electrónico; priorizar las visitas por videollamada sobre las telefónicas para transmitir mayor cercanía, y colaborar con otras matronas para resolver dudas y desafíos de la telemedicina por medio de grupos de WhatsApp®.

Respecto a la cancelación de los grupos de educación parental, se desplegaron estrategias para intentar reemplazarlos. Entre algunas de las medidas destacaron: remitir a las mujeres a páginas web con información fiable y contrastada por ellas mismas; creación de blogs donde las matronas escribían entradas con información; creación de perfiles en redes sociales, tanto como plataforma para la realización de grupos de educación parental online como vía de difusión de información; aprovechar los recursos de otras compañeras y derivar a las mujeres a esos espacios.

Aprendizajes para el futuro

Para mejorar la atención y la accesibilidad a los servicios sanitarios en tiempos de pandemia, sugirieron la necesidad de más recursos materiales y humanos, como más contestadores o personal para resolver todas las llamadas de las usuarias, aumentar el tiempo para realizar visitas, proveer de recursos materiales, como medios de transporte o plataformas digitales adecuadas, y de recursos humanos para responder a las visitas pendientes desde la COVID.

Discusión

Este estudio muestra que las matronas identificaron aspectos positivos y negativos de la implementación de la telemedicina, y tuvieron que desplegar estrategias para fomentar el cuidado humanizado y suplir la educación parental presencial.

La implementación de la telemedicina en APS durante la COVID-19 se llevó a cabo tanto en países europeos como de América Latina^{20,21}, a pesar de que no siempre fue exitosa. Tal y como se evidencia en los resultados de este estudio, su implementación se realizó según la fluctuación de la situación epidemiológica, lo que afectó a la toma de decisiones de los profesionales sobre qué protocolo seguir en cada momento^{11,20}. En el ámbito internacional²²⁻²⁴ también ha sido señalado que este tipo de prácticas ocasionaron una gran heterogeneidad en la respuesta sanitaria. Según otros estudios^{25,26}, en algunos casos estas fueron hasta incongruentes con buenas prácticas. Las profesionales manifestaron preocupación por los efectos a largo plazo que podían tener estas medidas¹¹. Por ejemplo, respecto a las consecuencias de la limitación de los padres en asumir una paternidad responsable²⁷.

Al igual que las profesionales de este estudio, la falta de cercanía en la relación con las mujeres fue identificada como una de las principales desventajas de la telemedicina^{12,23}. Otros estudios también concluyen que la telemedicina afecta el vínculo de confianza con la matrona por tener menos conexión, malas interpretaciones de la información proporcionada y menor comprensión mutua^{10,11}. Uno de los factores perjudiciales para la formación de este vínculo fue la falta de comunicación no verbal. Esta fomenta la confianza en la relación con las matronas y la valoración de las necesidades de las mujeres²².

La falta de formación para el uso de la telemedicina de las matronas y la brecha digital, más acusada en las matronas de mayor edad, fueron otras limitaciones reportadas en este estudio. Un estudio reciente también relaciona el nivel de competencia digital con la edad²⁸. Al igual que en este estudio, las matronas tuvieron que aprender de forma autodidacta para prestar atención telemática²¹. Para esto, en algunos contextos se utilizaron las redes sociales para educar en salud²³. En este sentido, es importante tener en consideración que los grupos en redes sociales moderados y supervisados por matronas potencian la educación para la salud^{29,30}.

El acceso a aparatos tecnológicos y redes de conexión estables, la falta de alfabetización digital y las barreras lingüísticas fueron limitaciones para las mujeres en el uso de la telemedicina, según las matronas entrevistadas en nuestro estudio. Estas cuestiones suelen agravarse en personas residentes en el ámbito rural o de bajos ingresos^{10,24}. Por otro lado, una preocupación reportada fue la falta de privacidad devenida de las consultas telemáticas, sobre todo para tratar temáticas sensibles, lo que se ratifica en un estudio realizado en el Reino Unido, donde las mujeres reconocieron sentirse cohibidas para hablar telemáticamente sobre temas

sensibles, como por ejemplo salud mental³¹ o violencia de género^{10,32}.

Diversos estudios^{24,32} coinciden en las ventajas de la telemedicina reportadas en este estudio, como el ahorro y la optimización del tiempo de consulta, una mayor accesibilidad, así como mejoras en la difusión y en el alcance de la información. Estas ventajas abren la posibilidad de pensar en el uso de la telemedicina más allá de la pandemia según las matronas de este estudio, dando paso a un formato de atención flexible entre lo presencial y lo virtual. Sin embargo, para esto es importante garantizar el acceso tecnológico y fomentar la confianza en el uso de estas herramientas tanto en los profesionales como en las personas atendidas^{11,24}.

El presente trabajo tiene limitaciones y fortalezas. El trabajo de campo se realizó después de la primera ola de la pandemia en España, por lo que las percepciones de las matronas son retrospectivas en los aspectos relativos al confinamiento. Además, hubo variaciones en la incidencia de la pandemia por COVID-19 y las directrices entre las diferentes comunidades autónomas, por lo que se debe tener en cuenta que la muestra de este estudio se circunscribe a matronas de cuatro comunidades autónomas españolas. Para asegurar la validez y la calidad de esta investigación cualitativa se siguieron los criterios propuestos por Lincoln y Guba³³, en base a los criterios de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad.

Como futuras líneas de investigación se sugiere evaluar la efectividad y la calidad de intervenciones protocolizadas de atención híbrida durante el embarazo y el puerperio para así identificar cuáles son las más efectivas para una futura implementación. Así también, se sugiere profundizar en las experiencias de mujeres embarazadas y púerperas que reciban esta atención híbrida.

Se puede concluir que el uso de la telemedicina posibilitó la atención de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, haciendo visibles diferentes ventajas que merecen ser tenidas en cuenta para plantear la posibilidad de avanzar hacia un formato híbrido de atención sanitaria en APS. Esto abre la posibilidad de nuevas formas de atención sanitaria y de seguimiento que pudieran ser aptas para poblaciones con necesidades especiales. En este sentido, es crucial tener en cuenta a las matronas tanto en la formulación de estrategias para el uso de la telemedicina en formato híbrido como en sus necesidades de formación. Se sugiere la implementación de programas de capacitación en competencias digitales tanto a nivel de profesionales como de la población en general.

Financiación

Ayuda para personal predoctoral en formación de la Universidad de Lleida, Jade Plus.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Las autoras quieren agradecer a las y los informantes por su tiempo y disposición a participar en este estudio y compartir sus experiencias.

Bibliografía

1. BOE-A-2020-3692. 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. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2021 [consultado 9 May 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>
2. Rocca-Ihenacho L, Alonso C. Where do women birth during a pandemic? Changing perspectives on Safe Motherhood during the COVID-19 pandemic. *J Glob Health Sci.* 2020;2:e4, <http://dx.doi.org/10.35500/jghs.2020.2.e4>.
3. Requena-Mullor M, García-González J, Wei R, Romero-del Rey R, Alarcón-Rodríguez R. The impact of COVID-19 on the monitoring of pregnancy and delivery of pregnant women in the Dominican Republic. *Healthcare (Basel).* 2022;10:2266, <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10112266>.
4. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: Findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health.* 2020;5:e002967, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002967>.
5. Global Observatory for eHealth series-Volume 2. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. World Health Organization; 2009.
6. Montagnoli C, Zanconato G, Ruggeri S, Cinelli G, Tozzi AE. Restructuring maternal services during the COVID-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery.* 2021;94:102916, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102916>.
7. Rousseau A, Gaucher L, Gautier S, Mahrez I, Baumann S. How midwives implemented teleconsultations during the COVID-19 health crisis: A mixed-methods study. *BMJ Open.* 2022;12:e057292, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057292>.
8. López Rodríguez RM, Soriano Villarreal I. Informe Salud y Género 2022: Aproximación multidisciplinaria a la pandemia por COVID-19. Ministerio de Sanidad; 2022.
9. Iglesias Constante SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto. *Matronas Prof.* 2015;16:44–9.
10. Kornelsen J, Nowaczek D, Johnson R, Mattei M, Moola S. Care providers' experiences with and attitudes towards virtual antenatal care: Findings from a qualitative study in British Columbia. *Digit Health.* 2022;8, <http://dx.doi.org/10.1177/20552076221131458>, 20552076221131458.
11. James S, Ashley C, Williams A, Desborough J, Mcinnes S, Calma K, et al. Experiences of Australian primary healthcare nurses in using telehealth during COVID-19: a qualitative study. *BMJ Open.* 2021;11:e049095, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049095>.
12. Hearn F, Biggs L, Wallace H, Riggs E. No one asked us: Understanding the lived experiences of midwives providing care in the North West suburbs of Melbourne during the COVID-19 pandemic: An interpretive phenomenology. *Women Birth.* 2022;35:447–57, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.008>.

13. 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. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:438, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-04724-w>.
14. González-Timoneda A, Hernández Hernández V, Pardo Moya S, Alfaro Blazquez R. Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women Birth*. 2021;34:465–72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.001>.
15. Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A, Perelló-Iñiguez C, Rodríguez-Garrido P. The COVID-19 pandemic in Spain: Experiences of midwives on the healthcare frontline. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:6516, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126516>.
16. Núñez Marrero J, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Sáez Rodríguez MJ, Martínez Alberto CE, Galdona Luis I, et al. La vídeo-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantación. *Ene*. 2021;15:3–21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000200002&lng=es
17. Feijóo Iglesias MB, Chorro LC, Escolar IB, Pascual AS, de la Peña Rodríguez MA, Diego RMA. Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1–1018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8069475>
18. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications; 2016. p. 488.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
20. Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves M.T.S.S.B., Poty NARC, Thomaz EBAF. From prenatal to postpartum care: changes in obstetric health services during the COVID-19 pandemic. *Enferm*. 2022;31, <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0206en>, e20220206.
21. Galle A, Semaan A, Huysmans E, Audet C, Asefa A, Delvaux T, et al. A double-edged sword—telemedicine for maternal care during COVID-19: Findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. *BMJ Global Health*. 2021;6:e004575, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004575>.
22. Appelman IF, Thompson SM, van den Berg LMM, van der Wal JTG, de Jonge A, Hollander MH. It was tough, but necessary. Organizational changes in a community-based maternity care system during the first wave of the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis in the Netherlands. *Plos One*. 2022;17:e0264311, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0264311>.
23. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez Díaz L, Gómez-Salgado J, Vázquez Lara JM. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94:1–56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721383>
24. Madden N, Emeruwa UN, Friedman AM, Aubey JJ, Aziz A, Baptiste CD, et al. Telehealth uptake into prenatal care and provider attitudes during the COVID-19 pandemic in New York City: A quantitative and qualitative analysis. *Am J Perinatol*. 2020;37:1005–14, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712939>.
25. Stulz VM, Bradfield Z, Cummins A, Catling C, Sweet L, McInnes R, et al. Midwives providing woman-centred care during the COVID-19 pandemic in Australia: A national qualitative study. *Women Birth*. 2022;35:475–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.006>.
26. Leung C, Olufunlayo T, Olateju Z, MacArthur C, Taylor B. Perceptions and experiences of maternity care workers during COVID-19 pandemic in Lagos State, Nigeria; a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:606, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08009-y>.
27. Cabrera NJ, Volting BL, Barr R. Fathers are parents, too! Widening the lens on parenting for children's development. *Child Dev Perspect*. 2018;12:152–7, <http://dx.doi.org/10.1111/cdep.12275>.
28. Reixach E, Andrés E, Ribes JS, Gea-Sánchez M, López AA, Cruañas B, et al. Measuring the digital skills of Catalan health care professionals as a key step toward a strategic training plan: Digital competence test validation study. *J Med Internet Res*. 2022;24:e38347. Disponible en: <https://www.jmir.org/2022/11/e38347/metrics>
29. Lara MA, Navarrete L, Medina E, Patiño P, Tiburcio M. Impact of Facebook on social support and emotional wellbeing in perinatal women during three waves of the COVID-19 pandemic in Mexico: A descriptive qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:2472, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20032472>.
30. McCarthy R, Byrne G, Brettle A, Choucri L, Ormandy P, Chatwin J. Midwife-moderated social media groups as a validated information source for women during pregnancy. *Midwifery*. 2020;88:102710, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102710>.
31. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: A qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:600, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2>.
32. Jones IHM, Thompson A, Dunlop CL, Wilson A. Midwives' and maternity support workers' perceptions of the impact of the first year of the COVID-19 pandemic on respectful maternity care in a diverse region of the UK: A qualitative study. *BMJ Open*. 2022;12:e064731, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064731>.
33. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications; 1985. p. 416.