
Análisis de fiabilidad y utilidad de la adecuación obstétrico-ginecológica del Sistema Estructurado de Triage® (SET) mediante simulación clínica

Reliability and utility analysis of the obstetric-gynecologic appropriateness of the SET Sistema Estructurado de Triage® using clinical simulation

M.^a Pilar Costa-Gil^{1,2}, Mireia Subirana-Casacuberta², Alexandra García-Muriana¹, Beatriz Fernández-Parralejo³, Martina Pérez-Pérez², Ester Risco²

El triaje obstétrico es un elemento clave para garantizar una atención segura y oportuna en el ámbito de la salud materno-infantil en los servicios de urgencias¹⁻³. La utilización de sistemas estructurados de priorización permite mejorar la asignación de recursos y reducir retrasos en la atención^{4,5}, si bien las escalas específicas

disponibles presentan limitaciones en su validez y fiabilidad⁶⁻¹³. En el Consorcio Corporació Sanitària Par Taulí (CCSPT) de Sabadell (Barcelona), el Sistema Estructurado de Triage® (SET) se utiliza desde 2009¹⁴, gestionado por matronas. Tras analizar su funcionamiento en más de 63.000 episodios de triaje

obstétrico, observamos que la priorización asignada no fue determinante para el inicio de atención clínica completa, e identificamos que una elevada proporción de niveles de alta prioridad no se correspondía con indicadores indirectos de complejidad asistencial. Ello sugiere una posible sobrestimación de los casos. A partir

de estos hallazgos, y mediante revisión de la literatura y consenso de expertos, se desarrolló una versión obstétrica-ginecológica del SET modificada y adaptada a este contexto. El objetivo de este estudio fue evaluar la fiabilidad de esta nueva versión en un entorno de simulación clínica¹⁵ y valorar la funcionalidad percibida por los profesionales.

Se realizó un estudio de investigación psicométrica, observacional y explicativo en un entorno de simulación informática¹⁵ entre octubre y diciembre del 2024 en el CCSPT de Sabadell, con 50 casos representativos de urgencias obstétrico-ginecológicas, diseñados a partir de la experiencia clínica del equipo investigador. Participaron 32 profesionales sanitarios (matronas, matronas residentes, enfermeros y obstetras) con experiencia asistencial y con una base formativa previa sobre la nueva herramienta, que realizaron los triajes de los mismos casos en dos momentos separados en el tiempo (T1 y T2). Se utilizó como estándar de referencia (TS) una clasificación consensuada por expertos, que incluyó instructores de la actividad y al autor del SET. Dispusimos de una versión digital en preproducción, que incorporaba a su programa informático las nuevas reglas de decisión consensuadas y que permitió realizar y registrar automáticamente los triajes. La concordancia o fiabilidad interprofesional se evaluó en tres situaciones distintas: T1 vs TS, T2 vs TS y T1 vs T2. En la fiabilidad intraprofesional se analizó la estabilidad de las mediciones cuando un profesional se encuentra en otro momento con la misma situación.

Se recogieron características de los casos clínicos, de los profesionales y datos de los triajes realizados (nivel de triaje). Los análisis estadísticos se realizaron con el software R y RStudio, versión 4.5.9 y 2025, 05.0 Build 496 (Viena, Austria). Se emplearon porcentajes de coincidencia para cuantificar el grado de acuerdo entre los evaluadores: concordancia modal exacta (CME) y la concordancia modal con tolerancia ± 1 (CM1). Se utilizó el índice kappa ponderado cuadrático de Cohen y Fleiss para evaluar la concordancia inter e intra-observador. Se consideró el índice kappa ponderado de van de Wulp y van Stel, por tratarse de un esquema alternativo que estima las diferencias de equivocarse en dos o más niveles. Se calculó el intervalo de confianza (IC) al 95% para establecer los límites de precisión de las estimaciones. Se analizó la correlación de Kendall para medir el grado de concordancia entre las clasificaciones ordinales de diferentes evaluadores. Además, los participantes completaron una encuesta de utilidad del nuevo aplicativo informático (escala Likert). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica del CCSPT (código: 2021/5026).

Tabla 1. Descripción de las variables de las pruebas de fiabilidad (casos clínicos y profesionales)

Características de los casos clínicos (N: 50)	Frec.	(%)
Distribución por rangos		
Obstétrico	37	74,0
< 22 semanas	15	40,5
≥ 22 semanas y < 37 semanas	15	40,5
≥ 37 semanas	7	19,0
Puerperal: Puerperio (24 h a 6 semanas desde parto)	3	6,0
Ginecológico	10	20,0
Distribución por nivel de triaje materno (TS)		
Nivel I	3	6,0
Nivel II	18	36,0
Nivel III	14	28,0
Nivel IV	12	24,0
Nivel V	3	6,0
Distribución de los motivos de consulta		
Choque	1	2,0
Otros problemas y complicaciones del estado fetal, sin especificar	3	6,0
Pérdida o sangrado en fase temprana del embarazo, no especificada	4	8,0
Falta de ánimo y depresión	2	4,0
Hipertensión materna: sin especificar	3	6,0
Dolor abdominal	2	4,0
Malestar general sin especificar	1	2,0
Vómitos excesivos en el embarazo	4	8,0
Convulsiones	1	2,0
Pérdida o sangrado en fase avanzada del embarazo, sin especificar	3	6,0
Preeclampsia, sin especificar	1	2,0
Síndrome miccional con fiebre y dolor lumbar o abdominal	1	2,0
Disnea en paciente previamente sano	1	2,0
Prurito	1	2,0
Atención materna por crecimiento fetal insuficiente por insuficiencia placentaria conocida o sospechada	1	2,0
Signos y síntomas de inicio de parto entre las 22-36 semanas de gestación	1	2,0
Rotura de membranas pretérmino	1	2,0
Trabajo de parto prematuro	1	2,0
Parto extrahospitalario sin alumbramiento	1	2,0
Disminución o ausencia de movimientos fetales	2	4,0
Parto en curso	1	2,0
Signos y síntomas de inicio de parto en o después de la 37 semana de gestación	1	2,0
Hemorragia vaginal y/o uterina	2	4,0
Dispareunia, coito doloroso	1	2,0
Dolor pélvico (agudo o crónico) relacionado con neoplasia	1	2,0
Síntomas y dolor pélvico en la mujer	2	4,0
Amenorrea: sin especificar	1	2,0
Otros tipos de inflamación vaginal y vulvar sin especificar	1	2,0
Bulto no especificado en la mama	1	2,0
Hemorragia en el puerperio	1	2,0
Cefalea relacionada con la anestesia en el puerperio	1	2,0
Mastitis asociada con la lactancia	1	2,0
Síntomas menstruales de exceso, menstruación excesiva o frecuente, menometrorragia, hipermenorrea, polimenorrea	1	2,0
Clasificación del riesgo obstétrico		
Normal/bajo	27	54,0
Medio	7	14,0
Alto	14	28,0
Muy alto	2	4,0
Ubicación/Destino		
Sala de espera	11	22,0
Área de emergencia - quirófano	2	4,0
Área de exploración - asistencia médica	13	26,0
Área de observación - monitorización fetal	11	22,0
Área de observación - control materno	9	18,0
Área de observación - tratamiento	1	2,0
Área de partos de alto y muy alto riesgo	2	4,0
Área de partos de medio y bajo riesgo/baja intervención	1	2,0

(Continúa)

Tabla 1. Descripción de las variables de las pruebas de fiabilidad (casos clínicos y profesionales) (Continuación)

Características de los participantes (n: 32)	Frec.	(%)
Perfil profesional		
Matrona (M)	9	28,1
Matrona Residente (MR)	8	25,0
Enfermera (Enf)	12	37,5
Médico (MOB)	3	9,4
Edad		
20-29 años	14	44,0
30-39 años	7	22,0
40-49 años	7	22,0
≥ 50 años	4	12,0
Años de experiencia		
≤ 5 años	12	38,0
6-9 años	7	22,0
10-20 años	4	12,0
> 20 años	9	28,0

Triage estándar o teórico: se trata del resultado clínico establecido y consensado por el equipo de expertos con la supervisión del autor del SET (Dr. Gómez Jiménez).

Se analizaron un total de 3.166 mediciones de triaje de las 3.200 esperadas (Tabla 1). La edad media de los profesionales participantes fue de 35 años (DE: 11), y la experiencia media de 12 años (DE: 10).

Se obtuvieron unos valores de CME y CM1 altos en las tres comparaciones estudiadas (Tablas 2 y 3). El estudio muestra una elevada fiabilidad entre profesionales (Kappa globales > 0,90), con porcentajes de sobretriage y subtriage bajos. Los índices kappa, basados en el diseño de van der Wulp y van Stel, son algo inferiores (kappa > 0,89), pero siguen mostrando una alta fiabilidad (Tabla 3).

El análisis muestra una alta reproducibilidad o fiabilidad intraprofesional (Tabla 4), como indica la media del coeficiente kappa (0,933, DE 0,069) y la correlación de Kendall (0,913, DE 0,083). La mayoría de los participantes tuvieron niveles de acuerdo cercanos al 100% cuando se

permiten tolerancias de un nivel.

La valoración de la herramienta por parte de los profesionales fue globalmente favorable. Los participantes destacaron su facilidad de uso, la claridad en la toma de decisiones y su aplicabilidad en la práctica clínica, lo que sugiere una buena aceptación del sistema y una adecuada integración en el proceso de triaje.

El análisis de las características de los profesionales no mostró diferencias estadísticamente significativas (ANOVA) en los niveles de acuerdo en función de edad, experiencia o categoría profesional.

Los resultados de este estudio muestran un elevado grado de acuerdo entre profesionales, una alta correlación con el estándar (opinión de expertos) y una elevada estabilidad de las respuestas intraprofesionales. Estos hallazgos son especialmente relevantes en un contexto en el

Tabla 2. Comparación en la asignación del nivel de triaje

Nivel triaje	I	II	III	IV	V	Total
Comparación T1 vs TS						
I	89	5	0	0	0	94
II	2	526	29	9	0	566
III	1	21	395	24	5	446
IV	0	1	0	369	11	381
V	0	0	5	4	87	96
Total	92	553	429	406	103	1.583
Comparación T2 vs TS						
I	85	5	2	0	0	92
II	0	521	35	15	1	572
III	1	14	390	31	6	442
IV	0	0	3	364	14	381
V	0	0	10	4	82	96
Total	86	540	440	414	103	1.583
Comparación T1 vs T2						
I	81	4	3	0	0	88
II	3	495	40	9	1	548
III	1	30	367	22	4	424
IV	0	2	18	372	11	403
V	0	0	9	8	86	103
Total	85	531	437	411	102	1.566

T1: primer triaje. T2: segundo triaje. TS: triaje estándar.

que las herramientas específicas disponibles presentan resultados variables en términos de fiabilidad^{1,2,12,13}.

La estructura algorítmica del SET, basada en reglas predefinidas y árboles de decisión correlacionados, podría contribuir a reducir la variabilidad en la interpretación clínica y favorecer una mayor homogeneidad en la asignación de niveles de urgencia. Asimismo, la formación previa de los participantes apoyada en simulación clínica probablemente ha influido en la elevada concordancia observada, que son considerados por la evidencia como elementos clave para optimizar el rendimiento de los sistemas de triaje^{1,3,5,15}.

La elevada reproducibilidad intraprofesional observada en este estudio indica que el sistema mantiene estabilidad en el tiempo para un mismo evaluador, lo que constituye una propiedad esencial en herramientas de triaje estructurado⁷⁻¹⁰. Este aspecto resulta especialmente importante para su implantación en entornos asistenciales diferentes donde las decisiones deben tomarse de forma rápida y consistente.

Asimismo, la ausencia de diferencias relevantes entre perfiles profesionales sugiere que el sistema puede ser aplicado de forma consistente en equipos multidisciplinares², lo que refuerza su potencial utilidad en la práctica clínica real. Si bien en este estudio primaban los objetivos psicométricos de la escala más que las capacidades inherentes de los profesio-

Tabla 3. Valoración estadística de los acuerdos o fiabilidad interobservador: consistencia de las mediciones realizadas por diferentes observadores en las tres situaciones estudiadas

Métricas	Comparación T1 vs TS	Comparación T2 vs TS	Comparación T1 vs T2
Porcentaje de concordancia	CME: 91,62% CM1: 98,67%	CME: 90,12% CM1: 96,75%	CME: 97,56% CM1: 96,06%
Kappa global (IC: 95%) ^a	0,947 (0,935-0,959)	0,926 (0,911-0,941)	0,924 (0,909-0,939)
Nivel I	0,954 (0,923-0,986)	0,952 (0,920-0,985)	0,933 (0,893-0,972)
Nivel II	0,907 (0,886-0,929)	0,903 (0,881-0,925)	0,874 (0,849-0,900)
Nivel III	0,866 (0,838-0,893)	0,840 (0,810-0,870)	0,797 (0,763-0,830)
Nivel IV	0,917 (0,894-0,942)	0,888 (0,861-0,914)	0,884 (0,857-0,910)
Nivel V	0,866 (0,814-0,918)	0,812 (0,725-0,873)	0,828 (0,770-0,885)
Kappa alternativo (IC 95%) ^b	0,927 (0,913-0,942)	0,909 (0,893-0,925)	0,892 (0,874-0,909)

T1: primer triaje. T2: segundo triaje. TS: triaje estándar.

CME: concordancia modal exacta. CM1: concordancia modal con tolerancia ± 1 .

^aÍndice kappa ponderado (coeficiente de Cohen) global y para cada nivel tratados como categoría binaria.

^bÍndice Kappa alternativo diseñado por van der Wulp y van Stel.

nales, la disponibilidad de matronas se ha relacionado con una disminución del tiempo total de estancia en urgencias y con un aumento de la calidad percibida por parte de las mujeres en el triaje de los SUH^{1,3,4,5,14}.

Este estudio presenta algunas limitaciones. La evaluación en un entorno controlado y previsible de simulación clínica limita la extrapolación directa a la práctica real, donde intervienen factores adicionales como la presión asistencial, la disponibilidad de recursos y la interacción con el paciente. El carácter voluntario de la participación y la distribución desigual de los perfiles profesionales podrían limitar la generalización de los resultados. Por último, sin indicadores de referencia precisos, aceptamos el consenso de expertos como triaje estándar, lo que podría influir en los resultados de concordancia observados, aunque este enfoque es habitual en estudios de validación cuando no existe un patrón de referencia claramente definido. No obstante, el uso de simulación clínica permitió un control riguroso y homogéneo de las condiciones de formación y de evaluación, y una comparación estandarizada de las clasificaciones, lo cual constituyó una fortaleza metodológica relevante para el análisis de la fiabilidad¹⁵.

En conclusión, la nueva adecuación obstétrico-ginecológica del SET mostró una elevada fiabilidad inter e intraobservador y una buena aceptación por parte de los profesionales en un entorno controlado de simulación clínica. Estos resultados apoyan su potencial utilidad como herramienta estandarizada de triaje en las urgencias obstétrico-ginecológicas, si bien son necesarios estudios en condiciones clínicas reales que permitan confirmar su aplicabilidad y su impacto asistencial.

Bibliografía

- Angelini D, Howard E. Obstetric triage: a systematic review of the past fifteen years: 1998-2013. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2014;39:284-97.
- Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 667: Hospital-based triage of obstetric patients. *Obstet Gynecol.* 2016;128:228.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternity triage. Good Practice Paper No. 17. Londres: RCOG; 2023.
- Paisley KS, Wallace R, DuRant PG. The development of an obstetric triage acuity tool.

Tabla 4. Valoración estadística de los acuerdos o fiabilidad intraobservador: consistencia de las mediciones realizadas por un solo observador en diferentes momentos

Profesional	τ	CME (%)	Kappa ^a (IC 95%)	Kappa ^b (IC 95%)
Ob1	0,898	85,417	0,935 (0,886-0,983)	0,867 (0,769-0,964)
Ob2	0,986	96,000	0,982 (0,959-1,000)	0,980 (0,955-1,000)
Ob3	0,983	98,000	0,991 (0,972-1,000)	0,977 (0,930-1,000)
Ob4	0,947	91,667	0,964 (0,928-1,000)	0,947 (0,898-0,997)
Ob5	0,611	67,391	0,674 (0,494-0,854)	0,586 (0,394-0,778)
Ob6	0,948	94,000	0,972 (0,939-1,000)	0,947 (0,886-1,000)
Ob7	0,768	78,723	0,810 (0,674-0,947)	0,757 (0,605-0,908)
Ob8	0,940	91,837	0,964 (0,926-1,000)	0,939 (0,879-0,998)
Ob9	1,000	100,000	1,000 (1,000-1,000)	1,000 (1,000-1,000)
Ob10	0,935	91,837	0,959 (0,916-1,000)	0,937 (0,875-0,998)
Ob11	0,801	79,545	0,845 (0,722-0,968)	0,743 (0,577-0,910)
Ob12	0,986	98,000	0,991 (0,973-1,000)	0,988 (0,965-1,000)
Ob13	0,814	79,592	0,850 (0,735-0,966)	0,805 (0,679-0,930)
Ob14	0,905	88,000	0,912 (0,830-0,993)	0,843 (0,719-0,967)
Ob15	0,968	95,918	0,980 (0,952-1,000)	0,965 (0,917-1,000)
Ob16	0,900	85,714	0,915 (0,841-0,989)	0,893 (0,818-0,968)
Ob17	0,953	98,000	0,963 (0,889-1,000)	0,960 (0,882-1,000)
Ob18	0,964	95,833	0,981 (0,953-1,000)	0,960 (0,904-1,000)
Ob19	0,970	96,000	0,981 (0,955-1,000)	0,973 (0,936-1,000)
Ob20	0,992	98,000	0,991 (0,974-1,000)	0,984 (0,953-1,000)
Ob21	0,934	95,918	0,952 (0,874-1,000)	0,944 (0,858-1,000)
Ob22	0,899	94,000	0,913 (0,806-1,000)	0,895 (0,776-1,000)
Ob23	0,947	93,878	0,972 (0,938-1,000)	0,937 (0,865-1,000)
Ob24	0,939	91,837	0,968 (0,934-1,000)	0,930 (0,862-0,999)
Ob25	0,927	90,000	0,954 (0,911-0,997)	0,928 (0,866-0,990)
Ob26	1,000	100,000	1,000 (1,000-1,000)	1,000 (1,000-1,000)
Ob27	0,797	74,000	0,860 (0,767-0,953)	0,758 (0,628-0,887)
Ob28	0,829	87,755	0,858 (0,731-0,985)	0,818 (0,670-0,967)
Ob29	0,867	87,500	0,902 (0,803-1,000)	0,857 (0,738-0,976)
Ob30	0,965	96,000	0,978 (0,946-1,000)	0,950 (0,881-1,000)
Ob31	0,927	94,000	0,945 (0,868-1,000)	0,930 (0,842-1,000)
Ob32	0,915	95,918	0,908 (0,750-1,000)	0,946 (0,865-1,000)

τ : Correlación de Kendall. CME: concordancia modal exacta.

^aÍndice de Kappa ponderado (coeficiente de Cohen).

^bÍndice de Kappa alternativo diseñado por Ineke van der Wulp y Henk F. van Stel.

- MCN Am J Matern Child Nurs. 2011;36:290-6.
- Ruhl C, Garpiel SJ, Priddy P, Bozeman LL. Obstetric and fetal triage. *Semin Perinatol.* 2020;44:151240.
- Smithson DS, Twohey R, Rice T, Watts N, Fernandes CM, Gratton RJ. Implementing an obstetric triage acuity scale: interrater reliability and patient flow analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209:287-93.
- Gratton RJ, Bazaracai N, Cameron I, Watts N, Brayman C, Hancock G, et al. Acuity assessment in obstetrical triage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:125-33.
- Ruhl C, Scheich B, Onokpise B, Bingham D. Interrater reliability testing of the maternal fetal triage index. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015;44:710-6.
- Kenyon S, Hewison A, Dann SA, Easterbrook J, Hamilton-Giachritsis C, Beckmann A, et al. The design and implementation of an obstetric triage system for unscheduled pregnancy-related attendances: a mixed methods evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:309.
- Veit-Rubin N, Brossard P, Gayet-Ageron A, Montandon CY, Simon J, Irion O, et al. Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study. *BJOG.* 2017;124:1867-73.
- Lindroos L, Korsoski R, Öhman MO, Elden H, Karlsson O, Sengpiel V. Improving assessment of acute obstetric patients: introducing a Swedish obstetric triage system. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:1207.
- Rashidi Fakari F, Simbar M, Zadeh Modares S, Alavi Majd H. Obstetric triage scales: a narrative review. *Arch Acad Emerg Med.* 2019;7:e13.
- Moudi A, Iravani M, Najafian M, Zareiyan A, Forouzan A, Mirghafourvand M. Obstetric triage systems: a systematic review of measurement properties. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20:275.
- Obregón-Gutiérrez N, Rebollo-Garriga G, Costa Gil MP, Puig-Calsina S, Calle-Del Fresno S, Garrido Domínguez M. El triaje obstétrico: nuevo reto para las matronas. Experiencia del Hospital Parc Taulí en la implementación de un sistema de triaje obstétrico. *Matronas Prof.* 2011;12:49-53.
- Hernández Ruipérez T. Diseño y validación de un modelo docente en triaje de urgencias [tesis doctoral]. Murcia: Universidad Católica de San Antonio; 2016.

Conflicto de intereses: Para llevar a cabo los estudios de validación en el Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT) de Sabadell, el Institut d'innovació i investigació Parc Taulí (I3PT) firmó un contrato, sumándose a un acuerdo de intenciones previo, con la empresa ESBARZER S.L., empresa que posee la propiedad intelectual e industrial del SET Sistema Estructurado de Triage® y con la empresa Tree Technology S.A., empresa tecnológica desarrolladora y comercializadora del aplicativo informático del SET Sistema Estructurado de Triage®, que contempla entre otros puntos la contraprestación para hacer frente a los trabajos del equipo investigador. Que la contraprestación económica es la única derivada del citado estudio, y que no existe ninguna otra compensación económica ni en especie que pueda ser directa o indirectamente atribuible a este acuerdo. El acuerdo entre I3PT, ESBARZER S.L. y Tree Technology S.A., incluía el consenso y la supervisión del Dr. Josep Gómez Jiménez (autor del SET Sistema Estructurado de Triage®) y el desarrollo y prestación de una versión en preproducción informatizada para llevar a cabo los estudios de fiabilidad y validez de la versión obstétrico-ginecológica.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. Este manuscrito se ha podido llevar a término con el apoyo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, dentro de la convocatoria de ayudas 2024 del Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud (PERIS) 2022-2027, en el ámbito: impacto en la salud y el bienestar de las personas, con el código SLT035/24/000013. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica del CCSPT de Sabadell.

Agradecimientos: A la Associació Catalana de Llevadors (ACLL) y la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia (SCOG) por los acuerdos de colaboración con I3PT que facilitaron la formación de un grupo de expertos de nuestra especialidad para llevar a cabo un proceso Delphi, cuyo informe final consolidó la base clínica para la adecuación de la escala obstétrico-ginecológica del SET Sistema estructurado de Triage®. Al equipo técnico del Servicio de Informática del CCSPT de Sabadell y a Tree Technology S.A. que hicieron viable esta investigación tal como se llevó a cabo, al desarrollar un entorno virtual de simulación que facilitó el acceso al nuevo aplicativo informático, al almacenamiento y recuperación de los datos. A las enfermeras, matronas y obstetras que con su participación hicieron posible la investigación. Al Dr. J. Gómez Jiménez por la lectura del manuscrito cuyas observaciones han contribuido a mejorar su legibilidad y precisión.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Durante la preparación de este trabajo se utilizó la IA como asistente a la redacción, y tras su revisión se utilizó y editó el contenido según necesidad, asumiendo la plena responsabilidad del contenido de la publicación.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa.

Editor responsable: Juan González del Castillo.

Correspondencia: Pilar Costa Gil. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT). Parc Taulí s/n, 08208 Sabadell, Barcelona, España.

DOI: 10.55633/s3me/068.2026
