

matronas hoy

Cuarta Etapa. volumen 9 Nº 3 año 2021

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161



SUMARIO

Editorial

Originales

- Razones del abandono de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del lactante
- Estudio sobre la satisfacción de mujeres gestantes en fase latente de parto con el uso de esferodinamia

Revisiones

Probióticos y candidiasis vulvovaginal

Artículo especial

- El camino de la academización de las matronas en Alemania
- "Altamira" es nombre de mujer... y de una de las primeras matronas, plausiblemente, también

Echando la vista atrás

"Proyecto AUCA* en apoyo de la lactancia materna" (1999)

Entrevista

Entrevista a Carmen García Urias

Agenda

- Especial XX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas
- La AEM se adhiere a la iniciativa *One*Health
- Propuesta de creación de la "Iniciativa Una Sola Salud"





matronaz hoy es una publicación que nacía hace treinta años gracias al empeño de la Asociación Nacional de Matronas pero, por múltiples factores, el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronaz hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE) C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matrona/ hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: Cuidatge

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/ normas-de-publicacion/

ISSN: 2340-0161

1



Comité editorial

Fundadora

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

Rosa Mª Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

Lara López Sánchez

Comité editorial

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga





Sumario • Summary

Vol. 9 - nº 3 diciembre 2021-marzo 2022

Originales	
Razones del abandono de lactancia materna exclusiva los primer Mónica Jazmín Navarro Ponce, Patricia Aurora Olivares Villalobos, Micho Melissa Viridiana Montoya García, Karla Jazmín Pérez Medina, José Cruz	elle Martínez Alvarado,
Estudio sobre la satisfacción de mujeres gestantes en fase latente Sonia Elena Gregorio González, Leticia Morera Lianez, Julia Berdún Puey	
Revisiones	
Probióticos y candidiasis vulvovaginal Esther Arredondo García, María Dolores Pozo Cano, Encarnación Martín	
Artículo especial	
El camino de la academización de las matronas en Alemania Manuela Raddatz Esgueva	
Manucia naduatz Esgueva	
"Altamira" es nombre de mujer y de una de las primeras matror	nas, plausiblemente, también4
"Altamira" es nombre de mujer y de una de las primeras matror Francisco A. González Redondo, Rosa Mº Plata Quintanilla	nas, plausiblemente, también4
"Altamira" es nombre de mujer y de una de las primeras matror Francisco A. González Redondo, Rosa Mª Plata Quintanilla Echando la vista atrás	
"Altamira" es nombre de mujer y de una de las primeras matror Francisco A. González Redondo, Rosa Mº Plata Quintanilla Echando la vista atrás "Proyecto AUCA* en apoyo de la lactancia materna" (1999) Entrevista	

Editorial

Ya hablamos... Y seguimos hablando de violencia obstétrica

Un día de diciembre de 2018 cayó en mis manos un artículo sobre violencia obstétrica. Lo leí, ¡craso error!, porque no solo no refleja la realidad actual española, sino que la legislación y los modelos utilizados eran de países latinos (Venezuela, Argentina, México), cuya sanidad y circunstancias socioculturales son bien distintas a las nuestras, hasta el punto de tener que emitir una ley para penalizar esta situación. Pero no es el primero y único texto sobre este tema, algunas personas, bien conocidas en nuestro ámbito sanitario, han escrito numerosos artículos sobre lo mismo, y no sé a las lectoras de estos, pero a mí, que he luchado junto a otras colegas por los cambios y la mejora en la atención obstétrica, me duele en lo más profundo. Me parece que es injusto meter a todos en el mismo saco cuando se acusa generalizando a un colectivo, y sobre todo, después de tener un documento como es la "Estrategia de Atención al Parto Normal (2007)", el cual tuve el gusto de analizar y trabajar en mi tesina de bioética, un documento que es un compendio de prácticas basadas en la evidencia, la bioética y la deontología. Ante los malos profesionales, lo mejor sería denunciar en la entidad u organismo correspondiente, con nombres y apellidos, en lugar de crear "alarma social y sanitaria". No quiero cerrar los ojos ante un sentimiento que puedan tener muchas mujeres durante su proceso de embarazo y parto, no voy a negar la experiencia que hayan podido tener, pero no puedo admitir que TODOS y TODAS los/las profesionales que nos dedicamos a atender y cuidar de las mujeres en este periodo de sus vidas seamos iguales. Pero más allá de lo personal quiero argumentar la injusticia cometida desde la perspectiva bioética.

Conceptos

Violencia: la violencia (origen latino "vis" fuerza, poder, potencia) es el tipo de interacción entre sujetos que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada (Freud, *El inconsciente*) provocan o amenazan con hacer daño, mal o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad, o que efectivamente lo realizan¹ afectando a sus víctimas de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o futuras². Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacciones. Sabemos que hay diferentes tipos de violencia, física, psíquica, emocional, intelectual y sexual, y que se puede dar en diferentes ámbitos, privado y público interpersonal y grupal, por razones de religión, política y sexo y desgraciadamente la violencia de gé-

nero cometida hacia las mujeres, por el hecho de serlo, es sin duda una lacra social, porque entre otras vulnera los derechos humanos. Y si a este término le ponemos detrás la palabra obstétrica, estaríamos hablando de cualquier acto obstétrico que se hiciese en contra de la voluntad de la mujer gestante o parturienta, ¿no? Veamos...

Desde la ética principialista es condenable, moral y éticamente, todo aquel comportamiento profesional que viola los cuatro principios de la bioética: la justicia, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, lo que conlleva el incumplimiento del código deontológico de la enfermería, la matrona y, por supuesto, el del médico, hecho que es sancionable legalmente desde los colegios profesionales.

Justicia: ¿no hay justicia cuando estamos en una sanidad pública y universal a la cual tienen acceso y "gratuito" (que pagamos entre todos) todas nuestras gestantes? ¿No pueden acceder todas las mujeres y recibir la asistencia y los cuidados necesarios que les dan profesionales cualificados y en las condiciones sanitarias imprescindibles para llevar a cabo el nacimiento de un hijo? Yo creo que la atención sanitaria pública en España es de las mejores del mundo y de las más justas. Cumple los mínimos exigibles de la ética, aunque claro está, siempre se puede mejorar y aspirar a los máximos deseables. Es universal y no discrimina por razón económica, política, de raza, religión u origen.

Autonomía: hay una ley al respecto, la Ley 41/2002, que otorga y reconoce los derechos de información y autonomía. Las mujeres deben conocer cuáles son sus derechos, solicitar y recibir la información correcta y completa y así poder hacer una toma de decisiones (responsable) y poder fomentar así su autonomía y que pueda elegir, en nuestro contexto, el tipo de parto que quiere, pero añado: "en función de la información médica o científica de la situación concreta de su propio estado de salud y la de su hijo" y no según los deseos personales (no fundamentados) sin conocer y asumir la responsabilidad de toda la situación real, en lo bueno y lo malo. A este respecto cuando una mujer desea que no se le haga determinada técnica, ¿realmente tiene la información completa de los riesgos y beneficios? ¿Asumiría la responsabilidad de su decisión? El plan de parto no es "una quiniela a rellenar por si hay suerte y me toca", es un documento que debe estar basado en la información verdadera, clara y concreta de cada situación, de cada embarazo y cada parto, incluso de una misma mujer o de cada mujer, con el tiempo suficiente de antelación para que no se decida en circunstancia de máxima sensibilización y vulnerabilidad. Posiblemente haya que hacer otro documento de información y consentimiento para realizar un parto eutócico o distócico por parte de los profesionales, en la que se expliquen los riesgos y los beneficios de cualquier proceso o técnica necesaria en función de sus circunstancias y estado de salud. Esto es lo mínimo que necesita un documento de información y consentimiento informado.

Beneficencia: es un principio basado en hacer el bien y de tradición basada en el Juramento Hipocrático. En nuestro caso, en proporcionar los mejores cuidados basados en la evidencia científica y el código deontológico. Si alguien incumple este principio, debe ser comunicado a quien corresponda, al colegio profesional indicado, porque todo acto, en obstetricia particularmente, debe buscar el mayor bien hacia la salud materna y la salud fetal, no hay excusa alguna para justificar la mala praxis.

No maleficencia: (Primun non nocere), esto es: no hacer daño. No creo que algún profesional dañe a nadie deliberadamente, si está en su pleno juicio y no subvace una patología mental. Si pensamos en la violencia emocional que pueda sentir la mujer gestante o parturienta, esta puede estar causada por la mera decepción de esta ante la realidad de su parto y ver frustradas sus expectativas. Esto puede dañar sus sentimientos y eso puede suponer la tarea de tener que hacer un duelo; sí, un duelo, porque ha resultado "dañada" en sus deseos e ilusión de tener un parto, a veces, idealizado. El duelo es necesario en toda circunstancia de "pérdida", aunque sean deseos, ilusiones o expectativas. Hay un principio por encima de los deseos que es el derecho a la vida y a la salud, de ambos, madre e hijo, que es el que guía en primera instancia la actuación sanitaria y quiero pensar que también es el principio de cualquier madre o padre. Pero si hablábamos antes de los derechos que tienen las mujeres gestantes y, en general, los usuarios de la Sanidad Pública española, deberíamos hablar de las obligaciones que también tienen respecto a la implicación en su propio proceso. En la obligación de implicarse en los autocuidados, en procurarse los conocimientos y los recursos que se ofertan, por ejemplo la educación a la maternidad. La naturaleza te otorga nueve meses para "prepararte" y adaptar no solo tu cuerpo, sino tu estado psicoemocional, ante un proceso tan crucial como es traer un hijo a este mundo lo más sano posible. El perfil de las mujeres gestantes de la actualidad es bastante diferente a las de hace unos años, afortunadamente en muchos aspectos mejor, pero los hábitos de vida son diferentes, a peor, la edad en el primer embarazo aumentada añade más riesgo a la gestación y al parto y eso ocasiona más patología y distocias.

Creo que puestos a pedir, pidamos responsabilidad a profesionales y usuarias, una palabra que se utiliza ligeramente y cuyo significado va más allá de asumir las consecuencias de una decisión, es también de responder ante alguien o ante

uno mismo, es un valor ético y moral que debe tener la mujer gestante (y su pareja) ante su propio proceso. No debemos permitir que determinadas acciones encaminadas a salvar o mejorar las vidas o la salud de tantas mujeres y niños, ahora se conviertan en delito y nosotras/os en delincuentes. Las tasas de morbimortalidad materno-infantil en España hablan por sí mismas, puede que en otros países esto sea diferente, no lo niego. Con todo lo anterior no quiero justificar la mala praxis ni a los malos profesionales, pero creo que más que violencia obstétrica, lo que hay son sujetos o "empleados sanitarios" faltos de la ética profesional requerida para ejercer la "profesión". Y sí que es un deber ético denunciarlo, insisto, donde proceda y no hacer campañas cuyo fin, y en mi opinión, no es "salvar a nadie" sino más bien "lucrarse" a costa de la vulnerabilidad en esos momentos de las afectadas (esto también denota una falta de ética profesional de quien se aprovecha en beneficio propio). Creo que una de las soluciones sería fomentar los contextos, los conocimientos y las habilidades personales y profesionales entre todos para generar buena comunicación entre las usuarias y los sanitarios que promuevan actitudes de confianza y no de enfrentamientos, hecho que puede repercutir en la calidad asistencial de la Sanidad Pública. Pongamos las cosas y a las personas en su sitio o en lugar de mejorar la sanidad entre todos, conseguiremos empeorarla y eso también sería injusto, no olvidemos que la sostenibilidad de la Sanidad Española tiene como uno de los pilares principales a los profesionales que trabajan en ella.

Finalizo con una frase de M. Gandhi: "Un error no se convierte en verdad por el hecho de que todo el mundo crea en él", ahora que cada uno/a reflexione... seguro que aprende algo más de sí misma/o.

Mª Isabel Castelló López Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA Vicepresidenta de la AEM

Bibliografía

- 1. Blanco Abarca A. Los cimientos de la violencia. Mente y cerebro 2011; 49:9-15.
- 2. Caltung J. Investigaciones teóricas. Sociedad y cultura contemporáneas. Madrid: Editorial Tecnos; 2004.

Este editorial fue publicado en enero de 2018 en INFOMATRONAS de la Asociación Española de Matronas. El criterio de la autora fue (2018) y sigue siendo compartido por la AEM y, como es evidente, el sentimiento expresado ha sido especialmente anticipado al revuelo mediático al que estamos asistiendo con mayor énfasis en los últimos meses de 2021, motivos por los cuales queremos publicar este texto nuevamente por su actualidad, a pesar del tiempo transcurrido, para la reflexión.

Originales

Razones del abandono de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del lactante

- ¹ Estudiante de la Licenciatura de Enfermería. Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Aquascalientes (México).
- ² Profesor del Departamento de Enfermería. Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)

E-mail: jaz-medina@live.com

- ¹ Mónica Jazmín Navarro Ponce
- ¹ Patricia Aurora Olivares Villalobos
- ¹ Michelle Martínez Alvarado
- ¹ Melissa Viridiana Montoya García
- ¹ Karla Jazmín Pérez Medina
- ² José Cruz Guzmán Salas

Fecha de recepción: 16 de julio de 2021. Fecha de acceptación: 16 de noviembre de 2021.

Cómo citar este artículo:

Navarro Ponce MJ, Olivares Villalobos PA, Martínez Alvarado M, Montoya García MV, Pérez Medina KJ, Guzmán Salas JC. Razones del abandono de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del lactante. Matronas Hoy 2021; 9(3):6-10.

Resumen

Introducción: el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de vida se reconoce como un problema de Salud Pública. Al abandonar dicha práctica existe el riesgo de no obtener la energía y nutrientes necesarios para el correcto desarrollo sensorial y cognitivo, aumentando el riesgo de padecer enfermedades infecciosas y crónicas.

Objetivo: esclarecer las razones del abandono de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del lactante en una institución de primer nivel de atención en Aguascalientes (México).

Metodología: estudio cualitativo, conformada por ocho entrevistas semiestructuradas a mujeres pertenecientes a una institución de primer nivel de atención en Aguascalientes. Los datos fueron analizados siguiendo la propuesta de la teoría fundamentada hasta la saturación de categorías y con el soporte del programa Atlas.Ti.

Resultado: se identificaron tres categorías: razones propias de la madre, propias del lactante y antecedentes médicos e institucionales, de los cuales destacan las razones: falta de información por parte del personal de salud, falta de tiempo y mastalgia.

Discusión: el abandono de la lactancia materna exclusiva como fenómeno, eventualmente provoca repercusiones en el estado de salud de la madre y el lactante; una forma de evitarlas es mediante óptimas intervenciones basadas en el conocimiento de las razones por las cuales se abandona dicha práctica.

Conclusión: los resultados muestran que la principal razón del abandono de la lactancia materna es la falta de información por parte del personal de salud pre-postparto inmediato y tardío, así como la mastalgia y falta de tiempo referidas por la madre.

tirst :

Abstract

Reasons to discontinue exclusive breastfeeding within the first six months of life of the newborn

Introduction: threastfeeding discontinuation before the six months of life has been acknowledged as a Public Health problem. Discontinuing said practice entails the risk of not obtaining the energy and nutrients required for an adequate sensorial and cognitive development, thus increasing the risk of infectious and chronic diseases.

Objective: to clarify the reasons for exclusive breastfeeding discontinuation within the first six months of life of the newborn in a First Level of Care institution from Aguascalientes (Mexico).

Methodology: a qualitative study, consisting of eight semistructured interviews with women from a First Level of Care institution in Aguascalientes. Data were analysed according to the proposed well-grounded theory until saturation of categories and supported by the Atlas.Ti program.

Results: three categories were identified: personal reasons of the mother, newborn-related reasons, and medical and institutional background; the main reasons standing out were lack of information by the healthcare staff, lack of time, and mastalgia.

Discussion: exclusive breastfeeding discontinuation will eventually have an impact on the health of mother and newborn; one way to prevent this is through optimal interventions based on knowledge of the reasons leading to said discontinuation.

Conclusion: results showed that the main reason for breast-feeding discontinuation was lack of information by the immediate and subsequent healthcare staff before and after delivery, as well as mastalgia and lack of time reported by the mother.

Key words: breastfeeding; discontinuation; reasons.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como lactancia materna exclusiva cuando el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros seis meses de vida¹, tan solo puede recibir solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos². Es el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes, es la forma más idónea de alimentación³. Esta práctica proporciona la energía y los nutrientes necesarios durante sus primeros meses de vida; además, promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, proteger al bebé de enfermedades infecciosas y reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, tales como la diarrea o la neumonía. Tiene numerosos beneficios para la madre, como ayudar a espaciar los embarazos y disminuir el riesgo de cáncer ovárico y mamario⁴. Los principales factores limitantes de la lactancia materna es el ser madre trabajadora, la falta de tiempo, la baja producción de leche materna, ser madre de muchos hijos y la intervención del personal sanitario; la baja capacitación de las mujeres embarazadas repercute importantemente en su decisión de abandonar la lactancia una vez que tienen a sus productos. El bajo nivel de conocimientos aumenta 18 veces más la posibilidad de que las mujeres abandonen la lactancia⁵. Debido a estas limitantes, las mujeres deciden abandonar la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de edad, esto forma parte de un fenómeno complejo ya que, a pesar de que existen instituciones y programas enfocados a la promoción de la lactancia materna, los valores estadísticos aún siguen siendo alarmantes.

La OMS en 2014 muestra específicamente el porcentaje de lactantes alimentados exclusivamente al pecho durante los primeros seis meses de vida en el mundo, un 15%.

La UNICEF menciona que en América latina las cifras de lactantes alimentados al seno materno son de 30,8% en 2015⁷, mientras que en el ámbito nacional se encontró una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 3,4%. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realiza la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica que ubica Aguascalientes (87,2%) entre los estados con menor porcentaje de alimentación del lactante al seno materno durante los primeros seis meses de vida⁸.

Analizando la ingesta general de alimentación de niños menores de seis meses se encontró que la alimentación mixta fue la más prevalente (71,8%), mientras que el 24,9% recibió solamente fórmula⁹. Esta práctica se deteriora en los grupos más vulnerables y se explica por los aumentos en el consumo de fórmula, otras leches y agua atribuyendo al abandono de esta práctica factores sociales y económicos de la población¹⁰. Actualmente se reconoce el impacto del abandono de la lactancia al tener consecuencias en la salud, tanto del lactante como de la madre, según el estudio de morbilidad en el estado de

Aguascalientes 2015-2016; las tres principales causas de muerte son infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales e infecciones de vías urinarias¹¹, de las cuales las dos primeras son prevenibles mediante la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Objetivo

Se esclarecieron las razones del abandono de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del lactante en una institución de primer nivel de atención en Aguascalientes.

Material y métodos

Se efectuó un estudio cualitativo, con un diseño basado en teoría fundamentada, en el que se seleccionaron por conveniencia a un grupo de mujeres que abandonaron la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante, pertenecientes a una institución de primer nivel de atención en el municipio de Aguascalientes en el periodo de agosto-diciembre de 2019.

Las características de las participantes fueron: mujeres que residan en el estado de Aguascalientes, pertenecientes a una institución de primer nivel de atención en Aguascalientes, que hayan abandonado la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de vida del lactante, cero a seis meses producto de su última gestación.

Se realizó una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas, dando libertad a las entrevistadas de expresar preocupaciones, sentimientos, creencias y su percepción sobre el problema con una pregunta detonadora: "¿Por qué abandonó la lactancia materna exclusiva?".

El análisis de datos se llevó a cabo mediante un método comparativo constante, el cual se divide en la obtención de datos y codificación en la que se analiza la información y se agrupa en categorías, códigos y propiedades con el apoyo del programa de análisis de datos cualitativos ATLAS/ti.: hasta alcanzarse la saturación teórica.

Resultados

Se realizaron ocho entrevistas a mujeres que se encontraban dentro del periodo de lactancia materna exclusiva, pertenecientes a la institución de primer nivel de atención en el municipio de Aguascalientes y la muestra fue recabada en un periodo comprendido de agosto a diciembre de 2019.

Dentro del estudio se identificaron tres diferentes categorías: factores propios de la madre, factores propios del lactante y antecedentes médicos e institucionales, cada una con sus respectivos códigos.

Factores propios de la madre

Dentro de esta categoría se identificaron razones relacionadas directamente con la toma de decisiones o condiciones de la madre, fueron identificados nueve códigos: percepción de nula o baja producción de leche, percepción de la satisfacción de lactancia, falta de tiempo, mastalgia, alteración de la anatomía del seno materno, desinterés, uso de medicamentos, percepción del personal de salud hacía con la lactancia y sistema de creencias.

Uno de los códigos con mayor saturación fue mastalgia, donde los testimonios de Rosa y Esther mencionan:

- "...Me daban unos dolores horribles, y aparte pues por más que intentaba sacarme la leche no podía...".
- "...Una vez me mordió el pecho y ya, me lastimó el pezón, entonces pues le dejé de dar pecho...".

Ambas determinan que la razón por la cual decidieron dejar de lactar fueron los dolores en las mamas. De la misma manera se identificó una estrecha relación entre el código alteración de la anatomía del seno materno y mastalgia, ya que la alteración es causa del dolor, esto determinado por el testimonio de Rosa:

"...Mis senos, de un lado tengo un pezón normal y del otro lado no tengo desarrollada la bolita por la que normalmente pueden succionar los bebés y sacar la leche, entonces de un lado solamente podía darle y del otro lado no podía, entonces me causaba heridas muy fuertes en los senos...".

Otro de los códigos con mayor saturación fue falta de tiempo, Daniela mencionó:

"...Trabajaba y tenía que llevar al niño a la guardería... en ese tiempo entraba a trabajar a las cuatro de la mañana, creo que pasaba el transporte a las cinco, luego tenía que estar en el transporte, ya no me alcanzaba a sacar la leche...".

Ante este fenómeno se cuestionó sobre si tenía conocimiento sobre el almacenamiento de la leche o si dentro de la guardería le negaban el acceso de la misma, a lo que mencionó:

"...sí me dejaban pero era muy temprano y yo ya no me la alcanzaba a sacar...".

La falta de tiempo se encuentra relacionada en la mayoría de los casos identificados al tener que separar al lactante de la madre, por actividades diversas, ya sean de trabajo o estudio.

Factores propios del lactante

Dentro de esta categoría se integraron códigos relacionados a la situación de salud del lactante, estos códigos son: patología del lactante y hospitalización del lactante.

Respecto a la hospitalización del lactante, Zulema mencionó:

"...Mi hija nació prematura, yo solo podía ir dos veces al hospital... ella estuvo una semana completa en incubadora y ya después la pasaron a un lugar que se llama CUPA y ahí le empezaron a dar más alimento para subirla de peso...".

Relacionando la hospitalización del lactante con su incapacidad para brindarle la lactancia, puesto que únicamente podía asistir dos veces al día y en la institución le brindaban alimentación con fórmula. De la misma manera menciono que esta situación generó una disminución en la producción de leche.

Las patologías identificadas por los testimonios hacían referencia a frenillo corto y reflujo, mencionaron que la condición anatómica e indicaciones médicas no les permitieron continuar con la práctica de la lactancia.

Antecedentes médicos e institucionales

Dentro de esta categoría destacan las razones en las cuales existe alguna intervención por parte del sistema sanitario, lo cual impide llevar a cabo la práctica de la lactancia, uno de los códigos identificados, y cabe destacar en el que se encontró una mayor saturación fue ausencia de información por parte del personal de salud, donde los testimonios mencionaron (Cuadro 1):

Esto fue mencionado por las mujeres al cuestionarles si recibieron información por parte del personal de salud en algún momento durante la etapa prenatal o postnatal sobre la práctica de la lactancia, coincidiendo en la ausencia de información por parte del personal de salud relacionado a una falta de interés por el mismo.

Con base en las recomendaciones dadas por la OMS se recomienda el apego temprano, esto quiere decir un inicio de lactancia materna los primeros 30 minutos de vida del lactante. Se cuestionó a las pacientes si tuvieron dicho apego, en relación a las respuestas se generó el código restricción de apego temprano, donde Daniela y Patricia mencionan:

- "...No, nada más estaba yo aquí y ellos estaban acá, y lo limpiaron y no sé qué, y ya después de mucho me lo dieron...".
- "...El pediatra se la llevó para darle lo que la bebé necesitaba y yo vi a mi hija seis horas después de que nació, más o menos, pero solo la vi, no me dejaron darle leche mía ni nada...".

Se identificaron dos códigos más, fomento del uso de fórmula e introducción a fórmula sin autorización, los cuales están asociados entre sí, ya que de acuerdo a lo mencionado por las mujeres la restricción de apego temprano es causa de una introducción a la fórmula sin autorización que está asociada con el fomento a uso de formula.

Testimonio	Número de entrevista
"no tenía el pezón formado, también batallé por lo mismo de que no tuve una plática, nadie me dijo nunca, ni me empecé a formar el pezón, ni nada, nunca me lo empecé a formar por eso no tenia y por eso batallé" "no es yo creo que igual si llegué a escuchar de los bancos de leche pero como nunca estuve bien orientada, pues no lo tome como opción"	3
"nadie se acercó a mí para darme así información o decirme si a lo mejor yo tenía un problema, igual pudieron haber identificado si yo tenía algún problema que pudiera solucionarse o hallar alguna solución que yo supiera para poderle dar leche por más tiempo"	4
"no, nunca me dieron información pero pos yo estuve investigando pues ya vez que con los vecinos, no falta quien te de alguna información o por internet"	6
"no, nada, ni pláticas, no, nada más me decían exclusiva leche materna pero no, nunca me decían como" "nadie se acerca como de, a ver, hazlo de esta manera, ahora sí que aprendes más de lo que te dice la mamá o la abuelita o la tía que de lo que en realidad te explican en el hospital"	7
"tenía muy poca información sobre el tema, nunca pude aclarar muchas dudas con mi doctor ni en el hospital" "durante el embarazo solo me comentaban que pues era mejor amamantar que dar fórmula, pero como tal, nunca me dieron algún curso o información completa"	8
"en algún momento me lo llegaron a comentar pero la verdad es que es muy difícil hacerlo, y menos si solo te lo comentan y no te enseñan cómo"	

Discusiones

Los autores asumen que el presente trabajo es muy modesto dada la pequeña muestra del mismo; sin embargo, estiman que los datos obtenidos pueden ser base para revisar las prácticas de acompañamiento en la lactancia en su entorno a fin de mejorarla. En esta investigación se muestra que los antecedentes médicos e institucionales, como la ausencia de información por parte del personal de salud y la introducción a la fórmula sin autorización, son las principales razones en la toma de decisión de abandono de lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de vida del lactante; otros hallazgos relevantes fueron los factores propios de la madre, tales como falta de tiempo, desinterés y mastalgia.

De acuerdo con lo mencionado por Acosta¹², en su artículo publicado en el 2018, su resultado coincide con la presente investigación. Dicho artículo hace mención a la importancia que tiene brindar información por parte del personal de salud para la realización de una práctica de lactancia materna exitosa y menciona la falta de tiempo como una de las principales causas para el abandono de dicha práctica.

Además del antes citado, los resultados obtenidos fueron análogos a lo reportado por el Dr. Leonardo Rodríguez León en 2014⁵, quien establece que el principal factor para el

abandono de la lactancia materna encontrado en su estudio es el bajo conocimiento sobre la lactancia relacionado al no tener una adecuada capacitación por el personal de salud a cargo, mencionando que a menor conocimiento de la lactancia mayor índice de abandono.

Los resultados obtenidos por Gorrita Pérez¹³, en su artículo publicado en 2015, resalta que las causas más fuertes expuestas de abandono de lactancia son que el bebé no se llenara y que la madre no tuviera suficiente leche, contrastan de manera importante con los resultados obtenidos en la presente investigación que esclarecen que la percepción de baja o nula producción de leche, así como la percepción de la satisfacción de la lactancia, son factores propios de la madre y, aunque forman parte de los determinantes del abandono de la lactancia materna exclusiva, no son los de mayor influencia y estos están directamente relacionados con la ausencia de información por parte del personal de salud sobre las técnicas para llevar a cabo dicha práctica.

Los resultados arrojaron como un factor de gran influencia la introducción a fórmulas sin autorización por parte del personal de salud, dicho resultado igualmente destacó en el artículo de Gonzales de Cosió¹⁴, publicado en 2013, donde menciona que el descenso de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, entre 2006 y 2012, se explica por el aumento de consumo de fórmulas y otras leches.

Se encontró que la restricción del apego temprano por parte del personal de salud es causada por la introducción al uso de fórmula sin autorización, generando así el fomento del uso de la misma, lo cual podría evitarse permitiendo el inicio de la práctica de la lactancia los primeros 30 minutos de vida del lactante tal como lo menciona la OMS.

Conclusión

Los resultados de este estudio evidenciaron las principales razones para el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, entre ellas se encontraron como principal razón de abandono la falta de información por parte del personal de salud, así mismo, la mastalgia y la falta de tiempo referidos por la madre.

No obstante, los esfuerzos realizados por organismos gubernamentales internacionales, nacionales y regionales para mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses no han sido posibles debido a múltiples razones; está claro que faltan políticas que permitan promover la lactancia materna exclusiva y capacitar adecuadamente al personal de salud y a las madres para que obtengan el conocimiento necesario que les permita mantener una práctica de lactancia exitosa y de calidad.

Por lo tanto, esto es considerado un área de oportunidad para aplicar estrategias en primer y segundo nivel de atención, haciendo énfasis en la Educación para la Salud en materia de lactancia materna.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva [internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018. Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. Diario Oficial de la Federación [internet] 2018 [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018
- D' Emilio AL. Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. UNICEF [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf
- 4. Andrés R. Iniciativas Lactancia materna. UNICEF México [in-

- ternet]. 2016 [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/17051.html
- Rodríguez León L, Reséndiz Dáttoly C, Fuentes Flores Y, Garrido Amieva ME. LC. Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres Derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz. Universidad Veracruzana [internet]. 2014 [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf
- 6. Catalogación por la Biblioteca de la OMS [internet]. Ginebra: OMS [citado 16 nov 2021]. Disponible en: www.who.int
- UNICEF. Estadísticas Sanitarias Mundiales [internet]. 2014 [citado 16 nov 2021]; 1-170. [citado 16 nov 2021]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
- Secretaria de Salud. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014–2018. 2014.
- Blanco-Cervantes P, Hoyos-Loya E, Álvarez-Hernández G, Ramírez-Rodríguez CA. Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en el Servicio de Neonatología de un Hospital Pediátrico de Sonora, México. Bol Clin Hosp Infant Edo Son [internet]. 2015 [citado 16 nov 2021]; 32(1):3-9. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151b.pdf
- González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud pública Méx [internet]. 2013 [citado 16 nov 2021]; 55(Suppl2):S170-S179. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800014&Ing=es
- ISSEA. Morbilidad en el estado de Aguascalientes semana 01, 2015-2016. Boletín Epidemiológico [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.issea.gob.mx/Docs/BoletinesEpidemiologia/2016/B01-LactanciaMaterna.pdf
- 12. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camag e MA. Archivo médico de Camage [internet] 2018 [citado 16 nov 2021]; 434-44. Disponible en: http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5474/3167
- 13. Gorrita Pérez RR, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev Cubana Pediatr [internet]. 2015 [citado 16 nov 2021]; 87(3):285-94. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312015000300004&script=sci_arttext&tlng=en
- 14. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud pública Méx [internet]. 2013 [citado 1 dic 2021]; 55(Suppl 2):S170-S179. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S0036-36342013000800014&tlng=es

- ¹ Sonia Elena Gregorio González
- ² Leticia Morera Lianez
- ³ Julia Berdún Puevo
- ³ Aránzazu Bueno Peral
- ⁴ Beatriz Pina Marqués

Estudio sobre la satisfacción de mujeres gestantes en fase latente de parto con el uso de esferodinamia

- ¹ Matrona. Supervisora de Unidad. Sección Medicina Materno Fetal. Hospital Universitario Miquel Servet. Zaragoza.
- ² Matrona. Máster en Salud Pública. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- ³ Matrona. Hospital Universitario Miquel Servet. Zaragoza.
- ⁴ Matrona. Enfermera Especialista Pediátrica. Hospital Universitario Miquel Servet. Zaragoza.

E-mail: segregorio@hotmail.es

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2021. Fecha de acceptación: 22 de noviembre de 2021.

Cómo citar este artículo:

Gregorio González SE, Morera Lianez L, Berdún Pueyo J, Bueno Peral A, Pina Marqués B. Estudio sobre la satisfacción de mujeres gestantes en fase latente de parto con el uso de esferodinamia. Matronas Hoy 2021; 9(3):11-9.

Resumen

Introducción: el proceso del parto comienza con la "fase latente", caracterizada por el incremento de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas dolorosas y la maduración cervical. El alivio farmacológico del dolor, durante esta etapa, no siempre es posible y la esferodinamia con pelota de parto puede ser una opción alternativa. Esta terapia se ha introducido en la etapa prenatal por sus beneficios en el embarazo y en el proceso del parto activo, ya que favorece las posturas verticales, el descenso de la presentación fetal y alivia el dolor y la ansiedad materna

Objetivo: valorar la satisfacción con el uso sistematizado de la esferodinamia en fase latente de parto entre las mujeres gestantes a término en una unidad de hospitalización.

Metodología: estudio observacional descriptivo transversal, sobre 142 mujeres gestantes a término en fase latente de parto. Se utilizó un cuestionario *adhoc* tras la propuesta de cuatro ejercicios con pelota y el programa estadístico Jamovi 23.0.

Resultados: de las 314 encuestas entregadas,142 fueron válidas para el estudio. El 92,3% de ellas conocía previamente esta técnica. El 78,2% obtuvo alivio del dolor, aunque no se ha encontrado relación estadística con el tiempo de utilización de la pelota de parto. Más del 80% valoraron la información recibida como satisfactoria y el 91,6% recomendaría su utilización a otras mujeres gestantes.

Conclusiones: la esferodinamia en fase latente de parto es positiva en cuanto al alivio del dolor, aunque hacen falta más estudios que evalúen su impacto. Es una herramienta no farmacológica con muy buena aceptación.

Palabras clave: pelota de parto; fase latente; dolor de parto; satisfacción; esferodinamia.

Abstract

Study on the satisfaction of pregnant women with spheroynamics in their latent phase of labor

Introduction: the labor process begins with the "latent phase", characterized by an increase in the frequency and intensity of painful uterine contractions and cervical ripening. During this phase, pharmacological pain relief is not always possible, and spherodynamics with a birthing ball can be an alternative option. This therapy has been introduced in the prenatal stage due to its benefits during pregnancy and the active labor process, because it favours vertical postures and the descent of foetal presentation and relieves maternal pain and anxiety.

Objective: to assess the satisfaction with the standard use of spherodynamics in the latent phase of labor among pregnant women about to give birth at a hospitalization unit.

Methodology: an observational descriptive cross-sectional study, including 142 pregnant women in their latent phase of labor. An ad hoc questionnaire was used after the proposal of four exercises with a ball, and the Jamovi 23.0 statistical program was used.

Results: out of the 314 surveys delivered, 142 were valid for the study. 92.3% of them were already aware of this technique; 78.2% achieved pain relief, though no statistical association was found with the time during which the birthing ball was used. Over 80% valued the information received as satisfactory, and 91.6% would recommend its use to other pregnant women.

Conclusions: spherodynamics in the latent phase of labor is positive in terms of pain relief, although further studies are required to evaluate its impact. It is a non-pharmacological tool with very good acceptance.

Key words: birthing ball; latent phase; labor pain; satisfaction; spherodynamics.

Introducción

El proceso del parto comienza con la denominada "fase latente", caracterizada por el incremento paulatino de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas dolorosas acompañada de modificaciones cervicales que conducen hasta la fase activa del parto¹. Su duración es variable, y las medidas farmacológicas de alivio del dolor durante esta etapa no siempre son una opción, por lo que es muy necesario contar con métodos alternativos.

La esferodinamia es uno de estos métodos no farmacológicos² que, en los últimos años, los profesionales en función de los beneficios de la actividad física durante la gestación³,4, la anatomía de la mujer y la fisiología del proceso del parto han incluido como método de ejercicio alternativo, especialmente durante el tercer trimestre de embarazo⁵-7. Es una técnica que puede aliviar molestias lumbares y pélvicas, ayuda a afrontar el dolor en el parto⁸⁻¹⁰ y mejora la experiencia del mismo¹¹¹,¹², disminuyendo el uso de fármacos¹³,¹⁴, favoreciendo el descenso fetal¹⁵ e, incluso, acortando tiempos en las diferentes fases del parto¹¹,¹6. Consiste en la movilización de la pelvis, sobre una esfera de gran tamaño o pelota de parto (PDP).

La PDP es un balón de goma hinchable que puede medir desde 65 a 85 cm de diámetro y posee una estructura adaptable, elástica y resistente, la cual puede soportar el peso de un adulto². Permite la libertad de movimientos y mantener posturas verticales, avaladas por diferentes revisiones¹7,18 y recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para favorecer una experiencia positiva del parto¹9. En España, la *Guía de Práctica Clínica de atención al Parto Normal*, publicada por el Ministerio de Sanidad, recoge el uso de la pelota para favorecer la comodidad de la mujer durante el proceso¹.

La bibliografía consultada muestra escasos estudios que relacionen específicamente la PDP, con la fase latente de parto. En Hong Kong, Leung et al. 13 trabajaron con un grupo de 203 mujeres gestantes (181 de ellas con dilatación cervical entre 0 y 4 cm y dinámica uterina), que participaron en un programa de ejercicios dirigidos por fisioterapeutas con PDP durante 30 minutos. Se realizaron mediciones sobre el nivel de dolor de espalda y de parto, de estrés y ansiedad, así como del nivel de presión perineal antes y después de la intervención y encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del uso de la PDP²⁰. En Madrid, Fernández-Arranz et al.¹⁴ llevaron a cabo un ensayo clínico en el Hospital Gregorio Marañón, que valoró la satisfacción materna, en el postparto inmediato, respecto al alivio del dolor, comparando la administración subcutánea de petidina y haloperidol con el uso de la PDP durante 30 minutos en 110 mujeres en fase latente (Bishop entre 2-4 en el 82,6% de las participantes), encontrando en el grupo de la PDP una disminución significativa del dolor y aumento de la satisfacción. Delgado García⁸, en su tesis publicada por la Universidad de Alicante, concluye que el uso de la PDP, aunque es seguro, no es adecuado para favorecer el alivio del dolor, ni la satisfacción, ni la progresión del parto, ya que solo obtiene resultados positivos para el alivio del dolor en mujeres gestantes en fase latente inicial (con dilatación de 0 a 2 cm) que habían asistido a clases de educación maternal²¹.

El uso de la PDP durante la fase activa de parto está más documentado. Su eficacia en el alivio del dolor durante la dilatación se recoge, aunque con evidencia moderada, en diferentes revisiones sistemáticas sobre el tema^{10,22,23}. Esta reducción del dolor podría deberse a la teoría del "bloqueo nocioceptivo", donde el movimiento y las variaciones de la presión sobre el periné actuarían como distracción, interfiriendo en la señal dolorosa del receptor hacia la corteza cerebral^{10,22}. Por el contrario, Cavalcanti et al.¹¹, en su estudio comparativo entre el uso de la PDP, la ducha caliente o ambas, no encuentran diferencias en el alivio del dolor, pero sí una menor duración del parto, mejor adaptación al proceso, mayor control de las emociones y bienestar materno. Remarcan que las características e intensidad del dolor a lo largo del parto son variables debido a la multifactoriedad de la percepción dolorosa y cuestionan la objetividad de su cuantificación.

En la actualidad, el uso de la PDP se ha ido generalizando en la zona de partos, como opción no farmacológica útil para ofrecer control y alivio del dolor en la dilatación, aun con analgesia epidural, siempre que el bloqueo motor y propioceptivo lo permita²⁴, ya que es un recurso barato, reutilizable y seguro 10,21,25,26. El estudio aleatorio controlado de Melo et al.25 concluyó que el uso de la PDP en el trabajo activo de parto, tanto si se aplica de forma aislada como de forma combinada junto a otros métodos, no afecta negativamente a los parámetros maternos evaluados (constantes, dinámica uterina, dilatación cervical y tipo de parto), ni tampoco, al registro cardiográfico fetal ni puntuación del test de Apgar del recién nacido. También mejora la perfusión placentaria, la oxigenación fetal y el efecto de la gravedad, lo que facilita la evolución del proceso^{7,17,27}.

Aunque lo recomendable es que la admisión hospitalaria de las mujeres gestantes sea por encontrarse en trabajo activo de parto¹, aproximadamente el 50% de los ingresos en la unidad lo hacen en "fase latente" o de preparto (Tabla 1). La evolución del proceso dependerá de múltiples factores, por lo que la sincronización entre el progreso de la maduración cervical y la intensidad del dolor percibido por la mujer gestante no está garantizada. El alivio farmacológico del dolor en esta fase puede ser controvertido y no se dispone de protocolo específico. Esto resulta desconcertante para la mayoría de las mujeres, sobre todo si el proceso es provocado, ya que supone un mayor impacto emocional para ellas²8.

Tabla 1. Motivos de ingreso en hospitalización de MMF							
Periodo de tiempo		Año	2019	Periodo	Periodo de esudio		
		N	0/0	N	%		
	RPMT	843	24,11%	652	24,97%		
Preparto	PP	438	12,53%	303	11,60%		
	PRE-IND	550	15,73%	396	15,17%		
Subtotal		1.831	52,37%	1.351	51,74%		
Otras caus	sas	1.665	47,63%	1.260	48,26%		
Total		3.496	100%	2.611	100%		

RPMT: rotura prematura de membranas a término

PP: pródromos de parto PRE-IND: preinducción

Es por ello que las matronas han visto la necesidad de buscar recursos alternativos para favorecer el confort, mejorar la experiencia y la tolerancia al dolor en esta fase inicial del parto, a la que se le suma la inmersión en el espacio hospitalario, donde aspectos psicológicos, socioculturales o ambientales pueden cobrar especial importancia en la vivencia y evolución del proceso²⁹. La esferodinamia podría ser un método efectivo y seguro para este propósito, ofrecería tanto una continuidad para aquellas mujeres que ya lo conocieran, como una herramienta alternativa para las que no³⁰, al contribuir a que la mujer sienta más dominio de su cuerpo^{10,22}, disminuya su ansiedad¹¹ y se sienta más satisfecha^{15,31}, sin comprometer la seguridad de madre o feto.

Con este estudio se pretende valorar la aceptación que tiene la implementación de un protocolo de uso de la PDP entre las gestantes en fase latente de parto y maduración cervical de nuestro medio.

Metodología

El hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza es un hospital de tercer nivel, donde los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Cirugía Pediátrica son de referencia para las comunidades autónomas de Aragón, La Rioja y la provincia de Soria.

En la unidad de hospitalización de Medicina Materno Fetal (MMF), la media anual de ingresos supera las 3.000 pacientes, de las que más de la mitad son mujeres gestantes preparto con fase latente en medio hospitalario, bien por inicio espontáneo o por tener indicación de finalizar el embarazo a través de una "preinducción"; que consiste en la maduración cervical (farmacológica con prostaglandinas o mecánica

con sonda de doble balón) previa a la inducción con oxitocina. Este proceso requiere hospitalización de la mujer gestante en la unidad.

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal realizado durante el periodo comprendido entre el 15 de enero y el 16 de octubre de 2019. Se utilizó un cuestionario estructurado y autoadministrado para mujeres gestantes a término que ingresaron para finalizar gestación en la planta de MMF.

Criterios de inclusión/exclusión

Criterios de inclusión: edad \geq 18 años, mujeres gestantes a término (EG \geq 37 semanas) que ingresaban para finalización inducida del embarazo mediante preinducción, por pródromos de parto y/o rotura prematura de membranas en evolución espontánea.

Criterios de exclusión: mujeres gestantes a término con óbito fetal, gestantes con dificultad idiomática y aquellas que rechazaban participar en el estudio.

Herramientas de trabajo

Material gráfico: folleto informativo, de elaboración propia (lmagen 1).

Encuesta de satisfacción *ad hoc* para la valoración del uso de la pelota como alivio del dolor en fases iniciales del parto. Contaba con una primera parte donde se recogieron datos descriptivos de la paciente, seguida de otra dónde se planteaban preguntas con respuesta tipo Likert de 5 puntos. El cuestionario también disponía al final de un espacio para expresar con texto libre comentarios y sugerencias (Imagen 2).



Botes y morimientos Ejercicios circulares recomendados



Balanceos y alivio lumbar

Rotaciones y deslizamientos



Presión con flexión y extensión

Coloca la pelota apoyada en la pared y apoya tus lumbares en la misma. Presiona con tus lumbares en la pelota, al mismo tiempo que flexionas y extiendes las rodillas.





Ante cualquier duda que te surja, tienes a la Matrona a tu disposición para preguntar.

Debes tener siempre en cuenta los SIGNOS DE ALARMA:

- Sangrado.
- · Rotura de bolsa amniótica.
- · Dolor intenso que no remite.
- · No movilidad del feto durante un periodo prolongado.

He comprendido las pautas dadas por la Matrona, incluidas en esta hoja y me comprometo a hacer un uso responsable de la pelota.

La Matrona

La paciente







Uso de la

6ª Planta del Hospital Miguel Servet



Fuente: Elaboracion propia

NO DE MUNC ANTI	AÑOS 21-3	0 AÑOS 31-40 AÑOS	>40 Af	Nos
N- DE HUOS ANTI	ERIORES AL ACTUAL:			
¿CÓMO SE INICIO		SPONTÁNEO ROVOCADO		
¿CONOCÍA LA IND	_	E "LA PELOTA SUIZA" EN FASE:	S INICIALES DE	L PARTO?
	□ NO			ENCIÓN PRIMARIA
	SI → INC			NALES SANITARIOS
				NO SANITARIOS)
ESTUVO UTILIZAN		HASTA QUE FUE DERIVADA A	DILATACION &	CUANTO TIEMPO D
MUY POO		DCO BASTAN		■ MUCHO
(MENOS DEL	.25N:OELTEMPO] (B	NTRE EL 25-50% DEL TIEMPO) (ENTRE BL	51-75% DELTIENPO)	(MAS DEL 75% DEL TIE
VALORE SU NIV	EL DE SATISFACCIÓ	N RESPECTO A LOS ASUNTO	S PLANTEADO	S EN LAS SIGUIEN
CUESTIONES (M	ARQUE EL CIRCULO E	DESEADO).		
1. EVALÚE LA INFO	RMACIÓN GRAL PROPOR	CIONADA POR LA MATRONA DE HOSP	TALIZACION, SOB	RE EL USO DE LA PELOTA
0				
NULA SATISFACCION	POCA SATISFACCIÓN	NI SATISFECHA/NI INSATISFECHA	SATISFECHA	TOTALMENTE SATIFEC
HOSPITALIZACI	IÓN.			
NULA SATISFACCION	FORM SHILD MILLION	NI SATISFECHA/NI INSATISFECHA	SATISFECHA	TOTALMENTE SATIFEC
3. VALORE SU NIV	EL DE SATISFACCIÓN C	ON EL ALIVIO DEL DOLOR PERCIBI	DO DURANTE EI	USO DE LA PELOTA.
NULA SATISFACCION	POCA SATISFACCIÓN	NI SATISFECHA/NI INSATISFECHA	SATISFECHA	TOTALMENTE SATIFEC
4. ¿CONSIDERA SI	EGURO EL USO DE LA P	ELOTA DURANTE LA HOSPITALIZA	CIÓN EN EL INICI	O DEL PARTO?
0	0		-0-	
DESACUERDO TOTAL	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO /NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUE
5. ¿RECOMENDA	RÍA EL USO DE LA PELO	TA A OTRAS GESTANTES COMO AL	IVIO DEL DOLOF	R?
0				
DESACUERDO TOTAL	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO /NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUE
	TISFACCIÓN CON EL ESF	PACIO FÍSICO DEL QUE DISPUSO DI	URANTE SU INIC	IO DE PARTO.
6. VALORE SU SAT		NI SATISFECHA/NI INSATISFECHA		
0			SATISFECHA	TOTALMENTE SATIFEC
NULA SATISFACCION	POCA SATISFACCIÓN	All artists congret marrial score		
NULA SATISFACCION		NATERIALES DE LOS QUE DISPUSO	DURANTE SU IN	ICIO DE PARTO.
NULA SATISFACCION 7. VALORE SU SAT	TISFACCIÓN CON LOS N	NATERIALES DE LOS QUE DISPUSO		
NULA SATISFACCION		NATERIALES DE LOS QUE DISPUSO	DURANTE SU IN	TOTALMENTE SATIFEC
NULA SATISFACCION 7. VALORE SU SAT	POCA SATISFACCIÓN	NATERIALES DE LOS QUE DISPUSO		

Imagen 2. Encuesta de satisfacción

Procedimiento de trabajo

La pelota de partos se ofrecía de forma habitual a las mujeres gestantes que estaban ingresadas en la unidad para maduración cervical o evolución espontánea de parto como medida de alivio del dolor. Se consideró necesario crear un grupo de trabajo para revisar criterios y consensuar las explicaciones sobre su uso. De este modo, tras una revisión bibliográfica sobre el tema se elaboró un folleto con dibujos y breves aclaraciones sobre un uso adecuado y seguro de la PDP. Se seleccionaron cuatro tipos de ejercicios: botes y movimientos circulares; rotaciones y deslizamientos; presión lumbar con flexión y extensión de rodillas; balanceos y alivio lumbar en cuadrupedia.

Se hacían constar en el mismo folleto signos de alarma a tener en cuenta para avisar al personal sanitario y en caso necesario suspender su uso. La PDP se entregaba protegida con una funda individual, impermeable y desechable, que se abría en presencia de la participante.

Para dar a conocer esta nueva línea de trabajo se programaron charlas informativas al personal adscrito a la hospitalización de MMF, para unificar el procedimiento:

- Explicar a la usuaria y acompañante lo expuesto en el folleto y asegurarse de su correcta compresión
- Entregar folleto informativo y encuesta de satisfacción³. Solicitar consentimiento informado⁴. Informar a la usuaria del momento y lugar donde poder entregar la encuesta una vez cumplimentada (se daba opción a entregarla antes de ser trasladada a la zona de paritorios o después, durante el puerperio).

Recogida y análisis de los datos

Los datos fueron extraídos de las encuestas entregadas por las participantes.

Se utilizó el programa estadístico Jamovi 23.0 para analizar las variables cualitativas y los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes

Consideraciones éticas

Se siguió en todo momento la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la declaración de Helsinki y el convenio de Oviedo relativos a las buenas prácticas y la seguridad de los pacientes. Se invitó a participar de forma voluntaria a las mujeres gestantes en el estudio al entregarles la PDP, todas ellas pudieron hacer uso de la misma independientemente de su aceptación o no a participar en el mismo.

Los datos de las participantes fueron seudonimizados mediante la asignación de un código numérico que también identificó la encuesta y permitió su seguimiento posterior. En ningún caso se guardaron datos que pudieran identificar a las participantes y se almacenaron en un dispositivo seguro del centro al que solo accedía el equipo investigador.

Resultados

Se entregaron un total de 314 encuestas, de las cuales, tras ser revisadas, estaban cumplimentadas adecuadamente un total de 142, por lo que el porcentaje de respuesta fue del 45,2% (Figura 1).

Respecto a las características de la muestra, el rango de edad más común de las participantes estaba entre los 30 y 40 años con un porcentaje del 68,8%. El 71,8 % era primípara, el número máximo de hijos fue de tres (en una única participante) presentando una media de 0,36. El inicio de parto fue espontáneo en un 51,4% y el resto preinducido.

Ante la pregunta de si la pelota favorecía el alivio del dolor, un 78,2% se mostró entre satisfecha o totalmente satisfecha. Sobre la información proporcionada a las mujeres gestantes, la de formato oral fue valorada positivamente en un 93,7%.

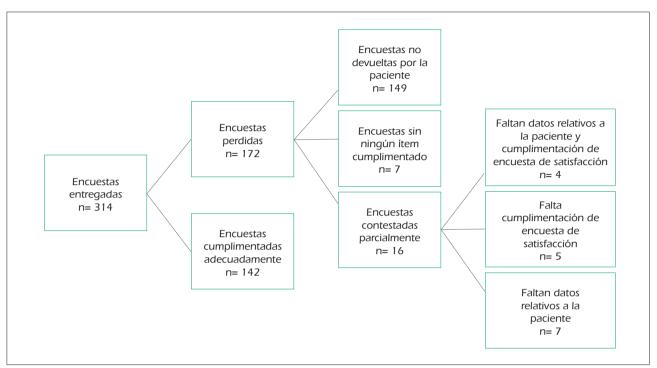


Figura 1. Diagrama de flujo de encuestas

En cuanto a la información escrita que se les entregó (folleto informativo), las pacientes también indicaron su satisfacción en un 82,4%, aunque en menor grado que respecto a la información oral (Tabla 2).

En el ítem tiempo de uso de la pelota, el porcentaje más alto conseguido fue de un 33,8% que correspondía a la op-

ción de "bastante uso" (entre 51-75% de tiempo del que se dispuso de ella), seguido de "poco uso" (entre 25-50%) con un 28,2% de las respuestas.

Un total de 11 mujeres no conocían previamente la PDP. En consecuencia, para analizar el método por el que se conoció la PDP se trabajó con una nueva muestra de mujeres ges-

Tabla 2. Satisfacción de las participantes: resultados							
		Nula satisfacción	Poca satisfacción	Ni satisfecha insatisfecha	Satisfecha	Totalmente satisfecha	N
Información impresa	n	5	3	17	66	51	142
	0/0	3,5%	2,1%	12%	46,5%	35,9%	100%
Información oral	n	0	1	8	63	70	142
	0/0	0%	0,7%	5,6%	44,4%	49,3%	100%
Espacio físico	n	3	16	31	60	32	142
	%	2,1%	11,3%	21,8%	42,3%	22,5%	100%
Recursos materiales	n	0	2	14	84	42	142
	0/0	0%	1,4%	9,9%	59,2%	29,6%	100%
Alivio del dolor	n	6	8	17	72	39	142
	0/0	4,2%	5,6%	12%	50,7%	27,5	100%

tantes, al excluir a las que no tenían conocimiento previo (N1). Del análisis de esta nueva muestra se observó que una amplia mayoría la conocía a través de una sola fuente, siendo la matrona de Atención Primaria (AP) la predominante y la constante que compartió la labor con otros profesionales sanitarios en los casos de fuentes múltiples (Tabla 3).

Tabla 3. Medio de conocimiento de PDP N 0/0 **87**% A través de un medio 114 Matrona AP 81 62% Otros medios sanitarios 7 5% No sanitarios 26 20% A través de dos medios 16 12,21% Matrona AP 12% 16 Otros medios sanitarios 6 5% No sanitarios 10 8% A través de tres medios 1 0.76% N1 = N - 11 (no conocimiento previo) 131 100%

Por último, se valoraron otros ítems tras el uso de la pelota como la percepción de seguridad y su grado de recomendación. El 71,2% lo consideró "totalmente seguro" y ante la cuestión de si lo recomendaría, se encuentra que el 61,3% está "totalmente de acuerdo" y el 30,3% está "de acuerdo", siendo un porcentaje acumulativo de 91,6% de la muestra la que recomendaría el uso de la pelota.

Discusión

El porcentaje de encuestas perdidas o indebidamente cumplimentadas, y que no fueron incluidas en los resultados, pudo deberse a diferentes circunstancias: a la flexibilidad contemplada en el diseño sobre el momento de rellenar la encuesta, a que la estructura del hospital conlleva una atención secuencial del parto que dificulta el seguimiento de la mujer por las diferentes unidades, a que la percepción subjetiva del uso de la PDP no se valora igual antes que tras la resolución del proceso y a que las prioridades de las mujeres cambian a lo largo del ingreso hospitalario.

Respecto a la satisfacción con la percepción de alivio del dolor se puede decir que los resultados obtenidos en el presente estudio siguen la línea de la evidencia científica disponible, ya que el uso de PDP resultó, en fase latente, sa-

tisfactorio respecto al alivio del dolor (78,2%). Según la revisión publicada por Delgado et al.¹º, la reducción del dolor con el uso de PDP en la primera etapa de parto, después de 20 a 90 minutos de uso, tiene una evidencia moderada, en línea con nuestro estudio. Sin embargo, Fournier et al.⁶ encontraron en su investigación una relación positiva entre un mayor tiempo de entrenamiento con la PDP y el alivio del dolor, si bien es cierto que su estudio valoraba los ejercicios con PDP en la etapa prenatal y no en la fase latente del parto.

En cuanto a la variable "tiempo de uso" se debería, quizá, haber especificado como tiempo real y no como porcentaje, ya que aportó unos datos subjetivos e inespecíficos. Aun así se puede considerar que el uso de la PDP cumplió los tiempos de las referencias consultadas, entre 15 y 90 minutos^{2,5,6,14,15}. El tiempo medio del que las mujeres gestantes incluidas en el estudio dispusieron de la PDP fue de 5 horas y 40 min (intervalo entre 20 y 1.700 min) en aquellas que entraron en fase activa de parto. Para las que no lo consiguieron y les fue indicada una inducción con oxitocina fue de 27 horas y 21 minutos (intervalo de 165 a 2.570 min).

Se obtuvo una mayor satisfacción con la información oral que con la escrita, resultado que concuerda con la importancia del acompañamiento profesional para ayudar a la mujer de forma personalizada, ética y con criterio clínico como recogen distintas revisiones^{29,30}.

Son destacables los resultados obtenidos sobre el origen del conocimiento previo al parto de la PDP, ya que ponen en valor el trabajo de las matronas de AP de nuestra zona de referencia. El sistema de difusión y uso utilizado debería ser objeto de otro estudio para valorar si está normalizado, a semejanza del descrito por Gau et al.³¹ en su programa de intervención en Taiwán, donde los ejercicios fueron definidos en tiempo y forma o depende de cada profesional, en ausencia de protocolos institucionales al respecto, como destaca Silva et al.³² tras su estudio en Sao Paulo.

Por otro lado, el elevado porcentaje (91,6%) de mujeres que lo recomendaría se asemeja al obtenido por Cots Paltor et al.³ en su estudio realizado en Sabadell con una intención de utilización en un siguiente parto en el 97,8% de la muestra.

Limitaciones del estudio

Los meses de verano hubo una disminución de la recogida de encuestas por motivos ajenos al proyecto.

Conclusión

El objetivo de este estudio ha sido valorar la aceptación, por parte de las mujeres gestantes de nuestro medio, del uso de la PDP como herramienta para aliviar el dolor y favorecer el confort de la fase latente de parto en una unidad de hospitalización.

Se ha demostrado que la esferodinamia en fase latente es un método ampliamente conocido desde la Educación Maternal prenatal, que actúa como nexo de continuidad entre la atención prenatal y el parto, que satisface a la mayoría y que resulta seguro, ya que no hubo ninguna caída o dificultad de uso por parte de las mujeres gestantes. Ofrece también la oportunidad de desarrollar una "psicoprofilaxis prenatal intraparto o de urgencia" al reducido porcentaje de mujeres embarazadas que desconozca esta herramienta, con el objeto de mejorar su experiencia.

Se considera que son necesarios más estudios que tengan en cuenta otras variables que puedan influir en la evolución del proceso, tales como el modo de uso de la esferodinamia en la preparación prenatal, el tiempo real de uso de PDP en fase latente o su influencia sobre malposiciones del polo fetal en la dilatación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A nuestros compañeros de las Unidades de Hospitalización de Puerperio y Medicina Materno Fetal (en especial a Irene Campos Trol, Beatriz Alba Sánchez e Idoya Galé Ederra), al Área de Innovación e Investigación en la enfermería de la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, a nuestras familias y a todas las mujeres que nos han ayudado a Ilegar a este momento.

Bibliografía

- 1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
- Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Tizón Bouza E. La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso del parto. Rev ROL Enferm. 2014; 37(3):188-94.

- Mata F, Chulvi I, Roig J, Heredia JR, Isidro F, Benítez Sillero JD, et al. Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. Rev Andal Med Deporte. [internet] 2010 [citado 3 nov 2021]; 3(2):68-79. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-pdf-X1888754610509220
- Committee on Obstetric Practice Number 804. Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstetrics & Gynecology [internet]. 2020 [citado 3 nov 2021]; 135(4):178-88. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/04000/Physical_Activity_and_Exercise_During_Pregnancy.61.asp
- Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. Midwifery. 2011 [citado 3 nov 2021]; 27(6):293-300.
- 6. Fournier D, Feeney G, Mathieu M-E. Outcomes of exercise training following the use of a birthing ball during pregnancy and delivery. J Strength Cond Res. 2017; 31(7):1941-7.
- 7. Lafuente Pardos MS. Biomecánica del parto. Entrenamiento sinérgico puerperal. Matronas hoy. 2014; 2(1):15-29.
- 8. Delgado-García BE. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. Enferm Clin 2012; 22(1):35-40.
- Taavoni S, Abdolahian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. J Midwifery Women's Health. 2011; 56:137-40.
- Delgado A, Maia T, Melo RS, Lemos A. Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Clin Pract. 2019; 35:92-101.
- Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brazil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. Rev Gaúcha Enferm. 2019; 40.
- 12. Cots Paltor Ml. Beneficios de la pelota de partos (*birth ball*) en la sala de partos. Metas de Enferm. 2010; 13(9):62-5.
- Leung RW, Li JF, Leung MK, Fung BK, Fung LC, Tai SM, Sing C, Leung WC. Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. Hong Kong Med J. 2013; 19(5):393-9.
- Fernández-Arranz J, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM, Moro-Tejedor MN. Birthing ball versus pethidine and haloperidol in satisfaction with childbirth. Enferm Clin. 2019; 29(4):234-8.
- 15. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. J Physiother. 2018; 64(1):33-40.
- 16. Fournier D, Feeney G, Mathieu ME. Outcomes of exercise training following the use of a birthing ball during pregnancy and delivery. J Strength Cond Res. 2017; 31(7):1941-7.
- 17. Pérez Valverde MC, Sánchez Rueda M, Ramírez Piedra MC, Sánchez Rodríguez A, Gómez López A, Martínez Bienvenido

- E. La introducción del uso de la pelota en el paritorio. Rev Paraninfo Digital. 2012; 15.
- 18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; 8.
- Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [internet]. Ginebra: OMS [citado 3 nov 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO -RHR-18.12-spa.pdf
- 20. Leung RW, Li JF, Leung MK, Fung BK, Fung LC, Tai SM, Sing C, Leung WC. Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. Hong Kong Med J. 2013; 19(5):393-9.
- 21. Delgado García BE. Estudio experimental controlado y aleatorizado sobre la efectividad y seguridad del uso de la pelota de parto durante el trabajo de parto [internet]. Universidad de Alicante; 2015 [citado 3 nov 2021]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=54357
- 22. Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2015; 41(11):1679-86.
- 23. Gómez Coca, Susana; Villamor Ruiz, Elena María; Fernández Álvarez, Fernando. Efectividad de la esferoterapia durante el trabajo de parto. Rev Paraninfo Digital [internet] 2016 [citado 3 nov 2021]; 25. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n25/242.php
- 24. Roth C, Dent SA, Parfitt SE, Hering SL, Bay RC. Randomized

- Controlled Trial of Use of the Peanut Ball During Labor. MCN. 2016; 41(3):140-6.
- 25. Melo PS, Barbieri M, Westphal M, Fustinoni SM, Henry AJ, Francis El A, Gabrielloni MC. Parámetros maternos y perinatales después de intervenciones no farmacológicas: un ensayo clínico controlado aleatorizado. Acta Paul Enferm. 2020; 33.
- 26. Delgado-García BE. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. Enferm Clin 2012; 22(1):35-40.
- 27. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Syst Rev 2013; 10.
- 28. Sánchez Rojo C. Tendencias actuales en la maduración cervical e inducción de parto. Matronas Hoy. 2013; 1(3).
- 29. Scvartz, Helenna Vieira; Prates, Lisie Alende; Possati, Andrêssa Batista; Ressel, Lúcia Beatriz. Estratégias de alívio da dor no trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa. J Nurs Health. 2016; 6(2):355-62.
- Sabrina Morales Alvarado, Alex Guibovich Mesinas, Maribel Yábar Peña. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz Med 2014; 14(4):53-7.
- 31. S Tian, C Kao, K Lin, C Chang, M Gau. Effects of Birth Ball Exercises on Labor Pain and Childbirth Satisfaction. Journal of nursing & healthcare research. 2013; 9(1):13–22.
- 32. Mota e Silva L, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Barbosa da Silva FM, Barreto Alvarenga M. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta paul. Enferm. 2011; 24(5):656-62.

}

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
- Cursos de Gestión
- Cursos de Quirófano

- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



Originales

- ¹ Esther Arredondo García
- ² María Dolores Pozo Cano
- ³ Encarnación Martínez García
- ⁴ Mª Adelaida Álvarez Serrano

Probióticos y candidiasis vulvovaginal

- ¹ Enfermera. Centro de Salud de las Arenas. Guecho (Vizcaya).
- ² Matrona. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.
- ³ Matrona. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Hospital de Guadix (Agencia Pública Hospital de Poniente).
- ⁴ Enfermera. Doctora. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

E-mail: pozocano@ugr.es

Fecha de recepción: 20 de julio de 2021. Fecha de publicación: 15 de noviembre de 2021.

Cómo citar este artículo:

Arredondo García E, Pozo Cano MD, Martínez García E, Álvarez Serrano MA. Probióticos y candidiasis vulvovaginal. Matronas Hoy 2021; 9(3):21-31.

Resumen

Introducción: la candidiasis vulvovaginal (WC) es un problema de salud que normalmente es de origen infeccioso. El tratamiento con antimicóticos y antibióticos suele ser eficaz. Sin embargo, se han encontrado patógenos que son resistentes a los tratamientos tradicionales. Esto ha llevado a buscar nuevas alternativas para tratarlo, como es el caso de los probióticos.

Objetivos: identificar el efecto de los probióticos en las vulvovaginitis, así como la eficacia de los mismos en las vulvovaginitis recurrentes, y comparar el uso por vía vaginal frente a la vía oral.

Metodología: para esta revisión bibliográfica se utilizaron como bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl y Scopus. Tras aplicar criterios de inclusión y realizar una valoración se seleccionaron 14 artículos para desarrollar dicha revisión.

Resultados y discusión: algunos Lactobacillus eran buenos microorganismos probióticos, ya que presentaban actividad antifúngica y eran capaces de restablecer la colonización vaginal, mejorando los síntomas. Se sugirió que los probióticos podían ayudar a prevenir y a tratar la WC. La mayoría de estudios que utilizaron la vía oral dieron resultados óptimos, en cambio en la vía vaginal solo dos artículos mostraron resultados positivos. También se estudió la combinación de probióticos con fármacos antimicóticos para la candidiasis vulvovaginal recurrente (RWC), llegando a la conclusión de que este tratamiento conjunto podía ser eficaz para tratarla.

Conclusión: los *Lactobacillus* son bacterias probióticas que colonizan, recuperan y mantienen la microbiota vaginal normal. La vía oral está mejor considerada, por estudios anteriormente publicados. Los probióticos junto a fármacos antimicóticos pueden ser efectivos como tratamiento para las recurrencias.

Palabras clave: candidiasis vulvovaginal; probióticos; *Lacto-bacillus*; *Candida albicans*; antifúngicos; vaginitis.

Abstract

Probiotics and vulvovaginal candidiasis

Introduction: vulvovaginal candidiasis (WC) is a health problem typically with an infectious origin. Treatment with antifungals and antibiotics is usually effective. However, some pathogens have been found to be resistant to traditional treatments. This has led to searching for new treatment options, such as probiotics.

Objectives: to identify the effect of probiotics on vulvovaginitis, as well as their efficacy in recurrent vulvovaginitis, and to compare their vaginal and oral routes of administration.

Methodology: for this bibliographic review, Pubmed, Cuiden, Cinahl and Scopus were used as databases. After applying inclusion criteria and an assessment, 14 articles were selected for said review.

Results and discussion: some Lactobacillus were good probiotic microorganisms, because they presented antifungal activity and were able to re-establish vaginal colonization, thus improving symptoms. It was suggested that probiotics could help to prevent and treat VVC. The majority of studies using oral administration showed optimal results; however, only two articles showed positive outcomes with the vaginal route of administration. The combination of probiotics with antifungal drugs was also studied for recurrent vulvovaginal candidiasis (RVVC), and the conclusion was that this joint therapy could be an effective combination.

Conclusion: Lactobacillus are probiotic bacteria which colonize, recover and sustain the normal vaginal microbiota. Oral administration is considered more positive, based on previously published studies. Probiotics in combination with antifungal drugs can be an effective treatment for recurrence.

Key words: *vulvovaginal candidiasis; probiotics; Lactobacillus; Candida albicans; antifungals; vaginitis.*

Introducción

La microbiota vaginal está constituida por bacterias que se encuentran en un equilibrio, cuando se produce la rotura de este, ya sea por reducción de la población de bacterias autóctonas o bien por el crecimiento de otras especies, se provoca la aparición de patología¹.

En la menarquía aumentan los estrógenos, lo que produce un aumento de la producción de glucosa por el epitelio, formándose el sustrato para que los lactobacilos generen ácido láctico y se reduzca el pH. Para conservar el ecosistema vaginal, los lactobacilos compiten con los patógenos por los nutrientes disponibles, lo hacen produciendo sustancias como lactacinas, acidolinas y peróxido de hidrógeno que mantienen el pH ácido; bloqueando receptores epiteliales para hongos por coagregación; y potenciando la respuesta inmune mediante secreción de interleucina 8 y 10, que son importantes en el aclaramiento de las vulvovaginitis².

Los lactobacilos de la vagina proceden fundamentalmente de la microbiota intestinal. Está formada por lactobacilos; no obstante, también se encuentran cocos grampositivos anaerobios, bacilos y en menor proporción estreptococos, actinomicetos anaerobios, estafilococos, enterococos, *ureaplasma sp.* y *mycoplasma hominis*. Los métodos moleculares han detectado que los lactobacilos que predominan en la vagina son *Lactobacillus: jensenii, crispatus, gasseri, salivarius, vaginalis* e *iners*. En algunos casos aparecen lactobacilos que colonizan el tubo digestivo como *iners, rhamnosus* y *casei*².

Debido a la fisiopatología de la microbiota vaginal se han incluido los probióticos como terapia de muchas enfermedades de la mujer, ya que restituyen la microbiota normal, utilizándose como coadyuvantes y/o tratamiento de primera elección para las vaginitis^{1,2}.

Los probióticos son productos que están compuestos por cepas de microorganismos viables, y además son capaces de modificar la microflora en los compartimentos del huésped, por implantación o colonización, dando lugar a efectos beneficiosos en él. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a los probióticos como "microorganismos vivos que, si se administran en cantidad suficiente, tienen efectos beneficiosos para la salud del huésped"³.

Estos se pueden emplear tras terapia antibiótica, que tiene como finalidad producir la recolonización de la mucosa y disminuir el pH vaginal antes de que el patógeno pueda recuperarse. Por esta razón, los probióticos son muy útiles para evitar infecciones vaginales y urinarias recurrentes, incluyendo la vulvovaginitis candidiásica recurrente, ya que demuestran un aumento de la eficacia y una disminución de las recidivas. Las dos posibles vías de administración son la vaginal y la oral¹.

La WC es una enfermedad inflamatoria de la vagina y la

vulva causada por distintas especies de hongos, principalmente por *Candida albicans*, secundaria a condiciones fisiológicas alteradas. Cuando se altera la microbiota vaginal y tiene lugar la proliferación de *Candida* se producen unos síntomas característicos: aumento de la secreción vaginal, dispareunia, disuria, prurito, lesiones en la vulva y periné, escozor en los genitales externos, y mucosa vaginal eritematosa con secreción blanca que se desprende fácilmente. El 25% de las vulvovaginitis infecciosas son candidiasis. *Candida albicans* es la responsable del 90% de los episodios de WC. También puede ser producida por otras especies como: *Glabrata*, *Tropicalis* y *Krusei*. Estas especies menos habituales representan el 10% y se ha registrado recientemente un aumento en la resistencia al tratamiento habitual⁴.

La incidencia es alta, afectando al 75% de todas las mujeres al menos una vez durante su vida⁵. Aquellas que presentan RVVC tienen más probabilidad de infección por otras especies no albicans, llegando al 10-15% de la población afectada⁶.

La WC es la segunda causa más común de vaginitis tras la vaginosis bacteriana, diagnosticándose hasta el 40% de las mujeres que presentan quejas vaginales en Atención Primaria. No obstante, se estima que lo más probable es que tres de cada cuatro mujeres padezcan al menos un episodio de WC en su vida. Entre el 5% y el 10% de esas mujeres sufrirá infecciones recurrentes. La RVVC es una enfermedad con múltiples factores, para considerarse esta, tienen que darse al menos tres episodios sin estar relacionados con terapia antibiótica y tiene que presentarse en el periodo de un año. Los factores de riesgo asociados son: diabetes mellitus, terapia antibiótica o embarazo, aunque la mayoría de mujeres con RWC desarrollan la infección sin factores de riesgo específicos. De momento, no se han determinado cuáles son los factores que intervienen en el cambio de WC infrecuente a RVVC7.

Se han expuesto dos hipótesis para explicar la RWC. En primer lugar se habla de la reinfección a través de reservorios en otros sistemas orgánicos (tracto urinario o sistema digestivo) o por contaminación (transmisión sexual). La segunda hipótesis se basa en la semejanza de biotipos de cepas, que son detectadas en sucesivos episodios. Ambas hipótesis incluyen factores implicados, además de incluir los factores que están relacionados con el agente infeccioso y el huésped. Debido a un tratamiento inadecuado o la existencia de cepas resistentes puede generar un fallo terapéutico, como consecuencia de esto, puede dar lugar a una recurrencia. Candida albicans es sensible a los imidazoles, en cambio Candida glabrata es más resistente, aumentando la frecuencia de las recidivas. Existen mutaciones y variaciones antigénicas, que podrían estar implicadas incrementando la virulencia y, por lo tanto, la recurrencia8.

Por lo anteriormente explicado, cabe destacar la importancia de conocer la eficacia del uso de probióticos en RWC, además de comprender el efecto que ejerce la utilización de los mismos en las vulvovaginitis, así como la diferencia entre la vía oral y la vía vaginal.

Objetivos

- Identificar el efecto del uso de los probióticos en las vulvovaginitis.
- Comparar la eficacia del uso por vía vaginal frente a la vía oral.
- Conocer la eficacia de la utilización de probióticos en las vulvovaginitis recurrentes.

Metodología

La metodología que se ha utilizado para realizar este trabajo está fundamentada en una revisión bibliográfica, que fue realizada en los meses de noviembre de 2019 a abril de 2020 en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl y Scopus.

Los tesauros DeCS empleados para esta búsqueda fueron: "probióticos" y "candidiasis vulvovaginal", siendo los MeSH respectivos: "probiotics" y "candidiasis vulvovaginal". Estos se usaron de manera combinada mediante el operador boleano "AND".

Los criterios de inclusión para la búsqueda han sido:

- Antigüedad no superior a los 10 años.
- Artículos originales.
- Objeto de estudio: ser humano.
- Idiomas: español e inglés.

De manera que los estudios que no cumplieran estos criterios, quedarían descartados en la primera selección (Figura 1).

Resultados y discusión

La vulvovaginitis representa más de un tercio de las visitas que se llevan a cabo en la consulta de ginecología en España, además de repercutir de manera importante en la vida diaria de muchas mujeres. En la última década se han realizado estudios que han mostrado resultados óptimos sobre la aplicación de probióticos en pacientes con vulvovaginitis. La utilización de estos se debe al papel que desempeñan los *Lactobacillus*, promoviendo un ambiente vaginal con pH ácido, que dificulta el crecimiento de los patógenos⁹ (Tabla 1).

Estudios como el que realizaron Er et al.¹⁰ expusieron que la mayoría de bacterias de ácido láctico, que pertenecían a

las especies de *Lactobacillus*: *crispatus*, *fermentum*, *acidophilus*, *paracasei*, *pentosus* y *iners*, presentaban actividad antifúngica contra cepas de *Candida albicans*, *glabrata* y *tropicalis*, por lo que fueron buenos candidatos a microorganismos probióticos.

Así mismo, Deidda et al.¹¹ estudiaron el uso de *Lactobacillus fermentum* para la profilaxis y como terapia adyuvante para la VVC, ya que previamente registraron una evidente resistencia a los azoles normalmente utilizados. Se obtuvieron resultados óptimos, ya que las cepas probadas tenían la capacidad de inhibir significativamente el crecimiento de cinco especies de *Candida*, lo que quiere decir que el uso de *Lactobacillus* era una buena alternativa para prevenirlo.

En línea con estos resultados se encuentra el estudio de Vladareanu et al.¹², que confirmaron que la administración de probióticos *Lactobacillus iners* P17630 por vía oral mejoraba la colonización vaginal de bacterias ácidas lácticas, al comparar el día 0 con el día 45 (p= 000016) y con el día 90 (p= 0,001415). *Lactobacillus iners* fue más eficiente que el placebo reduciendo el enrojecimiento de la mucosa vaginal (día 45: p= 0,006 y día 90: p= 0,001), y disminuyendo la inflamación (día 45: p= 0,002 y día 90: p= 0,001). Sugirieron el uso de este probiótico para prevenir los episodios de VVC, ya que la mayor adherencia de lactobacilos a las células epiteliales vaginales se asoció con la mejoría de los signos clínicos, como enrojecimiento, hinchazón y secreción.

Además del uso exclusivo de probióticos, existen otras alternativas como la combinación de los mismos con ácido bórico.

Hay constancia del uso de fórmulas compuestas con ácido bórico para tratar las infecciones vaginales desde hace más de 100 años. No se considera un tratamiento de primera elección, porque presenta elevada toxicidad, aunque es recomendado para infecciones complicadas o cuando tratamientos antimicóticos han fallado⁹.

Tena et al.⁹ expusieron en su estudio la ausencia de diferencias significativas (p< 0,05) en cuanto al progreso de la vulvovaginitis entre el uso de ácido bórico con probióticos (*Lactobacillus gasseri* y *rhamnosus*) y el tratamiento con clotrimazol, ambos tratamientos eran igual de eficaces por vía vaginal. Se alcanzó la resolución del 60,9% en el grupo que tomó probióticos junto con ácido bórico, y 62,5% en el grupo que tomó el antimicótico, la mejoría en 39,1% y 33,3%, y ausencia de respuesta en 0% y 4,2% respectivamente. Esto se puede deber a que el tamaño de la muestra es limitado, necesitando que esta sea más amplia para obtener resultados más válidos y representativos.

Los probióticos se pueden administrar por dos vías: la vía vaginal y la vía oral. Esta última está obteniendo importancia porque se ha demostrado un enriquecimiento significativo de lactobacilos en la cavidad vaginal, tras la ingesta oral¹³.

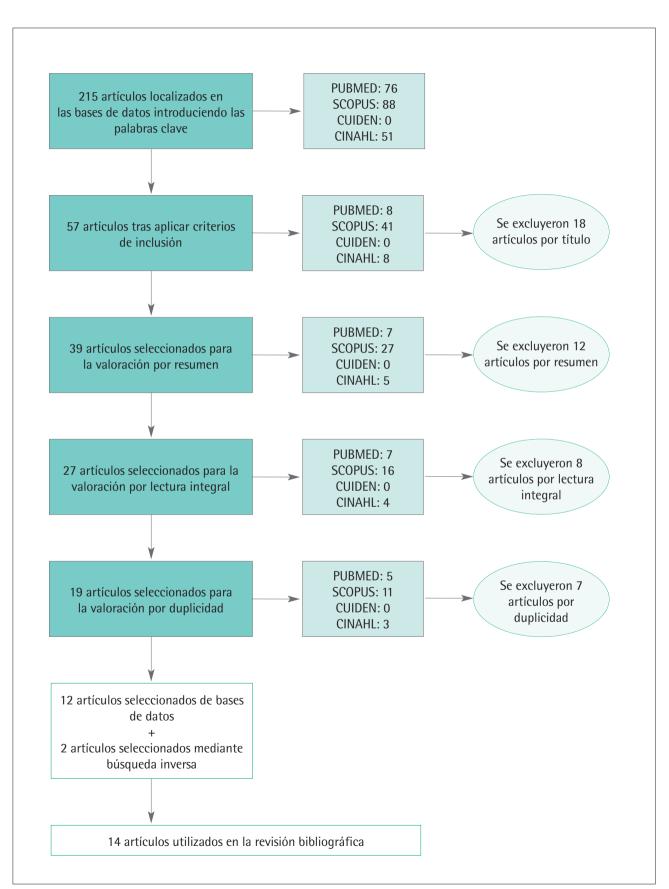


Figura 1. Artículos que forman parte del estudio

Tabla 1. Relación de artículos analizados					
Título del artículo	Autores y año	Tipo de estudio	Objetivos	Principales resultados y conclusiones	
Boric acid and probiotics in bacterial and fungal vulvovaginitis as an effective therapeutic option	Tena González JA, San Juan P, Herráiz Esteban N, de Castellar Sansó R, Tort Sánchez G 2019	Ensayo piloto aleatorizado Muestra: 48 mujeres	Demostrar que la aplicación vaginal de ácido bórico y probióticos es efectiva para tratar la vulvovaginitis	Se logró la curación del 60,9% de las mujeres que fueron tratadas con ácido bórico + probióticos y 62,5% de las que tomaron clotrimazol/clindamicina. Mejoría en 39,1% y 33,3% respectivamente El tratamiento con ácido bórico y probióticos puede ser un tratamiento igual de eficaz que los tratamientos estándar	
Anticandidal activities of lactic acid bacteria isolated from the vagina	Er S, Istanbullu Tosun A, Arik G y Kivanç M 2019	Estudio observacional Muestra: 30 mujeres	Investigar la actividad anticandida de las bacterias de ácido láctico, obtenidas a través de cultivos vaginales	Las bacterias del ácido láctico mostraron actividad antifúngica contra cepas de Candida albicans, glabrata y tropicalis aisladas de la vagina Estas bacterias con alta actividad antifúngica pueden ser candidatos a microorganismos probióticos	
The in vitro effectiveness of Lactobacillus fermentum against different candida species compared with broadly used azoles	Deidda F, Amoruso A, Nicola S, Graziano T, Pane M, Allesina S, Raiteri E, Del Piano M, Mogna L 2016	Ensayo clínico	Investigar el uso de cepas de <i>Lactobacillus</i> en la profilaxis y/o la terapia adyuvante de la candidiasis vulvovaginal aguda y otras infecciones vaginales provocadas por <i>Candida</i>	Las cepas de <i>Lactobacillus</i> probadas tienen la capacidad de inhibir el crecimiento de las cinco especies de <i>Candida</i> El uso de lactobacilos, podría ser una buena alternativa para la prevención y el tratamiento de las infecciones por <i>Candida</i>	
New evidence on oral L. plantarum P17630 product in women with history of recurrent vulvovaginal candidiasis (RWC): a randomized double- blind placebo-controlled study	Vladareanu R, Mihu D, Mitran M, Mehedintu C, Boiangiu A, Manolache M, Vladareanu S 2018	Estudio aleatorizado doble ciego controlado con placebo Muestra: 93 mujeres	Evaluar la actividad y la tolerabilidad oral de una cepa probiótica específica <i>Lactobacillus</i> <i>iners</i> P17630 en la colonización vaginal	La ingesta de probióticos mejoró significativamente la colonización de lactobacilos al comparar el día 0 con el día 45 (p= 000016) y con el día 90 (p= 0,001415). La mejoría de los signos (enrojecimiento, hinchazón) fue mayor en el grupo probiótico La administración de <i>Lactobacillus iners</i> P17630 mejora la colonización vaginal	
Randomised clinical trial in women with recurrent vulvovaginal candidiasis: Efficacy of probiotics and lactoferrin as maintenance treatment	Russo R, Superti F, Karadja E, De Seta F 2018	Ensayo clínico aleatorizado Muestra: 48 mujeres	Evaluar la eficacia de una formulación oral sobre los síntomas y la recurrencia de WC como terapia adyuvante al clotrimazol tópico	Mejora significativa del picazón (p< 0,01) en el grupo tratado con probiótico y lactoferrina (70,8%) a los tres meses, a diferencia del grupo placebo (8,3%). A los seis meses, 83,3% y 0% respectivamente. Tuvieron menos recurrencias a los seis meses el grupo tratado con probióticos (p< 0,01) La combinación de lactobacilos con lactoferrina es un tratamiento adyuvante seguro y efectivo para reducir los síntomas y las recurrencias de RVVC	

Tabla 1. Relación de artículos analizados (continuación)				
Título del artículo	Autores y año	Tipo de estudio	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
Comparing the recurrence of vulvovaginal candidiasis in patients undergoing prophylactic treatment with probiotic and placebo during the 6 months	Davar R, Nokhostin F, Eftekhar M, Sekhava L, Bashiri Zadeh, M, Shamsi F 2016	Ensayo clínico aleatorizado Muestra: 59 mujeres	Examinar el efecto de los probióticos sobre la profilaxis, así como la reducción de la recurrencia de la WC	A los seis meses del estudio se dieron recurrencias: 11 casos en el grupo placebo (35,5%) y dos en el grupo probiótico (7,2%) Tomar probióticos con fármacos antimicóticos puede ser altamente efectivo para tratar WC
Features of vaginal bacteria community in women with recurrent vulvovaginal candidiasis	Shen J, Su MJ 2015	Estudio caso y controles Muestra: 467 mujeres	Investigar las características de las bacterias vaginales en mujeres con candidiasis vulvovaginal recurrente y su riesgo etiológico en la salud vaginal	 El pH vaginal y la puntuación Nugent fue mayor en el grupo RVVC La densidad de <i>Lactobacillus</i> fue mayor en el grupo control (mujeres sanas) Existe controversia de si los probióticos pueden prevenir las recurrencias, se deben de realizar estudios con muestras más grandes
Vaginal colonisation by probiotic lactobacilli and clinical outcome in women conventionally treated for bacterial vaginosis and yeast infection	Pendharkar S, Brandsborg E, Hammarström L, Marcotte H, Larsson PG 2015	Dos ensayos clínicos Muestra: 40 mujeres	Investigar la colonización por lactobacilos y el resultado en mujeres con vaginosis bacteriana (BV) y RWC que reciben tratamiento antibiótico o antifúngico en combinación con las cápsulas probióticas	Las tasas de curación para WC fueron del 100% y 89% con el tratamiento fluconazol + probióticos, y del 100% y 70% con tratamiento fluconazol Se sugiere tratamiento con antibiótico o antimicóticos en combinación de probióticos, ya que proporciona cura contra BV y RVVC
Can Lactobacillus fermentum LF10 and Lactobacillus acidophilus LA02 in a slow-release vaginal product be useful for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis? A clinical study	Murina F, Graziottin A, Vicariotto F, De Seta F 2014	Ensayo clínico Muestra: 58 mujeres	Evaluar la efectividad de la asociación de dos cepas específicas Lactobacillus fermentum LF10 y acidophilus LA02 en pacientes con candidiasis recurrente	 Un paciente abandonó el estudio 42 pacientes tratados con Lactobacilos permanecieron sin recurrencia tras siete meses 15 pacientes no respondieron bien al tratamiento. Se destaca el uso de Lactobacilos específicos para crear y mantener una biopelícula, que dificultará la persistencia de una infección por Candida
Is it posible to prevent recurrent vulvovaginitis? The role of Lactobacillus plantarum 11001 (CECT7504)	Palacios S, Espadaler J, Fernández- Moya JM, Prieto C, Salas N 2016	Estudio prospectivo aleatorizado Muestra: 55 mujeres	Evaluar el impacto del uso de <i>L. iners</i> 1001, aplicado por vía vaginal, en la recurrencia de VVC después de una dosis única de clotrimazol vaginal	Tasa de abandono mayor con el clotrimazol solo. Alta eficacia, falta de efectos secundarios, mayor cumplimiento y satisfacción general en grupo con tratamiento probiótico Se deben realizar estudios para evaluar la efectividad de <i>L. iners</i> 11001, con muestras de mayor tamaño y aleatorias

Tabla 1. Relación de artículos analizados (continuación)					
Título del artículo	Autores y año	Tipo de estudio	Objetivos	Principales resultados y conclusiones	
Estudio PROBIT sobre la utilización de probióticos orales en las infecciones vaginales	Santamaría A, De la Iglesia R, Blanco-Soler, C, Tena JA 2017	Estudio observacional retrospectivo Muestra: 649 mujeres	Conocer la situación clínica actual de las infecciones vaginales y la utilización de un complemento alimentario (cápsula de probióticos lactobacilos y fructooligosacárido, para el tratamiento coadyuvante de estas infecciones)	Más del 90% de las mujeres afirma alta mejoría al utilizar el complemento alimentario basado en probióticos lactobacilos y fructooligosacáridos La administración por vía oral de probióticos se muestra como una estrategia eficaz para mejorar la resolución y prevenir la aparición de recidivas	
Orally administered multispecies probiotic formulations to prevent urogenital infections: a randomized placebocontrolled pilot study	Mezzasalma V, Manfrini E, Ferri E, Boccarusso M, Di Gennaro P, Schiano I, Michelotti A, Labra M 2016	Estudio piloto aleatorizado controlado con placebo Muestra: 60 mujeres	Evaluar la detección de formulaciones probióticas en la vagina administradas por vía oral, que muestran propiedades antimicrobianas en la prueba <i>in vitro</i>	L. acidophilus, L. reuteri, L. iners, L. rhamnosus y B. lactis aumentaron significativamente (p< 0,05) en los grupos administrados con F1 y F2, en comparación con el grupo F3 Este estudio es la base para comprobar la capacidad F1 y F2 para prevenir o tratar infecciones urogenitales	
Effectiveness of the association of 2 probiotic strains formulated in a slow- release vaginal product, in women affected by vulvovaginal candidiasis: a pilot study	Vicariotto F, Del Piano M, Mogna G 2012	Estudio piloto Muestra: 30 mujeres	Evaluar el establecimiento y mantenimiento de un efecto barrera contra la <i>Candida</i> en mujeres que padecen vulvovaginitis	La administración de probióticos resolvió los síntomas tras 28 días en 26 pacientes. Solo tres de las 26 pacientes tuvieron recurrencias al finalizar el segundo mes Se confirma el efecto barrera a largo plazo que ofrecen las cepas probióticas seleccionadas	
Lactobacillus plantarum P17630 for preventing Candida vaginitis recurrence: a retrospective comparative study	De Seta F, Parazzini F, De Leo R, Banco R, Maso GP, De Santo D, Sartore A, Stabile G, Inglese S, Tonon M, Restaino S 2014	Estudio retrospectivo Muestra: 89 mujeres	Evaluar el efecto de la aplicación de Lactobacillus iners P17630 en la restauración de la microbiota vaginal y la prevención de recurrencias en mujeres con WC aguda que reciben terapia convencional	Las mujeres tratadas con probióticos mostraron un aumento significativo (p< 0,01) en los valores de <i>Lactobacillus</i> , y una mejora de los síntomas (p< 0,03) Se confirma que <i>L. iners</i> P17630 puede reducir síntomas vaginales tras tratamiento convencional, además de mejorar el pH vaginal	

Santamaría et al.¹³ estudiaron el uso de complementos alimentarios (cápsula probiótica), basados en lactobacilos (*Lactobacillus crispatus* LBV88, *rhamnosus* LBV96, *jensenii* LBV116 y *gasseri* LBV150) y fructooligosacárido por vía oral. En los casos en los que se recetó dicha cápsula probiótica, el 41% fue como coadyuvante para tratar la candidiasis y 33,3% de los casos para prevenir las infecciones vaginales de repetición. Se mostró que era una estrategia efectiva para resolver la infección, además de prevenir la aparición de recurrencias, mediante el restablecimiento del equilibrio de la microbiota.

De igual modo, Mezzasalma et al.¹⁴ realizaron un estudio donde quisieron evaluar las formulaciones probióticas de varias especies de *Lactobacillus* administradas por vía oral. La primera formulación estaba formada por Lactobacillus acidophilus y reuteri; la segunda por Lactobacillus iners, rhamnosus y Bifidobacterium animalis subsp. lactis; y la tercera era un placebo. Además, se demostró que todas las especies estudiadas tenían actividad antimicrobiana contra cepas de Candida albicans y Escherichia coli. A los siete días observaron un aumento significativo (p< 0,05) en todas las especies de Lactobacillus del primer y segundo grupo, excepto Lactobacillus iners, que fue estadísticamente significativo (p< 0,05) a los 14 días tras el tratamiento. Esto quiere decir, según lo investigado en este estudio, que Lactobacillus iners no era tan eficiente como otros probióticos en la colonización. Sugirieron que quizás esta cepa necesitaba un tratamiento más prolongado o una mayor concentración en las cápsulas administradas por vía oral.

De todas las investigaciones realizadas por vía vaginal solo han sido dos las que han dado resultados óptimos. La primera fue la realizada por Vicariotto et al.¹⁵ y se utilizó *Lactobacillus fermentum* LF10 y *acidophilus* LA02, ambas por vía vaginal. Se resolvieron significativamente los síntomas tras 28 días, en 26 de los 30 pacientes (86,6%, p< 0,001). Solo tres de las 26 pacientes tuvieron recurrencias (11,5%, p= 0,083), aunque estas no fueron graves.

El segundo estudio fue el realizado por De Seta et al. ¹⁶, emplearon *Lactobacillus iners* P17630 y obtuvieron un aumento estadísticamente significativo (p< 0,001) de su colonización en las mujeres tratadas con probióticos (80%), a diferencia del grupo control (40%). Además hubo una mejoría significativa (p< 0,03) de los síntomas en el grupo que tomó probióticos (90%), frente a los del grupo control (67,5%). Es importante resaltar que solo se registraron recidivas en el grupo que no fue tratado con probióticos.

Aunque los dos estudios anteriores han dado resultados positivos utilizando la vía vaginal, en esta revisión son muchas las investigaciones que respaldan el uso por vía oral, por sus buenos resultados. Estudios publicados anteriormente exponen la ventaja de la administración oral, ya que se ha demostrado la supervivencia de los probióticos a nivel gástrico, permitiendo que los lactobacilos viables colonicen el

intestino como "bacterias buenas". Los lactobacilos llegan a la vagina por vía de contaminación cruzada, a través del recto después de pasar por todo el intestino. De manera que los lactobacilos llegan a la vagina conservando su actividad probiótica¹².

Son muchos los autores que han investigado sobre el uso de probióticos en combinación con fármacos antimicóticos como el fluconazol o el clotrimazol. A pesar de que los fármacos antimicóticos pueden ser muy efectivos y tener alta calidad terapéutica, se ha informado de una recurrencia del 50% en mujeres tratadas con ellos¹⁷.

Un aspecto a destacar es si existen diferencias en las características que tienen las bacterias vaginales de las mujeres que presentan RWC. Shen y Su¹⁸ descubrieron que los cambios significativos de la comunidad bacteriana se observaron únicamente en mujeres con RWC. Indicaron que esas variaciones podían estar relacionadas con el compromiso de la barrera biológica vaginal, de manera que este hecho podía aumentar el riesgo de recurrencia.

Davar et al.¹⁷ realizaron una investigación para demostrar que ingerir probióticos con fármacos antimicóticos por vía oral podía ser efectivo para tratar la WC, además de reducir las recidivas. A los seis meses del estudio se obtuvieron más casos de recurrencias en las pacientes que tomaban el placebo (11 casos, 35,5%), a diferencia de las pacientes que ingerían probióticos con fármacos antimicóticos (dos casos, 7,2%).

En línea con estos resultados, Murina et al. 19 llevaron a cabo un estudio. De las 58 mujeres que participaron en el mismo, 42 (72,4%) no experimentaron ninguna recurrencia tras siete meses. En el trabajo se administró por vía oral Fluconazol previamente, seguido de *Lactobacillus fermentum* LF10 y *Lactobacillus acidophilus* LAO2. Estos resultados quisieron mostrar que el uso de *Lactobacillus* específicos favorecía la creación y el mantenimiento de un biofilm vaginal, que dificultaba la permanencia de *Candida* y evitaba las recurrencias.

En cambio, Palacios et al.²⁰ utilizaron *L. iners* l1001 por vía vaginal y se detectaron recurrencias en ambos grupos. En el grupo que fue tratado con clotrimazol más probióticos tuvieron una recidiva del 32%, mientras que en grupo que solo fue tratado con clotrimazol se obtuvo un 58,8% de recurrencia (p= 0,125). Esto probablemente se deba a que el tamaño de la muestra es pequeño, a que no se tratase de un estudio de asignación aleatoria, además los abandonos del tratamiento durante el estudio no fueron infrecuentes.

Pendharkar et al.²¹ afirmaron que la combinación de fármacos antimicóticos con probióticos podía proporcionar una cura a largo plazo. Querían investigar la colonización de unas cepas específicas de lactobacilos y el resultado obtenido en pacientes que recibían esta combinación. En su estudio, la tasa de curación a los 12 meses fue ligeramente mayor (89%)

en mujeres que recibieron probióticos, a diferencia de las que solo tomaron el antimicótico (70%). No hubo una diferencia significativa (p= 0,582) entre ambos grupos, y esto probablemente se deba no solo a que el tamaño de muestra sea pequeño, sino que también el método de cultivo utilizado detecte solo los lactobacilos, que normalmente se encuentran en la microbiota vaginal. Por tanto, se deben emplear métodos de cultivo que cuantifiquen las cepas empleadas en el estudio (*L. rhamnosus* DSM 14870 y *L. gasseri* DSM 14869), y no solo las que predominan en la microbiota vaginal, ya que las que se usaron en la investigación solo se detectaron de manera esporádica en algunas mujeres.

También se han realizado estudios combinando los probióticos con lactoferrina, donde la evidencia *in vitro* muestra que tanto la lactoferrina bovina, como la humana inhiben el crecimiento de *Candida albicans* y *glabrata*, además de impedir la producción de citocinas inflamatorias. Se descubrió que ejerce una mejora en la producción de biofilm de algunas cepas de lactobacilos, mejorando la acción protectora para evitar la adhesión de bacterias patógenas a las células genitales¹³.

Algunos autores como Russo et al.²² investigaron sobre la combinación de probióticos con lactoferrina, y tuvieron como resultado una alta efectividad para reducir los síntomas y las recurrencias. Aunque a toda la muestra se le dio previamente clotrimazol, solo las mujeres tratadas con probióticos y lactoferrina por vía oral mostraron una mejora significativa (p<0,01) de la picazón y recibieron el alta a los tres y seis meses. Además, se detectaron menos recurrencias en el grupo que tomó dicha combinación (29,2%) tras seis meses de tratamiento, en comparación a las que tomaron placebo (100%) (p< 0,01).

En la mayoría de los estudios publicados sobre el uso de probióticos se han empleado tamaños de muestra pequeños. Por lo tanto, todos los resultados tienen que ser interpretados con cautela, ya que presentan limitaciones. Además, no existe uniformidad entre las diferentes investigaciones debido a la utilización de distintas dosis, cepas, vías de administración, duración del tratamiento, abandono del mismo, distintas poblaciones de pacientes e incluso la combinación de probióticos con otros elementos, como por ejemplo ácido bórico, lactoferrina o fármacos antimicóticos. Las distintas cepas tienen efectos probióticos determinados, por eso es fundamental seleccionar una cepa determinada, para que no surjan problemas a la hora de interpretar los datos²³.

Limitaciones

Al realizar este trabajo se han encontrado varias limitaciones, en primer lugar escasa información en las diferentes bases de datos, en algunas de ellas no se han publicado investigaciones referentes al uso de probióticos en la candidiasis vulvovaginal.

En segundo lugar, tras realizar la búsqueda solo se ha encontrado un artículo en español. La mayoría de artículos publicados utiliza otro idioma, generalmente el inglés.

Por último, otra dificultad encontrada es la falta de información con respecto a la diferencia entre la vía oral y vaginal en la aplicación de los probióticos. No existiendo la posibilidad de determinar cuál de las dos vías es más rápida o con cuál se obtienen mejores efectos para que las pacientes afectadas acaben antes con la infección.

Implicaciones para la práctica clínica

Desde hace pocos años se están utilizando los probióticos en patologías de la mujer, como las vulvovaginitis. A pesar de ello, el uso de probióticos no está integrado completamente en la práctica clínica habitual por parte del personal sanitario de Atención Primaria y por los servicios de ginecología. Además, sería beneficioso realizar más estudios sobre el uso de probióticos en la WC para elaborar guías de práctica clínica y formar a los profesionales sanitarios en este ámbito para ofrecer una información lo más óptima posible, que ayude a prevenir y a tratar este problema, que es padecido por muchas pacientes.

Conclusiones

La candidiasis vulvovaginal es una infección que produce un desequilibrio en la microbiota vaginal. Los probióticos se adhieren a las células epiteliales de la vagina y producen una disminución del pH, para evitar que el patógeno pueda recuperarse. Bacterias probióticas como los *Lactobacillus* son capaces de colonizar, recuperar y mantener la microbiota vaginal en buenas condiciones, además de mejorar los síntomas.

Gran parte de los artículos que emplean la vía oral han dado resultados óptimos; mientras que con la vía vaginal, en la mayoría de los casos no se han obtenido buenos resultados, a excepción de dos artículos. La vía oral está mejor considerada; estudios anteriormente publicados han divulgado que tras la ingesta de probióticos se produce un enriquecimiento de lactobacilos, restableciendo y manteniendo la microflora vaginal en buen estado.

El uso de probióticos junto con fármacos antimicóticos puede ser efectivo para tratar las recidivas. Se ha demostrado que el empleo de *Lactobacillus* específicos crea y mantiene el biofilm vaginal, dificultando la permanencia de *Candida* y evitando así las recurrencias.

Se necesita llevar a cabo más estudios con tamaños de muestra más grande, aleatorizados y durante periodos de tiempo más largos, que investiguen la eficacia y la efectividad de los probióticos, para prevenir y tratar la candidiasis vulvovaginal.

Bibliografía

- Álvarez-Calatayud G, Suárez E, Rodríguez JM, Pérez-Moreno J. La microbiota en la mujer: aplicaciones clínicas de los probióticos. Nutrición Hospitalaria. [internet] 2015 [citado 15 nov 2021]; 32(1):56-61. Disponible en: http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9481.pdf
- Castro A, González M, Tarín JJ, Cano A. Papel de los probióticos en Obstetricia y Ginecología. Nutrición Hospitalaria. [internet] 2015 [citado 15 nov 2021]; 31(1):26-9. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3092/309238517004.pdf
- Olveira Fuster G, González-Molero I. Probióticos y prebióticos en la práctica clínica. Nutrición Hospitalaria. [internet] 2007 [citado 15 nov 2021]; 22(2):26-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22s2/fisiologia4.pdf
- 4. Cancelo Hidalgo MJ, Beltrán Vaquero D, Calaf Alsina J, Campillo Arias-Camisón F, Cano Sánchez A, Guerra Guirao JA, Neyro Bilbao JL. Protocolo Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Protocolo actualizado en 2012. Progresos de Obstetricia y Ginecología. [internet] 2013 [citado 15 nov 2021]; 56(5):278-84. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecología-151-pdf-S030450131300006X
- 5. Tauany Andrade J, Fantini de Figueiredo G, Ferreira Cruz L, Eliza de Morais S, Ferreira Souza CD, Horta Pinto F.C, Siqueira Ferreira JM, De Freitas Araújo MG. Efficacy of curcumin in the treatment of experimental vulvovaginal candidiasis. Revista Iberoamericana de Micología. [internet] 2019 [citado 15 nov 2021]; 36(4):192-9. Disponible en: https://reader.elsevier.com/re-ader/sd/pii/S1130140619300294?token=E3CE488 48312A049BD311F7E318CC9C959757A9D0763966E77857906E 81854D778D 7772F2BD432EE7DE4548E72544423
- Yazdanparast SA, Khodavaisy S, Fakhim H, Shokohi T, Haghani I, Nabili M, et al. Molecular characterization of highly susceptible candida africana from vulvovaginal candidiasis. Mycopathologia. [internet] 2015 [citado 15 nov 2021]; 180:317-23. Disponible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11046-015-9924-z.pdf
- Hamma NM, El Badawy NE, Nasr AM, Ghramh HA, Al Kady LM.
 Mannose-binding lectin gene polymorphism and its association
 with susceptibility to recurrent vulvovaginal candidiasis. BioMed
 Research International. [internet] 2018 [citado 15 nov 2021].
 Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/
 Nissreen_Elbadawy/publication/32424477 4_MannoseBinding_Lectin_Gene_Polymorphism_and_lts_Association_with_Susceptibility_to_Recurrent_Vulvovaginal_Candidiasis/links/5cfda7
 0692851c874c 5b511d/Mannose-Binding-Lectin-Gene-Polymorphism-and-lts-Association-with- Susceptibility-to-Recurrent-Vulvovaginal-Candidiasis.pdf
- 8. Barrenetxea Ziarrusta G. Vulvovaginitis candidiásica. Rev Iberoam Micol. [internet] 2002 [citado 15 nov 2021]; 19:22-4.

- Disponible en: http://www.reviberoammicol.com/2002-19/022024.pdf
- Tena González JA, San Juan P, Herráiz Esteban N, De Castellar Sansó R, Tort Sánchez G. Boric acid and probiotics in bacterial and fungal vulvovaginitis as an effective therapeutic option. Prog Obstet Ginecol. [internet] 2019 [citado 15 nov 2021]; 62(3):221-9. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n3/04-TO_acido-borico-ing.pdf
- Er S, Istanbullu Tosun A, Arik G, Kivanç M. Anticandidal activities of lactic acid bacteria isolated from the vagina. Turk J Med Sci. [internet] 2019 [citado 15 nov 2021]; 49(1):375-83. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30761844
- Deidda F, Amoruso A, Nicola S, Graziano T, Pane M, Allesina S, et al. The in vitro effectiveness of Lactobacillus fermentum against different candida species compared with broadly used azoles. J Clin Gastroenterol. [internet] 2016 [citado 15 nov 2021]; 50(2). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27741168
- Vladareanu R, Mihu D, Mitran M, Mehedintu C, Boiangiu A, Manolache M, et al. New evidence on oral L. plantarum P17630 product in women with history of recurrent vulvovaginal candidiasis (RVVC): a randomized double- blind placebo controlled study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. [internet] 2018 [citado 15 nov 2021]; 22(1):262-7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29364495
- Santamaría Orleans A, De la Iglesia Arnaez R, Blanco-Soler Palacios-Pelletier C, Tena González JA. Estudio PROBIT sobre la utilización de probióticos orales en las infecciones vaginales. Nutr Clin Diet Hosp. [internet] 2017 [citado 15 nov 2021]; 37(4):60-8. Disponible en: https://revista.nutricion.org/PDF/OR-LEANS.pdf
- 14. Mezzasalma V, Manfrini E, Ferri E, Boccarusso M, Di Gennaro, Schiano I, Michelotti A, et al. Orally administered multispecies probiotic formulations to prevent urogenital infections: a randomized placebo-controlled pilot study. Arch Gynecol Obstet. [internet] 2017 [citado 15 nov 2021]; 295(1):163-72. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27826653
- 15. Vicariotto F, Del Piano M, Mogna G. Effectiveness of the association of 2 probiotic strains formulated in a slow release vaginal product, in women affected by vulvovaginal candidiasis: a pilot study. J Clin Gastroenterol. [internet] 2012 [citado 15 nov 2021]; 46:73–80. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22955364
- De Seta F, Parazzini F, De Leo R, Banco R, Maso GP, De Santo D, et al. Lactobacillus plantarum P17630 for preventing Candida vaginitis recurrence: a retrospective comparative study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. [internet] 2014 [citado 15 nov 2021]; 182:136–9. Disponible en:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25305660
- 17. Davar R, Nokhostin F, Eftekhar M, Sekhavat L, Bashiri Zadeh M, Shamsi F. Comparing the recuerrence of vulvovaginal candidiasis

- in patients undergoing prophylactic treatment with probiotic and placebo during the 6 months. Probiotics Antimicrob Proteins. [internet] 2016 [citado 15 nov 2021]; 8(3):130-3. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27206514
- Shen J, Su M. Features of vaginal bacteria community in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. Journal of Reproduction and Contraception. [internet] 2015 [citado 15 nov 2021]; 26(4):229-38. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1001784416300062
- 19. Murina F, Graziottin A, Vicariotto F, De Seta F. Can Lactobacillus fermentum LF10 and Lactobacillus acidophilus LA02 in a slow release vaginal product be useful for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis? A clinical study. J Clin Gastroenterol. [internet] 2014 [citado 15 nov 2021]; 48(1):102-5. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25291115
- 20. Palacios S, Espadaler J, Fernández-Moya JM, Prieto C, Salas N. Is it posible to prevent recurrent vulvovaginitis? The role of Lac-

- tobacillus plantarum I1001 (CECT7504). Eur J Clin Microbiol Infect Dis. [internet] 2016 [citado 15 nov 2021]; 35(10):1701-8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27393491
- Pendharkar S, Brandsborg E, Hammarström L, Marcotte y Larsson PG. Vaginal colonization by probiotic lactobacilli and clinical outcome in women conventionally treated for bacterial vaginosis and yeast infection. BMC Infect Dis. [internet] 2015 [citado 15 nov 2021]; 15:255. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26137971
- 22. Russo R, Superti F, Karadja E, De Seta F. Randomised clinical trial in women with recurrent vulvovaginal candidiasis: efficacy of probiotics and lactoferrin as maintenance treatment. Mycoses. [internet] 2019 [citado 15 nov 2021]; 62(4):328-35. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30565745
- 23. Williams NT. Probiotics. Am J Health Syst Pharm. [internet] 2010 [citado 15 nov 2021]; 67(6):449-58. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20208051/



...Que no se quede en palabras y 2022

EL EFECTO DE LA INVERSIÓN EN MATRONAS

✓ Facilita que la atención segura y eficaz en materia de salud sexual y reproductiva esté al alcance de más personas

✓ Podría salvar millones de vida cada año
 ✓ Contribuye a las economías nacionales y locales

✓ Contribuye al empoderamiento de las mujeres y a la igualdad de genero

OMS, 2021

sea el año en que, por fin, se reconozca la valía de matronas/es

Asociación Española de Matronas





ARTÍCULO ESPECIAL

El camino de la academización de las matronas en Alemania

Manuela Raddatz Esqueva

Universidad de Ciencias Aplicadas Osnabrueck (Alemania). Red de investigación sobre matronas

Contacto: m.raddatz@hs-osnabrueck.de

Fecha de recepción: 26 de octubre de 2021. Fecha de acceptación: 16 de noviembre de 2021.

Cómo citar este artículo:

Raddatz Esqueva M. El camino de la academización de las matronas en Alemania. Matronas Hoy 2021; 9(3):33-40.

Resumen

Introducción: Alemania es el último país de la Unión Europea (UE) en implantar la formación de matronas en el ámbito académico, es decir, el último país en aplicar la Directiva 2013/55/UE. Para Alemania esto significa que es necesaria una academización de la formación en partería, para que esta se ajuste a las directrices y se pueda mantener el reconocimiento automático EU. De acuerdo con la directiva de la UE, todos los Estados miembros requieren la formación de matronas en las universidades. La reformada Ley de las Matronas (Hebammengesetz) entró en vigor en enero de 2020. La formación se lleva a cabo en las universidades y finaliza con una licenciatura en partería. Durante un periodo de transición hasta 2022, las escuelas de formación profesional en partería todavía pueden ofrecer cursos, que deben completarse en 2027.

Objetivos: especificar los cambios necesarios para la implementación de la Directiva 2013/55/UE relacionada con la formación de matronas y el curso del cambio que se está realizando, y descubrir problemas, mejoras, expectativas detectadas por las matronas alemanas a raíz los cambios impuestos para conseguir la academización de la profesión de matrona en Alemania.

Método: revisión de las directivas europeas a las que está sujeta Alemania como país miembro de la UE, las leyes propias de formación para matronas en este país, entrevistas a profesores de matronería y matronas que están cursando su doctorado además de recogida de opiniones web.

Resultados: menos programas de estudio de los previstos y, por tanto, menos plazas de formación fueron ofertadas en 2020. Variaciones en los programas de grado y coexistencia de ambos modelos de formación durante el periodo de transición. Escasez de matronas doctoras en la docencia universitaria y con puestos de mayor rango, y de matronas formadas para la enseñanza práctica. Incertidumbre entre el colectivo profesional sobre el valor de las diferentes titulaciones y responsabilidades compartidas debido al federalismo y a la participación de varios ministerios.

Conclusiones: no es posible asegurar que la academización mejorará las cosas porque de momento hay que superar una serie de desafíos, lo que llevará unos cuantos años y, por el camino, no se pueden descartar otros retos que aún no son previsibles aunque hay grandes esperanzas asociadas a la academización: mejora de la atención materno infantil, de la formación, del estatus y las retribuicones salariales de las matronas, así como un mejor equilibrio de poder entre matronas y médicos.

Palabras clave: matronas; escuelas; academización; Alemania; Directiva 2013/35/EU.

Abstract

The road to midwife academization in Germany

Introduction: Germany is the last country in the European Union (EU) to implement midwife training in the academic setting; that is to say, the last country to apply the 2013/55/EU Directive. For Germany this means that an academization of midwifery training will be required, in order to adapt to guidelines and maintain the automatic acknowledgment by the EU. According to the EU Directive, all member states require university training for midwives. The amended Midwife Law (Hebammengesetz) came into effect in January 2020. Training is conducted in universities and ends up with a Degree in Midwifery. During a transition period until 2022, professional training schools may still offer midwifery courses, which must be completed by 2027.

Objectives: to determine the specific changes necessary for implementing the 2013/55/EU Directive, associated with the training of Midwives and the course of the on-going change, and to discover any problems, improvements and expectations detected by German midwives based on the changes implemented in order to achieve the academization of the Midwife profession in Germany.

Method: a review of the European directives followed by Germany as a Member State of the EU, the specific midwife training laws in this country, interviews with midwifery professors and midwives studying for their Doctorate Degree, as well as a collection of opinions online.

Results: less study programs than foreseen, and therefore, less training places were offered in 2020. Variations in Degree schedules and coexistence of both training models during the transition period. Lack of midwives with a Doctorate in University Teaching and with higher rank positions, and of midwives trained for practical teaching. Uncertainty among the professional group regarding the value of the different degrees and shared responsibility, due to federalism and involvement by different ministries.

Conclusion: it is not possible to claim that academization will improve things, because for the time being a series of challenges must be overcome, which will take a few years, and it is not possible to rule out other challenges along the road which cannot be predicted yet. However, there are great hopes regarding academization: an improvement in maternal and child care, in training, status and salary compensation for midwives, as well as a better balance of power between midwives and doctors.

Key words: midwives; schools; academization; Germany; 2013/35/EU Directive.

Introducción

Alemania es el último país de la Unión Europea (UE) en implantar la formación de matronas en el ámbito académico, es decir, el último país en aplicar la Directiva 2013/55/UE¹. Para Alemania esto significa que es necesaria una academización de la formación en partería, para que esta se ajuste a las directrices y se pueda mantener el reconocimiento automático EU (...): De acuerdo con la directiva de la UE, todos los Estados miembros requieren la formación de matronas en las universidades. La reformada ley de las matronas (Hebammengesetz) entró en vigor en enero de 2020². La formación se lleva a cabo en las universidades y finaliza con una licenciatura en partería. Durante un periodo de transición hasta 2022, las escuelas de formación profesional en partería todavía pueden ofrecer cursos, que deben completarse en 2027. (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2019; Deutscher Hebammen Verband e.V.)3.

Alemania en cifras

Población: aproximadamente 83 millones de habitantes, de los cuales 42,1 millones son mujeres y de ellas 17 millones son mujeres en edad fertíl (15-45 años)⁴.

Partos: desde 2010 se observa un ligero ascenso en el número de partos con una leve disminución con respecto al año 2019, contrastando con la caída de los 20 años anteriores (1990-2010). Alemania en 2020 ha sido el país con mayor número de nacimientos de la UE, con más de 20 mil nacimientos por encima de Francia, el país con el siguiente mayor número de nacidos vivos de Europa⁵ (Gráfico 1).

Edad media a la maternidad: la edad media de las madres en el momento de tener su primer hijo ha ido aumentando paulatinamente en Alemania, actualmente (2020) las mujeres tienen una media 30,2 años al nacimiento de su primer hijo.

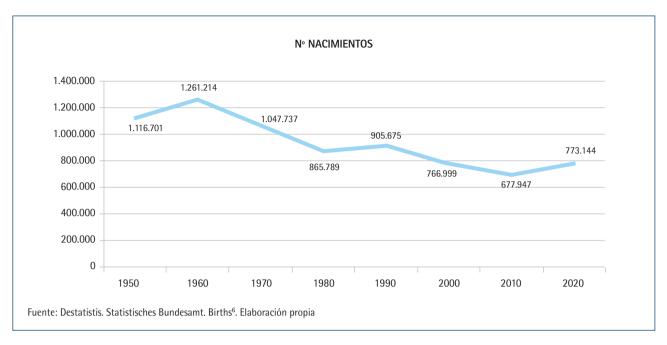


Gráfico 1. Número de nacimientos en Alemania en los últimos años

Tasa de fertilidad: la tasa de fertilidad por mujer ha experimentado una constante caída hasta el año 2000, año a partir del cual hay evidencias de una subida hasta 2020. (No hay datos de 1980) (Gráfico 2 y Cuadro 1).

Atencion obstétrica: las mujeres en Alemania pueden dar a luz en un hospital, casa de parto (*Geburtshaus*) o en su domicilio (*Hausgeburt*) con todas las opciones cubiertas por el seguro médico.

La atención obstétrica puede ser definida de medicalizada. Ejemplos de ello son la atención medica excesiva durante el embarazo (35%) y el elevado número de partos en hospitales: solo alrededor del 1,8% de los nacimientos en Alemania se produjeron fuera del hospital en 2019: 6.298 partos domiciliarios, 8.021 partos en centros de maternidad y casas de parto^{7,8}. Por otra parte Alemania tiene una alta tasa de cesáreas (31,7% en 2019)⁸.

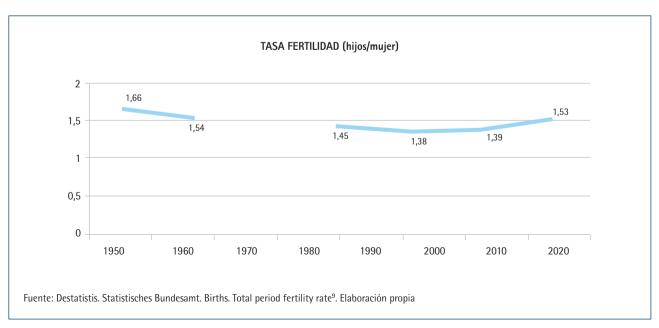


Gráfico 2. Tasa de fertilidad en Alemania en los últimos años

Cuadro 1. Edad media al nacimiento del 1 ^{er,} 2º y 3 ^{er} hijo en Alemania						
	2020	2019	2018	2017	2016	
Total edad media parto	31,6	31,5	31,3	31,2	31.0	
Total edad media parto mujeres casadas	32,2	32,1	32,0	31,8	31,8	
Edad al nacimiento 1 ^{er} hijo	30,8	30,8	30,7	30,5	30,6	
Edad al nacimiento 2º hijo	32,6	32,6	32,5	32,1	32,3	
Edad al nacimiento 3 ^{er} hijo	33,8	33,6	33,5	33,4	33,	
Total edad media parto mujeres solteras	30,4	30,3	30,1	29,9	29,6	

Fuente: Destatistis. Statistisches Bundesamt. Births. Mothers by marital status¹⁰

A pesar de la creciente medicalización no se han producido mejoras significativas en los resultados obstétricos: las tasas de mortalidad materna¹¹ (3,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) y neonatal¹² (3,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) se mantienen estables en un nivel muy bajo y la tasa de nacimientos prematuros se mantiene en torno al 8% desde hace más de 20 años, lo que es relativamente alto en comparación con otros países europeos.

Objetivos

- Especificar los cambios necesarios para la implementación de la Directiva 2013/55/UE relacionada con la formación de Matronas y el curso del cambio que se está realizando para llegar a la completa implementación.
- Descubrir problemas, mejoras, expectativas detectadas por las matronas alemanas a raíz los cambios impuestos para conseguir la academización de la profesión de Matrona en Alemania.

Particularidades de la profesión de matrona en Alemania

Aunque las matronas cumplen un papel importante en la atención sanitaria, apenas participan en la planificación de esta y en las decisiones políticas. En el sistema sanitario alemán, las mujeres tienen derecho a los servicios de matronas durante el embarazo, el parto y el postparto, pero las matronas no están incluidas sistemáticamente entre los proveedores de Atención Primaria. Por ejemplo, las mujeres son libres de solicitar atención prenatal a los médicos o a las matronas, pero la atención de las matronas no es la norma sino la excepción. Las razones de esto pueden ser asumidas tanto por el lado de la usuaria como de la proveedora. Entre otras nor-

mas legales, que no se discutirán aquí, las matronas están sujetas a la Ley de Matronas, que fue modificada en 2019.

Lo que no cambia son los privilegios que reciben las matronas en virtud de la ley que tienen sus raíces en la oscura historia de Alemania. La ley estipula que la atención obstétrica solo puede ser prestada por matronas (y médicos) desde el inicio de contracciones, y lo mismo ocurre con la atención postparto. Además, existe la obligación de que una matrona esté presente en todos los partos, independientemente del lugar de nacimiento o de otras circunstancias. Un médico, en cambio, solo tiene que estar presente en caso de una situación patológica. Sobre todo se estipula que las matronas trabajan de forma autónoma en situaciones fisiológicas.

El llamado Código Social determina los servicios que son remunerados por las cajas de enfermedad. Esto incluye la atención a las mujeres embarazadas, las que están de parto (incluyendo los partos en casa) y las que han dado a luz recientemente. En el periodo postparto, por ejemplo, las visitas a domicilio se pagan durante un periodo de 12 semanas. Es importante saber que las matronas en Alemania tienen total libertad para elegir qué servicios ofrecen y en qué medida. Por lo tanto, es posible que una matrona ofrezca toda la gama de servicios, pero otra solo dé clases prenatales y otra solamente tiene turnos en el hospital. Cada matrona puede cambiar su espectro y su horario de trabajo en cualquier momento. Esto es posible porque muchas matronas trabajan por cuenta propia. Facturan a la caja de enfermedad por separado cada servicio que prestan. Es relativamente frecuente combinar el trabajo por cuenta ajena en el hospital, con el trabajo por cuenta propia. Además, las matronas también pueden facturar directamente a las mujeres por servicios privados como la acupuntura.

Las matronas se organizan voluntariamente en dos asociaciones profesionales: la Asociación Alemana de Matronas

(DHV) es una asociación formada por 16 asociaciones regionales. Con alrededor de 19.400 miembros, la DHV es la asociación de matronas profesionales más grande de Alemania y representa los intereses de todas ellas. En ella están representadas matronas empleadas por cuenta ajena y autónomas, profesoras de partería, científicos de partería, instituciones gestionadas por partería y estudiantes de partería. De otro lado, la Asociación de Matronas Autónomas de Alemania (BfHD) representa a las matronas autónomas, especialmente a aquellas que prestan atención obstétrica extrahospitalaria. Se trata de una asociación relativamente pequeña con 1.000 miembros.

Además, desde hace poco más de diez años existe una asociación profesional científica, la Sociedad Alemana de Ciencias de la Matronería (DGHWi), como sociedad científica independiente promueve la investigación, la enseñanza y la práctica de la partería, que tanto el desarrollo del tema de la partería como la atención basada en las necesidades, en la evidencia, eficiente y eficaz de las mujeres y atienden a sus familias en la fase de embarazo, parto, puerperio y lactancia. A través de esta asociación, y su propia revista científica, además ha sido posible, por primera vez, realizar publicaciones revisadas por pares en el propio campo.

Las matronas no están organizadas en una cámara o colegio profesional obligatorio. La estructura de la organización profesional hace que las matronas no tengan que inscribirse en un organismo central. ¿Qué significa esto? Por ejemplo, que nadie sabe con certeza cuántas matronas trabajan realmente en Alemania. Las matronas son un grupo profesional relativamente pequeño. Según datos estimativos de 2019¹³, hay alrededor de 26.000 parteras, en comparación con las aproximadamente 790.000 enfermeras (2017) y 380.000 médicos (2017). En consecuencia, el número de alumnos en formación de partería es bajo: 2.400 estudiantes¹⁴.

Los problemas de la profesión incluyen una escasez general de matronas en todos los sectores, a pesar de que el número estimado de matronas aumenta cada año. A menudo, la reducción de horas de trabajo y el abandono de la carrera profesional se justifica por el aumento de la carga de trabajo en las salas de parto, la inadecuada remuneración y las elevadas primas de seguro professional¹⁵.

Desarrollo de la profesión

Hasta 2019, se estipulaba que la formación de matrona se realizaba como formación vocacional en escuelas adscritas a hospitales. El sistema alemán de formación profesional exige diez años de formación escolar como acceso. Así, la formación de matronas duraba tres años y no contenía formación práctica sistemática ni contenidos científicos, más bien se completaban los turnos y se esperaba aprender algo mientras se trabajaba. La reflexión crítica sobre la práctica no fue bien vista. La reforma de la Ley de Matronas de 2019

ahora contempla la formación académica de las matronas. La duración es de al menos tres años e incluye una formación práctica sistemática y una formación académica básica.

Cambios propuestos por la aplicación de la Directiva 2013/55/UE sobre la adquisición de conocimientos y habilidades

El camino de la academización comenzó con un trabajo de base invisible incluso antes de que se estableciera el primer programa de grado en 2008, año en que la profesora Friederike zu Sayn-Wittgenstein, consiguió que las matronas tuvieran la primera oportunidad de formarse en el trabajo científico y obtener un título académico: nació el programa de grado "Midwifery B.Sc." en la Universidad de Ciencias Aplicadas en Osnabrueck (Baja Sajonia).

En 2009, empezaron los programas de estudio que, por primera vez, permitían obtener el título de matrona fuera de las escuelas vocacionales. Estos cursos modelo se probaron inicialmente durante unos años y luego se evaluaron. Al mismo tiempo se crearon más oportunidades para que las matronas con experiencia profesional obtuvieran un título. Para permitir una carrera académica más amplia que los grados, tuvieron que seguir los programas de máster y doctorado, que todavía están disponibles solo en un número limitado. La Directiva 2013/55/UE exigía la implantación de la academización antes de enero de 2020, una condición que solo podía aplicarse en el texto legal de la nueva Ley de Matronas, pero no en la práctica, ya que no había preparación para un cambio tan profundo. Debido a la nueva vía de formación, muchas matronas formadas bajo la antiqua ley se sienten movidas a adquirir también un grado académico, lo que ha dado lugar a la aparición de nuevos programas de post-cualificación desde 2020. El objetivo del proceso de academización de las matronas en Alemania es que todas las matronas tengan un título y, por tanto, sean profesionales reflexivos y con pensamiento científico.

La relación entre el nuevo y antiguo plan de estudios se recoge en el Cuadro 2.

Resultados

Problemas

- En primer lugar hay que señalar que en 2020 se iniciaron menos programas de estudio de los previstos y, por tanto, menos plazas de formación fueron ofertadas.
- Por otro lado, desde principios de 2020, también ha habido sorpresas en algunos estados federales, donde se aprobó inesperadamente un mayor número de programas de estudio, como en Baviera.
- Los programas de grado que se han iniciado y los que

Referencia	Nuevo plan estudios	Antiguo plan estudios	
Art. 40 párr. 2 Letra a RL 2005/36 / EG	Al menos 12 años de escolaridad para la admisión a la formación de matrona	A menos diez años de escolaridad para la admisiór a la formación de matrona	
Art. 40, párr. 3 Letra a RL 2005/36 / EG	 (3) La formación de matrona debe garantizar que el profesional adquiera los siguientes conocimientos y habilidades: a) Conocimiento exacto de las ciencias en las que se basan las actividades de la matrona, en particular obstetricia y ginecología 	 (3) La formación de la matrona garantiza que la persona adquiera los siguientes conocimientos habilidades: a) Conocimiento adecuado de las ciencias en las que se basan las actividades de la matrona, en particular obstetricia y ginecología 	
Art. 40, párr. 3 Letra b RL 2005/36 / EG	() b) conocimiento adecuado de la ética profesional y las disposiciones legales relevantes para el ejercicio de la profesión	() b) conocimiento adecuado de la ética profesional y el derecho profesional	
Art. 40, párr. 3 Letra c RL 2005/36 / EG	() c) conocimiento adecuado de la medicina general (funciones biológicas, anatomía y fisiología) y farmacología en los campos de la obstetricia y la medicina perinatal	No presente en la versión anterior	
Art. 40, párr. 3 Letra d RL 2005/36 / EG	() d) Adecuada experiencia clínica adquirida en instituciones reconocidas, a través de las cuales la matrona puede trabajar de forma independiente y proporcionar atención médica prenatal bajo su propia responsabilidad en la medida necesaria y con la excepción de situaciones patológicas, realizar el parto y las medidas de seguimiento en instalaciones reconocidas, y monitorear el trabajo de parto y el parto, atención médica postnatal y reanimación de los recién nacidos hasta que llegue el doctor	() d) Experiencia clínica adecuada adquirida bajo la supervisión de obstetras calificados y en instituciones reconocidas	

están previstos muestran una gran variación, tanto formalmente como en términos de contenido.

- También hay diferencias en cuanto a costes y requisitos de admisión.
- Hasta ahora no existe una visión general uniforme de todas las opciones de estudio: créditos: 180-240; duración: tres-cuatro años.
- Algunas plataformas han empezado a hacerlo, pero no ofrecen información actualizada.
- La coexistencia de ambas formas de formación durante
- algunos años más. Las escuelas de matronas pueden seguir completando la formación profesional hasta 2027. Esta es una situación difícil tanto para las mujeres que quieren ser matronas como para las matronas en la práctica: por ejemplo, en algunos hospitales, los/as estudiantes y los/as alumnos/as trabajarán juntos en un mismo turno, pero tendrán distintos niveles de formación, les será permitido realizar tareas diferentes y es posible que reciban una remuneración diferente.
- La falta de supervisores de prácticas formados: actualmente solo unas pocas matronas están formadas para proporcionar formación práctica de manera profesional. Según

la nueva ley, las clínicas deben garantizar que los estudiantes sean guiados/as por estas mismas matronas. Es decir, la formación práctica de los/as alumnos/as de matrona se reducirá a un nivel inferior.

- Siguen faltando matronas con doctorado que puedan ocupar los puestos de profesoras y directoras de programas de estudio. Esta es una de las razones por las que los programas de estudio aún no pueden comenzar o son dirigidos por médicos.
- El desarrollo de los programas de estudio a menudo no puede ser realizado por personal suficientemente cualificado, ya que en Alemania hay varios poderes de decisión (federalismo y participación de varios ministerios) uno al lado del otro y las condiciones difieren de un estado a otro. También cabe suponer que las decisiones dependen en parte de cada persona y de su relación personal con las matronas.
- Es preciso encontrar una manera de hacer frente a la incertidumbre entre el colectivo profesional sobre el valor de las diferentes titulaciones. En la actualidad, entre los profesionales existe la preocupación de que puedan experimentar desventajas sino tienen grado académico, por ejemplo, en el plano económico.
- Existe la preocupación de que las matronas con grado tengan más confianza en sí mismas y antepongan los conocimientos científicos a la tradición. Esto hace que las matronas mayores sientan que su reputación está en peligro.

Conclusiones

En este momento no se puede asegurar que la academización mejorará las cosas porque de momento, y no es baladí, hay que superar una serie de desafíos lo que llevará unos cuantos años y, por el camino, no se pueden descartar otros retos que aún no son previsibles, aunque hay grandes esperanzas asociadas a la academización:

- Mejora de la atención, ya que se espera que haya una mayor reflexión sobre las propias prácticas profesionales, así como una mayor conciencia de actuación basada en la evidencia. Lo cierto es que en Alemania no todas las matronas conocen este término y no todas reflexionan sobre sus propias prácticas, ya que ello no formaba parte del contenido de la formación hasta hace poco tiempo.
- Dado que en Alemania, por lo general, los/as académicos/as están mejor pagados/as que los profesionales con formación vocacional, se espera poder negociar otras condiciones retributivas debido al título académico y a la mayor reputación que este otorgará.
- Por último, hay profesionales que esperan que el desequilibrio de poder entre médicos y matronas se reduzca si las matronas también se forman en las universidades.

Bibliografía

- Diario oficial de la Unión Europea. Directiva 2013/55/UE del parlamento europeo y del consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) núm. 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI») [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible: https://www.boe.es/doue/2013/354/L00132-00170.pdf
- Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz HebG). Ausfertigungsdatum [internet] 22.11.2019 [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/HebG.pdf
- 3. The European Observatory on Health Systems and Policies. Germany: health system review 2020. Health Systems in Transition 2021; 22:68.
- 4.. Destatistis. Statistisches Bundesamt. Population by nationality and sex (quarterly figures) [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Current-Population/Tables/liste-current-population.html
- Germany: Number of births from 2002 to 2019. Statista. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.statista.com/statistics/295344/number-of-births-in-germany/
- Destatistis. Statistisches Bundesamt. Births. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Births/Tables/Irbev04.html
- 7. Qualitätsbericht 2019. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.quaq.de/downloads/QUAG_Bericht2019.pdf
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH _16n1-GEBH_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf
- Destatistis. Statistisches Bundesamt. Births. Total period fertility rate. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Births/Tables/birth-rate.html
- Destatistis. Statistisches Bundesamt. Births. Mothers by marital status. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Births/Tables/birth-mother-age.html
- Statista. Maternal mortality rates worldwide in 2018, by country*(per 100,000 live births). [internet] [citado 16 nov 2021].
 Disponible en: https://www.statista.com/statistics/1240400/maternal-mortality-rates-worldwide-by-country/

- Statista. Germany: Infant mortality rate from 2009 to 2019(in deaths per 1,000 live births). [internet] [citado 16 nov 2021].
 Disponible en: https://www.statista.com/statistics/806915/infant-mortality-in-germany/
- 13. Statistisches Bundesamt. Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2019. (Número de matronas en Alemania 2000–2019.) Destatis [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/
- Deutscher Hebammenverband (DHV) e. V. Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 4/2019. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://hebammenkongress.de/wp-content/uploads/2019/05/2019_04-Zahlenspiegel-zur-Situationder-Hebammen.pdf
- 15. Albrecht M, Loos S, an der Heiden I, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M, et al. Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. 2019 [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6 /e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/ IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf
- 16. Deutscher Hebammen Verband. Informationsmappe Hebammenausbildung–Europäische Union sieht Notwendigkeit für die akademische Ausbildung der Hebammen. 2017. [internet] [citado 16 nov 2021]. Disponible en: https://www.hebammenverband.de/index.php?elD=tx_securedownloads&tp=5376&tu=0&tg=0&tt=1644761051&thash=547bd86bb58768820d1d4452bb22fe4672577722&tfile=/fileadmin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/Ausbildungsmappe/4-2017-05_DHV_Infomappe-Bildung_Notwendigkeit-Bachelor.pdf

ARTÍCULO ESPECIAL

"Altamira" es nombre de mujer... y de una de las primeras matronas, plausiblemente, también

Francisco A. González Redondo

Profesor Titular. Doctor. Departamento de Didáctica de las C.C. Experimentales, Sociales y Matemáticas. Universidad Complutense de Madrid.

Rosa Mª Plata Quintanilla

DUE. Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla. Cantabria. Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM).

Contacto: E-mail: faglezr@ucm.es

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2021. Fecha de acceptación: 29 de noviembre de 2021.

Cómo citar este artículo:

González Redondo FA, Plata Quintanilla RM. "Altamira" es nombre de mujer... y de una de las primeras matronas, plausiblemente, también. Matronas Hoy 2021; 9(3):41-50.

Resumen

Introducción: la determinación de quién fue la primera matrona (y los criterios que permitan hacer esta atribución) constituye un interesante objeto de estudio dentro de la profesión. Aunque, *a priori*, personalizar la búsqueda en una mujer concreta se presupone una tarea imposible; sin embargo, otra mirada crítica, desde la perspectiva de la matemática y alejada del androcentrismo, sí puede aportar descubrimientos inéditos en este sentido.

Objetivos: aportar una nueva mirada al arte prehistórico desde la perspectiva del registro del pensamiento recursivo en general, y del pensamiento matemático en especial, en el paleolítico superior que apuntaría, además, a la presencia de "asistentes (matronas) en el proceso de gestación, parto y puerperio".

Metodología: análisis, desde un punto de vista matemático, de un número significativo de piezas de arte mobiliar (y de la literatura al respecto) encontradas en distintos yacimientos de diferentes países con dataciones muy diversas.

Resultados y conclusiones: la interpretación de los cuatro colgantes solutrenses de Altamira, como una unidad de expresión simbólica que reúne el registro de ocho ciclos temporales de, en torno, a 30 unidades, permite aventurar la hipótesis plausible de que se trate del recuento de un embarazo y que su autora fuera una de las primeras e ignotas "matronas".

Palabras clave: matronas; prehistoria; arte; cueva de Altamira; matemáticas, Claudia Zaslavsky.

Abstract

"Altamira" is the name of a woman... and plausibly also of one of the first midwives

Introduction: determining who was the first midwife (and the criteria that allow this allocation) represents an interesting subject of study within the profession. A priori, personalizing the search in a specific woman is assumed to be an impossible task; however, a different outlook from the perspective of Mathematics and far away from androcentrism can contribute unprecedented discoveries in this sense.

Objectives: to contribute a new look to prehistoric art, from the perspective of the record of recursive thought in general, and mathematic thought in particular, in the Upper Palaeolithic Period, which would also point out at the presence of "assistants (midwives) in the pregnancy, labour and postpartum period".

Methodology: an analysis from a mathematical point of view of a significant number of pieces of decorative art (and its relevant literature) found in archaeological sites in different countries with very diverse datings.

Result and conclusions: the interpretation of the four Solutrean pendants from Altamira as a symbolic expression unit collecting the record of eight temporal cycles of around 30 units allows to venture the plausible hypothesis that it is the account of a pregnancy, and that its author was one of the first and unknown "midwives".

Key words: midwives; prehistory; art; Altamira cave; mathematics; Claudia Zaslavsky.

La búsqueda de las primeras matronas

Como parece evidente, en la investigación sobre la función de las matronas en la historia, hasta que no se han encontrado registros escritos, no se puede considerar que se tienen referencias fidedignas de la intervención de mujeres ayudando en los partos. Y es en la práctica de los saberes médicos durante la Antigüedad (3000 a.C. hasta el siglo VI a.C.), especialmente en las civilizaciones egipcia y mesopotámica, las primeras que dispusieron de escritura, en las que comenzaron a desarrollarse los primeros métodos que abrieron el camino hacia la Medicina como ciencia (fundamentalmente la Medicina Egipcia). De esta época se conservan datos escritos, por ejemplo, del alto estatus social que tenía la mujer en el Antiguo Egipto, donde parece que eran independientes social, legal y sexualmente, y, por tanto, no discriminadas en cuanto al acceso a las enseñanzas médicas. Todo esto, auspiciado por el desarrollo de la escritura, impulsó el conocimiento ginecológico y obstétrico, más que plausiblemente depositado en manos de las mujeres. Por ejemplo, se sabe que existió una Escuela de Obstetricia en el Templo de Neith, al norte de Memfis, en la ciudad de Sais, en la que las mujeres se formaban para dar asistencia a otras mujeres, como reza una inscripción en este templo: "Yo he venido desde la Escuela de Medicina de Heliópolis y he estudiado en la Escuela de mujeres de Sais, donde las madres divinas me han enseñado cómo curar las enfermedades de las mujeres"1.

La historia de las mujeres en general no ha sido suficientemente estudiada aún y, por tanto, no es de extrañar que la historia de una actividad concreta, como la de las matronas, por muy necesaria socialmente que sea, necesite nuevas contribuciones que completen los escasos trabajos que se han ido presentando en los últimos años.

En cualquier caso, sí existen algunas fuentes clásicas que permiten trazar el recorrido histórico de la asistencia de las matronas en exclusiva a lo largo de los siglos. Ya en 1750 Antonio Medina² se referia en su Cartilla al arte de los partos, reservado a mujeres, cuando la partera consolaba a Raquel después de atenderla de un parto difícil en el que se salvaría el niño, pero ella moriría, tal como se puede leer en el capítulo 35, versículo 17 del libro del Génesis3. Igualmente mencionaba Medina cómo el rey de Egipto ordenó a las parteras de los hebreos, Sifrá (Séphora) y Fúa (Phua) que, al asistir a los partos de las hebreas, matasen a los niños y dejasen vivir a las niñas, según se recoge en el capítulo 1, versículo 16 del Éxodo⁴. También, a partir de los escritos de Aristóteles o Higinio, destacaba la exigencia de una formación específica para parteras en los mundos griego y romano.

Uno de los mejores, si no el mejor y más completo trabajo enteramente dedicado a las matronas (célebres), es el libro de A. Delacoux⁵, en el que se resume con acierto y extensión, la presencia del oficio a lo largo de la historia (en concreto,

hasta el año de su publicación, 1834). Así, desarrollando las referencias bíblicas y a los clásicos griegos adelantadas por Medina en su Cartilla, da entrada a las consideraciones explicitadas por Platón en su *Teeteto*⁶ en torno al arte practicado por la madre de este, Fenarete, como ejemplo de un oficio generalizado y reservado a mujeres en la Grecia clásica completando el trabajo de unos obstetras que sí serían varones, y constatando que entre los caldeos, egipcios, hebreos, griegos y romanos, el oficio de la asistencia en el parto habría sido ya responsabilidad de mujeres.

Haciendo un salto en el tiempo, en el que se demuestra que las mujeres siguieron siendo las asistentes indiscutibles del parto, pues a los hombres solo les seguía estando permitido en esta área la obstetricia destructiva, concluía Delacoux que "Mademoiselle Lavalierre fue la primera mujer que sufrió el ministerio de un hombre partero", un *accoucher*, en lugar de las tradicionales comadronas para la asistencia al parto, como consecuencia de la "debilidad de una mujer y la misteriosa galantería de Luís XIV"7.

En cualquier caso, a pesar de la más que cuestionable entrada de los hombres en la gineco-obstetricia, con la consiguiente subordinación y minusvaloración de las matronas en el ejercicio de este arte y ciencia partir del siglo XVII, las matronas han prevalecido hasta nuestros días. Además, su importancia para lograr la cobertura sanitaria universal, al poder satisfacer aproximadamente el 90% de las necesidades de intervenciones esenciales de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente, sigue siendo incuestionable⁸.

La necesidad de matronas en/para nuestra especie

Según los datos más recientes, aproximadamente 808 mujeres mueren cada día por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto. Se trata de una mujer cada dos minutos. Por cada mujer que muere se estima que 20 o 30 sufren lesiones, infecciones o discapacidades. La mayoría de estas muertes y lesiones se pueden prevenir por completo, principalmente con atención prenatal, asistencia cualificada al parto con respaldo de atención obstétrica de emergencia y atención postparto. Y la tragedia no se detiene ahí: cuando las madres mueren, sus familias son mucho más vulnerables y sus bebés tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años⁹.

Estas son cifras del siglo XXI, obviamente en comunidades empobrecidas, con escaso desarrollo, condiciones en muchos aspectos bastante próximas a las de poblaciones prehistóricas.

No es necesario hacer un gran ejercicio de imaginación para entender que las mujeres prehistóricas sufrirían dolor (aunque este también tiene un gran componente cultural), estarían en riesgo ante el parto y, de forma mayoritaria, buscarían ayuda en otras mujeres con experiencia anterior en partos. Y es que si las dos características principales de nuestro gé-

nero, la adopción de la postura bípeda y posteriormente la expansión del cerebro, pueden considerarse grandes éxitos evolutivos, la realidad es que convirtieron el parto humano, con diferencia, en el más complicado de todos los mamíferos. En efecto, para la mayoría de animales el parto es ajustado, pero no laborioso, cosa que sí lo es para los humanos, que han de atravesar un canal estrecho y sinuoso, trayecto que el feto completa con siete movimientos cardinales desde el inicio del parto hasta finalizar su expulsión: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión¹⁰.

De otro lado, la vagina se fue orientando hacia delante (ventralmente, formando un ángulo recto con el útero) en el proceso evolutivo en el que los humanos fuimos adoptando la postura erguida o bípeda. Es un hecho que si la madre humana tirase de la cabeza para facilitar el parto, podría causarle serias lesiones cervicales al niño, al exagerar la deflexión de la cabeza y doblarla todavía más hacia la espalda. Como destacaba Arsuaga, esta es la razón por la que, en nuestra especie, la madre no puede ayudarse a sí misma en el parto (literalmente su hijo "le da la espalda al nacer"), de forma que este se convierte en un fenómeno social que requiere la asistencia de otras mujeres¹¹.

Esta configuración del nacimiento también dificulta en gran medida la capacidad de la madre para despejar una vía respiratoria del neonato, retirar una/s circular/es de cordón umbilical alrededor de su cuello, en el caso de que la/s portara o, incluso, acercarle hasta su pecho sin que cayera al suelo golpeándose, como las crías de muchos animales cuyas madres paren de pie.

Si nos detenemos en el proceso de los partos de los simios, vemos la gran ventaja de que sus crías nazcan mirando hacia abajo (la vagina tiene la misma dirección que el útero, con el que está alineado). Las hembras paren o bien en cuclillas o sobre sus cuatro patas y una vez la cabeza de la cría ha nacido, la madre lo agarra para completar su salida del canal del parto, atrayéndolo hacia sus pezones. Si es necesario, limpia la mucosidad de boca y nariz de la cría para facilitar la respiración. Menos indefenso que el humano, la cría del simio tiene fuerza suficiente para agarrase a su madre de la que recibe calor y asido a la cual es transportado.

Matronas desde el principio de la humanidad

Karen Rosenberg (paleoantropóloga) y Wenda Trevathan (antropóloga física y matrona), al igual que otros científicos como el citado Juan Luis Arsuaga, a la luz de los conocimientos paleontológicos y antropológicos actuales, se atrevían a argumentar que las hembras humanas rutinariamente han necesitado ayuda cuando iban a parir y que consecuentemente otras mujeres, como matronas o comadronas (com mater), han estado ayudando a las mujeres en el parto y nacimiento de sus hijos desde el origen del género Homo (Imagen 1).



Imagen 1. Recreación de un parto en una especie primigenia del género *Homo* (elaboración propia)

El acercamiento compasivo, la oferta de ayuda y la protección a la mujer que pare son elementos de carácter universal, pilares de la génesis de la profesión de matrona y del ejercicio de esta. La Obstetricia, como abordaje de un proceso fisiológico y reiterado a lo largo del tiempo, como es el parto y nacimiento humanos, por necesidad fisiológica sería, por tanto, tan antigua como la humanidad y, por ende, la Obstetricia y no la prostitución sería, además, la "profesión más antigua de la humanidad".

El acompañamiento a una parturienta por otra mujer en el acto del parto probablemente estaría motivado en sus inicios por una actitud compasiva y de solidaridad hacia su congénere, de modo que, sin saber nada de teorías y modelos, comienza la construcción de la identidad profesional futura de la matrona. Esa mujer que comparte la escena con la parturienta, motivada únicamente por el sentimiento, poco a poco abandonaría su actitud pasiva, sobre todo en situaciones de dificultad. Posteriormente, y a medida que fuera consiguiendo pericia en la intervención de los procesos (gestación, parto, puerperio, etc.), es posible que, además, buscara el reconocimiento a esa ayuda que presta dando solución a una situación concreta, situación que, de repetirse, como es el caso, se convertiría en una necesidad social a la que seguir dando cobertura cada vez con mayor nivel de especialización y dedicación por parte de un sector de la población determinado por sus actitudes y aptitudes. De esta manera, la práctica se convirtió en hábito y, por último, en forma de vida, determinando así la figura de la asistente que perduraría por los siglos: la matrona, que evoluciona desde un oficio a una profesión como hoy se conoce, con una formación académica científico-técnica que le confiere la cualificación de profesional sanitario altamente especializado, pareja a la conversión de la Obstetricia en una disciplina académica con un replanteamiento amplio y profundo, y cambios fundamentales en la práctica y los servicios.

De hecho, las ventajas de formas simples de asistencia en el parto han reducido la mortalidad materna e infantil a lo largo de la historia. Por eso Rosenberg y Trevathan, "por la dificultad y el riesgo que acompañan al nacimiento humano", tenían claro que "la partería no es exclusiva de los humanos contemporáneos", y llegaban a sugerir que "la práctica de la partería podría haber aparecido hace cinco millones de años, cuando el advenimiento del bidepalismo constriñó por primera vez el tamaño y la forma de la pelvis y el canal del parto"¹².

El problema de la encefalización y la hipótesis de la abuela

Connatural con la hominización fue el incremento del desarrollo cerebral: los humanos tenemos una presión de selección que es la de nacer cada vez más encefalizados. La expansión más significativa en el tamaño del cerebro de adultos y niños evolucionó a partir de los australopitecos y, particularmente, con la aparición del género *Homo* hasta nuestros días.

Esa triple realidad evolutiva de los fetos de cerebro grande, una pelvis diseñada para caminar erguida y un parto rotacional en el que el niño nace mirando hacia abajo (atrás) no es una circunstancia actual. Por esta razón, Rosenberg y Trevathan sugirieron que la selección natural favoreció hace mucho tiempo los comportamientos de buscar/ofrecer asistencia durante el parto, porque dicha ayuda compensaba estas dificultades. Sin embargo, las madres probablemente no buscaron ayuda únicamente porque predijeron el riesgo que representa el parto. Es más probable que el dolor, el miedo y la ansiedad impulsaran su deseo de compañía y sequridad 12.

Complementariamente, Ashley Montagu destacaba cómo "el feto humano actualmente tiene un cerebro al nacer que es como el de un chimpancé adulto", de modo que "el cerebro del recién nacido tiene aproximadamente el 28 por ciento de su tamaño adulto", mientras que "al final del primer año se ha logrado el 62 por ciento del crecimiento total del cerebro y al final del tercer año el 83 por ciento". Obviamente, esta es una "tasa de crecimiento mucho más rápida que la que ocurre en cualquier otra criatura de tamaño similar", y es que "el crecimiento completo del cerebro humano no se logra hasta el final de la segunda década de la vida o más tarde" 13.

Lo cierto es que los neonatos humanos nacen extremadamente indefensos y dependientes si se comparan con la mayoría de los animales mamíferos. Ese escaso desarrollo intrauterino es la solución evolutiva natural para que el parto humano pueda completarse sin mayor riesgo para el feto y la madre, ya que, de prolongarse la gestación, seguiría creciendo el encéfalo y consecuentemente el cráneo (junto con el resto del cuerpo), lo que finalmente ocasionaría una desproporción céfalo-pélvica con el consiguiente riesgo vital para madre y feto.

Por tanto, esta "prematuridad en el nacimiento" de los humanos soluciona la posibilidad de que el parto se realice normalmente en el mayor número de casos, pero, evidentemente, la inmadurez e indefensión con la que nacen los neonatos requiere cuidados importantes y constantes para su supervivencia, que involucran durante mucho tiempo al clan familiar principalmente. Esta falta de desarrollo, y la posterior lenta evolución en las capacidades cognitivas y neuromotoras básicas en los humanos, es lo que se denomina científicamente "altricialidad secundaria" 14.

Nuevamente, la evolución propone una solución también a este problema con una menopausia, la humana, prácticamente inexistente en la mayoría de las especies animales o, al menos, no con una duración tan larga, aproximadamente la de un tercio de la existente en las mujeres. Visto desde un punto evolutivo, este periodo de infertilidad femenina parece que haya sido vital para la adaptación y supervivencia de la especie humana. Se sabe que la natalidad en épocas prehistóricas era sumamente importante y, por otra parte, la mortalidad infantil extremadamente alta. Las mujeres tendrían periodos intergenésicos ajustados a la contracepción producida por la inhibición de la menstruación por la lactancia materna (amenorrea lactacional), lo que fácilmente podría traducirse en un hijo nacido cada dos-tres años aproximadamente.

El clan familiar estaría compuesto por muchos niños, potencialmente más susceptibles de sufrir problemas nutricionales y/o epidemiológicos, a los que hay que añadir los riesgos del destete para la supervivencia de los lactantes; son niños dependientes que necesitan protección, alimento, cuidados y afecto. En este contexto planteaba George C. Williams, en 1957, la menopausia como una adaptación evolutiva, el resultado de una selección natural para permitir que una larga vida post-reproductiva aumente la inversión maternal en la progenie ya existente. La abuela, mujer madura y experimentada, gastaría su energía en apoyar a la familia, en lugar de seguir reproduciéndose¹⁵.

Años más tarde, en 1997, Kristen Hawkes et al. 16, de la Universidad de Utah, daban el siguiente paso enunciando la que se conoce como "hipótesis de la abuela", según la cual los humanos lograron una mayor esperanza de vida porque las abuelas ayudaron en la alimentación de los nietos. La abuela facilitaria el destete, que la hembra volviera a ser fértil acortando los periodos intergenésicos y, como consecuencia, aumentando la descendencia y transmitiéndole a su progenie genes más fuertes, propios de la selección natural experimentada por ella misma. Al mismo tiempo, la infertilidad de la mujer madura evitaba el riesgo para ella misma de parir hijos con más probabilidad de alteraciones genética o, incluso, de morir como consecuencia de los mayores riesgos asociados al parto de una mujer añosa y/o por su cronobiología, dejando hijos huérfanos a edad temprana. Otro aspecto positivo de la menopausia es que evita la pugna de las abuelas con sus hijas por la reproducción, concentrando las energías (y la experiencia) de las abuelas en ayudar a la crianza de sus nietos, los cuales, además, nacen de mujeres lo suficientemente jóvenes para poder criarlos¹⁶.

Esta hipótesis es controvertida para algunos científicos, fundamentalmente por explicar la menopausia solo desde una perspectiva antropológica, acusándola de no estar basada en evidencias fósiles. Esta objeción fue subsanada posteriormente con un nuevo estudio con soporte matemático realizado por Kim et al.¹⁷, cuyos resultados para el modelo elegido, en el que no se incluían estimaciones relacionadas con los cerebros, el aprendizaje o los vínculos de pareja, afirmaba que "los efectos de la abuela por sí solos son suficientes para impulsar la duplicación de la esperanza de vida en menos de sesenta mil años", concluyendo los autores del trabajo que las abuelas fueron la fuente inicial probable de la ayuda para la crianza, que la selección solo para la abuela podría haber impulsado la evolución de nuestra longevidad postmenopáusica, amplificando las interdependencias y estableciendo el contexto social para muchas otras características que, posteriormente, evolucionaron en nuestro linaje¹⁷.

En torno al registro fósil del trabajo de la matrona en la prehistoria

En la actualidad, por tanto, no cabe ninguna duda acerca de que han existido mujeres ayudando en el parto desde que nuestra especie es especie, pero ¿se podrían encontrar evidencias del papel jugado por las mujeres-matronas en el paleolítico superior? ¿Existirá registro fósil del trabajo de alguna matrona en la prehistoria?

Elisabeth Beausang, arqueóloga sueca, destacaba en uno de sus trabajos que rara vez se considera el parto como objeto de estudio en prehistoria, al suponerse que no existiría posibilidad alguna de rastrear la cultura material que lo rodea, probablemente por no reconocerse que el parto constituye un acto social relevante, lo que habría impedido identificar con él restos materiales en el registro arqueológico¹⁸.

La deducción que hace Mª Encarna Sanahuja, pionera de la arqueología feminista en España, sobre la consideración anterior, es que esa incapacidad de detección que convierte en invisibles los posibles registros fósiles de un parto no radica prioritariamente en las características de los yacimientos estudiados, sino en los prejuicios de las miradas que se hacen desde el presente hacia esos posibles materiales¹⁹, lo que, en consecuencia, incrementaría aún más la dificultad para encontrar vestigios de la actividad de la matrona en estas épocas.

En todo caso, sería una labor difícil, pero no imposible, como intentó demostrar William I. Thompson²⁰, uno de los primeros en orientar la investigación y denunciar a la vez la presencia de un fuerte sesgo en contra o una resistencia inconsciente a las miradas feministas en la prehistoria. Él mismo reinterpretó los usualmente llamados "bastones de mando", en vez

de como utensilios faliformes que manifiestan el poder masculino, como artefactos propios de matronas registrando ciclos lunares. Consideraba Thompson que el dueño del bastón podría no ser un cazador mostrando su poder, sino una partera, y ampliaba su perspectiva feminista hacia el trabajo de la partera y cómo esta combina ciencia y sensibilidad hacia la madre. Y asumía, complementariamente, que el cómputo de los ciclos menstruales, de los ciclos lunares, que se pueden superponer a los anteriores y la partería habrían contribuido al origen de la ciencia tanto o más que las aportaciones de los varones.

Por otra parte, no se pueden olvidar las numerosas representaciones, datadas a lo largo del Paleolítico y el Neolítico, de las diosas madres o Venus, diosas de la fertilidad, estableciendo una analogía entre la fecundidad de la mujer y la fertilidad del suelo. La mayoría de estas estatuillas de diosas madre-venus se caracterizan por estar desnudas o semidesnudas y sin apenas adornos. Se trata de mujeres maduras, madres, con rasgos sexuales muy pronunciados. Algunas, con sus vientres abultados, harían referencia al momento de la gestación, con caderas, vientre y pechos grandes, las llamadas Venus esteatopígicas (del griego esteato, grasa, y pigos, nalgas). Con algunas otras características comunes, el denominador que las asemeja, fundamentalmente, es el de su acentuada sexualidad. La ingente cantidad de grasa que muestran estas estatuillas hace pensar que era un signo de salud y, consecuentemente, de belleza. Desde luego la supervivencia durante la última glaciación, con un frío cada vez más intenso, fue especialmente dura y una mujer bien alimentada tenía más posibilidades, tanto de parir hijos sanos como de alimentarlos, cuestiones ambas capitales en un contexto de altísima mortalidad infantil y maternal (Imagen 2 y 3).

Se pueden enlazar estas cuestiones con las perspectivas que se desarrollarán a continuación mirando a una de estas Venus, la de Laussel, y fijándonos en el cuerno de bisonte que sostiene en la mano derecha, en el que se pueden observar trece, quizá catorce, marcas. Según la interpretación de Thompson ya citada, en la que asume la existencia de una cultura femenina específica en la prehistoria centrada en la menstruación y la luna, estas marcas también podrían simbolizar las fases de la luna desde la luna nueva hasta la llena (en los misterios de la mujer, desde la menstruación hasta la ovulación) o, incluso, dado que 13x28=364, los trece meses "menstruales" del año. Desde esta perspectiva entiende que, siendo conscientes del fenómeno de la ovulación, aunque fuesen incapaces de entenderlo en un sentido médico, las mujeres, conocedoras de los ritmos mensuales de sus órganos, habrían sido las autoras de esas pinturas y grabados de vulvas que se encuentran en numerosas cuevas y hasta de las propias Venus, en las que ellas harían, en línea con la visión clásica de Henri Breuil, un canto a la maternidad, una entrega de sus vientres, senos y vulvas a la perpetuación del grupo²¹.



Imagen 2. Venus de Laussel (Burdeos, Francia). CC BY 3.0

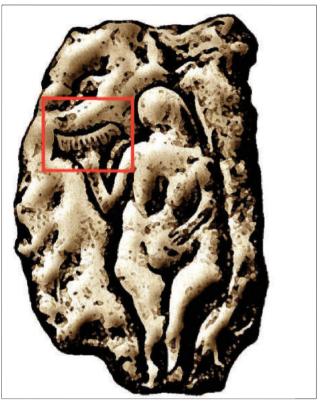


Imagen 3. Detalle del cuerno de bisonte de la Venus de Laussel. Dominio público.

El registro simbólico en la Prehistoria

En septiembre de 2021 aparecía publicado en español el libro *El hombre prehistórico es también una mujer*, con el que Marylène Patou-Mathis reivindicaba el papel jugado por la mujer a lo largo de la Prehistoria y, muy especialmente, se preguntaba nuevamente si las mujeres no habrían sido (también, además de los hombres) autoras de esas primeras manifestaciones simbólicas del pensamiento humano que se llama arte²².

Hoy se sabe que gran parte de las manos pintadas al negativo en las cuevas corresponden a mujeres, aunque no se ha podido determinar si fueron ellas o sus compañeros varones quienes soplaron los pigmentos que permitieron la impresión coloreada. Lo que sí parece claro es la necesidad de superar algunos tópicos, heredados de los primeros prehistoriadores desde finales del siglo XIX, estudiando el pasado desde nuevas perspectivas, complementarias de las utilizadas hasta ahora, con propuestas plausibles (o, al menos, tan plausibles como todas las que se han presentado hasta ahora) que permitan entender y explicar el significado y autoría de esos registros simbólicos que se siguen considerando "artísticos".

Una de esas miradas, diferente de las usuales, es la que aporta la matemática, y una de esas interpretaciones plausibles es lo que, en 2010, en las páginas de la revista Dynamis, se denomina la Conjetura Zaslavsky²³, convirtiendo en hipótesis de trabajo la exclamación que dejó escrita en 1991 la etnomatemática norteamericana Claudia Zaslavsky, en el International Study Group on Ethnomathematics Newsletter. "¡las mujeres fueron, sin que quepa la menor duda, las primeras matemáticas!". Esta afirmación extendía la pregunta que ella misma se hacía acerca de "¿quién, sino una mujer llevando el recuento de sus periodos, necesitaría un calendario lunar?"24, inspirada, a su vez, por las consideraciones de Dana Taylor²⁵. La pregunta y la posterior exclamación surgían del análisis de piezas de arte mueble del paleolítico superior africano²⁶, trascendiendo la usual atribución masculina de las "marcas de caza" presentes en las azagayas europeas. Desde esta perspectiva se consideraba el hueso Lebombo (Sudáfrica), que contiene 29 incisiones paralelas (podrían haber sido 30, porque el extremo está fracturado) y, sobre todo, se destacaba el hueso Ishango, que tiene una decoración con incisiones análogas a las del Lebombo, pero agrupadas en tres columnas con un total de 60, 60 y 48 muescas respectivamente. Pues bien, si para su descubridor, Jean de Heinzelin, el Ishango contenía el registro de un sistema de base diez, del concepto de duplicación de cantidades e, incluso, de los números primos entre el diez y el veinte²⁷, para Alexander Marshack, en su libro *The Roots of Civilization*, en este hueso estaría representado un calendario con seis meses lunares²⁸.

En realidad, un ciclo lunar (una lunación) dura 29,53 días solares, y, redondeando, todos los pueblos han construido sus calendarios con 12 meses de 30 días añadiendo otros cinco días festivos para completar los 365, o un decimotercer mes lunar cada tanto para compensar los desfases. En el Ishango, donde se pueden contar 168 muescas, de ninguna manera aparecerían registrados seis meses lunares de 30 días (180 en total), pero si a cada una de las dos columnas de 60 marcas se les quita cuatro y se suman esas ocho marcas a las 48 de la tercera columna, entonces sí se percibe que la cantidad total es seis veces 28, es decir, la correspondiente a seis ciclos menstruales.

Claudia Zaslavsky no llegó a explicitar en sus escritos esta sencilla cuenta que se acaba de exponer y que ha servido para quiar la búsqueda de otras piezas de "arte" mueble con decoración análoga que permitan corroborar la que solamente sería una hipótesis de trabajo. De este modo, si Roberto Ontañón describió las 15+15 incisiones de un metacarpo de cabra del estrato F de La Garma A (Cantabria)29, se puede destacar también que el Colgante de Enfer (Rebeuville, Francia) parece tener unas 60 (30x2) muescas en paralelo en sus bordes, que el Colgante de Morín (Cantabria) está grabado con una serie armónica de ±30 muescas transversales en paralelo que contornean la pieza, y, en general, que los museos europeos conservan numerosas piezas con una decoración análoga, de en torno a 30 muescas, que carecen de sentido "artístico"... pero suponen más que plausibles manifestaciones de registro calendárico³⁰. Aunque el estudio completo de todas las pinturas rupestres y de todas las piezas de arte mueble halladas con este tipo de decoración rítmica en el mundo aún no se ha realizado³¹, sí puede destacarse otro canino encontrado en el yacimiento de la cueva de Altamira con exactamente 28 incisiones, y destacar el estudio detallado de las piezas halladas en la Península ibérica que se hace en la tesis doctoral de Álvarez Fernández³². Por supuesto, quedaría pendiente elucidar a quién se debe la autoría de cada una de ellas.

Pensamiento recursivo en el Paleolítico superior

En los dos artículos publicados en 2004 y 2010 ya citados se presentan, por primera vez en el ámbito histórico-matemático, el análisis de cuatro piezas de arte mobiliar halladas juntas en la Cueva de Altamira durante las excavaciones realizadas por Hugo Obermaier y Henri Breuil entre 1924 y 1925³³. En ellos se muestran cómo, desde otras perspectivas disciplinares, diferentes y complementarias de las habituales entre los prehistoriadores, las piezas podían recibir una

nueva valoración, tanto para la historia del pensamiento matemático como para el conocimiento de la Prehistoria de la región franco-cantábrica, ya que, aparentemente, constituían la que (hasta esos momentos al menos) probablemente sea la primera muestra, del registro arqueológico mundial, de una recursividad simbólica.

La recursividad es una propiedad exclusiva y definitoria de nuestro lenguaje que, de acuerdo con autores como Noam Chomsky³⁴, Michael Corballis³⁵ y otros, hace única y exclusiva a nuestra especie. Se entiende por esta la introducción de elementos o entidades dentro de otros elementos o entidades de categoría similar. En síntesis, se trataría de la capacidad para incluir pensamientos (elementos o entidades) dentro de otros pensamientos (elementos o entidades) de categoría similar, ascendente o descendente: extender una frase indefinidamente mediante su inclusión en otras frases de nivel superior; concebir un conjunto como unión del número que se desee de subconjuntos, etc. Sería la capacidad que permite, por ejemplo, tener conciencia del transcurrir del tiempo o de compatibilizar los enfoques ordinal y cardinal para la construcción del concepto de número natural.

Las cuatro piezas, elaboradas en hueso hioides de caballo, son muy planas, con un grosor de menos de 2 mm y unas dimensiones de entre 14 y 16 mm de ancho, y entre 31 y 36,5 mm de alto. A todas se les dio una forma prácticamente rectangular (aunque en una se mantuvo un tamaño mayor y cierta curvatura) y fueron perforadas todas ellas en uno de los extremos, probablemente para ensartarlas conjuntamente en un colgante único que acompañara-adornara a su autor/a. Cada una de las cuatro presenta, a lo largo de los bordes de sus caras superiores, unas incisiones similares: muescas cortas, transversales y paralelas; dos de ellas también presentan el mismo tipo de decoración en la cara inferior. Aunque las piezas se encuentran algo deterioradas, lo que se observa en su estado actual es que en ellas se podrían haber contabilizado en torno a 30 incisiones, dependiendo de la consideración que se dé a los diferentes tipos de marcas, pues varían en profundidad, longitud o anchura, y hasta han desaparecido en alguna de las caras, probablemente como consecuencia de la erosión.

Sus descubridores, Breuil y Obermaier, las situaron dentro de la industria ósea localizada en el nivel Solutrense de la cueva, es decir, con una antigüedad unos 5.000 años mayor que la que se solía otorgar al techo de los polícromos. Para ellos, se trata de cuatro plaquitas de marfil, subrectangulares, con los bordes decorados con pequeñas estrías marginales, constituyendo los objetos de adorno más notables del yacimiento. Por su parte, Corchón³⁶ consideraba que presentarían "marcas irregulares de longitud desigual, en su mayoría dispuestas transversalmente al eje mayor del colgante y agrupadas en series continuas y completas, probablemente rítmicas".

Finalmente, en la descripción que se hacía en la vitrina de título "Solutrense Superior (18.500 años)" del Museo de Altamira, simplemente se consideraba que se trataría de un conjunto de colgantes elaborados en hueso hioides de caballo, colocados (sin destacar de manera especial) como número 7 dentro de un conjunto de 11 piezas (raspadores, perforadores, buriles, azagayas, etc.) de ese periodo. Sin embargo, si se analizan desde la perspectiva del registro material del pensamiento simbólico, podrían proponerse otras notas caracterizadoras que no se han destacado hasta el momento y que convertirían a estas cuatro plaquitas en un fenómeno singular.

En primer lugar, la importancia que tiene el número de muescas realizadas en cada pieza (±30) se debe a su práctica coincidencia tanto con el número de días (29,5) que tiene el mes lunar, como con el del menstruo femenino (±28). Por otro lado, la persona que realizó las piezas determinó una misma decoración para todas ellas, repitiendo el mismo motivo, lo que implica haber hecho tanto un recuento de los trazos efectuados, como una correspondencia uno a uno entre los grupos de ±30 trazos. Finalmente, frente a los hallazgos de piezas aisladas, con incisiones cortas perpendiculares al contorno, habituales en la literatura, estos colgantes de Altamira constituyen la que probablemente sea la primera (y, de momento, parece que la única) colección, concebida como unidad de expresión simbólica, compuesta por, al menos, cuatro piezas con este tipo de registro (Imagen 4).

Esta colección podría interpretarse, por tanto, como una unidad, además de estar constituida, a su vez, por (al menos) otras cuatro unidades (cada una de las plaquitas). Estas unidades constituyentes de cada unidad superior poseerían relaciones entre ellas (todas podrían ser manifestaciones de la contabilidad de un mismo fenómeno), siendo la relación entre ellas, precisamente, el nuevo concepto que se pretende representar. En otras palabras, el conjunto de plaquitas supondría la representación de la repetición de un ciclo, es

decir, la ciclicidad de un ciclo: un conjunto formado por ocho unidades de registro de en torno a 30 marcas.

Se representarían, por tanto, dos conceptos: uno de manera tangible (quizá el mes; es decir, cada una de las plaquitas) y un concepto jerárquicamente superior que se representa de manera totalmente inmaterial, a partir de las relaciones entre las plaquitas. Frente a las piezas individuales de arte mobiliar, la representación del ciclo que constituye este singular conjunto de plaquitas de Altamira, cada una de las cuáles representaría un ciclo de orden inferior, estaba únicamente en la mente de quien las realizó; como estará en la mente de todo el que se aproxime a interpretar estas plaquitas mediatizado por esta interpretación. En suma, no hay soporte material para el concepto que da unidad a las piezas, el "soporte" sería meramente mental.

La ciclicidad, que queda representada de manera abstracta (no material) por el conjunto de las cuatro plaguitas, constituiría un caso evidente de recursividad. Gracias a esta capacidad de combinatoria abstracta de nuestro lenguaje v. por tanto, de nuestra mente, se puede construir y entender oraciones sintácticamente complejas, en las que varios mensajes completos están contenidos dentro de otro (u otros) mensaje/s completo/s y jerárquicamente superior/es. Independientemente del fenómeno concreto que los cuatro colgantes de Altamira pudieran estar representando (sea este fenómeno un número de meses dentro del año u otra cosa), constituirían en su conjunto la primera manifestación simbólica conocida hasta el momento de esa característica de la mente humana mediatizada por el lenguaje que se denomina recursividad, al existir un símbolo (quizá el año) que, sin tener soporte material, habría servido a su autor/a como concepto-quía de orden jerárquicamente superior para la construcción de la colección de plaquitas.

Dejando, por tanto, a un lado la mera finalidad artísticodecorativa que se le han atribuido tradicionalmente, es razonable aventurar la hipótesis de que se trata de un grupo



Imagen 4. Los cuatro colgantes solutrenses de Altamira. Foto: Francisco A. González Redondo

de meses lunares, análogos a los que reputados historiadores del registro simbólico prehistórico, como Alexander Marshack, han atribuido a muchas de las piezas individuales con incisiones seriadas³⁷.

¿Una de las primeras matronas "documentadas"?

El hecho de que se trate de un conjunto formado solamente por cuatro plaquitas no invita a interpretar esta colección como la representación de un ciclo anual completo constituido, a su vez, por (¿12?) subciclos. Por tanto, para determinar cuál podría ser ese concepto superior es preciso preguntar: ¿a qué varón del solutrense se le ocurriría, y para qué, preparar esas ocho unidades de expresión, y las iría registrando marca a marca (quizá, día a día) hasta completar ocho ciclos de 30 marcas? Al tratarse de un conjunto de cuatro plaquitas con ocho caras en total, la única explicación razonable es que podría tratarse del cómputo de ciclos mensuales agrupados dentro de otra entidad de orden superior, como podía ser la duración de un embarazo a partir de la constatación de la primera falta³⁸.

En efecto, conocer la fecha del parto ha sido siempre importante, pero en el paleolítico superior probablemente resultara de vida o muerte para nuestras antepasadas, ya que este periodo coincide con la segunda mitad del último periodo glacial y, tratándose de poblaciones nómadas, calcular muy bien los desplazamientos para que la mujer al final del embarazo tuviera, al menos, un buen cobijo para el parto determinaría la supervivencia del binomio maternofetal.

Las cuatro piezas descritas, plausiblemente, fueron confeccionadas por una mujer solutrense, experimentada, conocedora de la contabilidad necesaria para salvaguardar la vida de la futura madre, que se ocupa de registrar simbólicamente cantidades numéricas (agrupadas en ciclos) al abrigo de la cueva de Altamira.

William I. Thompson ya había asumido que tenían que haber sido matronas las que llevasen el registro de los ciclos lunares para preparar el parto, pero él se había limitado a "bastones de mando" individuales, que todo lo más podrían contener, en todo caso, el registro de un único y aislado ciclo lunar (o menstrual), nunca la duración de un embarazo.

Las piezas que se conservan en el Museo de Altamira, sin embargo, constituyen, hasta el presente, un hallazgo único y singular, de considerable relevancia para la historia y la prehistoria de la mente de nuestra especie y, posiblemente, un hallazgo muy especial para la historia de las matronas. Merecen una ubicación destacada, individualizada (en su conjunto) y contextualizada en el museo que las exhibe. Y es que, Altamira es nombre de mujer... y de una de las primeras matronas, plausiblemente, también.

Bibliografía

- Alic M. El legado de Hipatia: historia de las mujeres en la ciencia desde la antigüedad hasta fines del siglo XIX. Siglo XXI, 2005. p.33.
- Medina A. Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear [internet]. Madrid: Oficina de Antonio Sanz. Biblioteca Nacional de España; 1750. [citado 3 dic 2021]. Disponible en: http://bdh.bne.es/bnesearch/CompleteSearch.do?showYearltems=Etfield=todosEtadvanced=falseEtexact=onEttextH=Etco mpleteText=Ettext=antonio+medinaEtpageSize=1EtpageSize-Abry=30EtpageNumber=10
- 3. Nácar Fuster E, Colunga A (eds.). Sagrada Biblia. Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 1985. p.63.
- 4. Nácar Fuster E, Colunga A (eds.). Sagrada Biblia. Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 1985. p.83.
- Delacoux A. Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines [internet]. Paris: Trinquart; 1834 [citado 3 dic 2021]. Disponible en: https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?23846
- Míguez JA (ed.). Teeteto o de la Ciencia. En: Platón Obras Completas. Madrid: Aguilar; 1969. p. 892-941.
- Delacoux A. Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines [internet]. Paris: Trinquart; 1834. p.x [citado 3 dic 2021]. Disponible en: https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?23846. p.7
- UNFPA, ICM, OMS. El Estado de las Matronas en el Mundo 2021 [internet]. Nueva York: United Nations Population Fund; 2021 [citado 3 dic 2021]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ESv7131.pdf
- UNFPA. Maternal Health. Updated 23 October 2019 [internet]. [citado 3 dic 2021]. Disponible en: https://www.unfpa.org/maternal-health
- Cabero Roura L. Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid:
 Ed. Médica Panamericana; 2007. p. 426.
- 11. Arsuaga JL. El primer viaje de nuestra vida. Barcelona: Temas de hoy; 2012. p.151-2.
- Rosenberg K, Trevathan W. The Evolution of Human Birth. Scientific American. [internet December 2001 [citado 3 dic 2021; 285(5):72-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11672138_The_Evolution_of_Human_Birth
- 13. Montagu A. Growing Young. Massachusetts: Bergin & Garvey Publishers; 1989. p. 50.
- 14. Dunsworth HM, Warrener AG, Deacon T, Ellison PT, Pontzer H. Metabolic hypothesis for human altriciality. Proceedings of the

- National Academy of Sciences of the United States of America [internet] 2021 [citado 3 dic 2021]; 109(38):15212–6. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3458333/#r5
- Williams GC. Pleitropy, Natural selection, and evolution of Senescence.
 Evolution. [internet] 1957 [citado 3 dic 2021]; 11(4):398-411. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1558-5646.1957.tb02911.x
- 16. Hawkes K, O'Connell JF, Blurton Jones NG, Álvarez H, Charnov EL. Grandmothering, menopause, and the evolution of human life histories. Proceedings of the National Academy of Sciences. [internet] (Feb 1998) [citado 3 dic 2021]; 95(3):1336–9. Disponible en: https://www.pnas.org/content/95/3/1336
- 17. Kim PS, Coxworth JE, Kristen H. Increased longevity evolves from grandmothering. Proc. Biol. Sci. [internet] 2012 [citado 3 dic 2021]; 279(1749):4880-4.
- Beausang E. Childbirth in Prehistory: An Introduction. European Journal of Archaeology. [internet] 2000 [citado 3 dic 2021]; 3(1):69-87. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/249748034_Childbirth_in_Prehistory_An_Introduction
- 19. Sanahuja YII ME. La cotidianeidad en la Prehistoria. Barcelona: Icaria Editorial; 2007. p. 80.
- 20. Thompson W I. The Time Falling Bodies Take To Light: Mythology, Sexuality and the Origins of Culture [internet]. New York: St. Martin's Press; 1981 [citado 3 dic 2021]. Disponible en: https://archive.org/details/timefallingbodie00thom/mode/2up?view=theater
- 21. Breuil H. El Paleolítico. En: Huyghe R (ed.). El Arte y el Hombre. Vol. 1. Barcelona: Planeta; 1965. p. 37-46.
- 22. Patou-Mathys E. El hombre prehistórico es también una mujer. Barcelona: Lumen; 2021.
- 23. González Redondo FA, Martín-Loeches M, Silván Pobes E. Prehistoria de la matemática y mente moderna: pensamiento matemático y recursividad en el Paleolítico franco-cantábrico. Dynamis. [internet] 2010 [citado 3 dic 2021]; 30:167-95. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v30/07.pdf
- 24. Zaslavsky C. Women as the First Mathematicians. International Study Group on Ethnomathematics Newsletter. [internet] Enero 1992 [citado 3 dic 2021]; 7(1). Disponible en: https://web.nmsu.edu/~pscott/isgem71.htm

- 25. Taylor D. The Power of Menstruation. Mothering. (Invierno 1991); 58:41.
- Zaslavsky C. Africa Counts: Number and Pattern in African Culture. Boston: Prindle, Schmidt and Weber; 1973.
- 27. De Heinzlin J. Ishango. Scientific American. 1962; 206(6):105-6.
- 28. Marshack A. The Roots of Civilization. New York: Weidenfeld and Nicolson; 1972.
- 29. Ontañón R (coord.). La Garma. Un descenso al pasado. Santander: Gobierno de Cantabria; 2001.
- 30. González Redondo FA, Silván Pobes E. (2004) Pensamiento simbólico y Matemática en el Paleolítico Superior. Boletín de la Sociedad "Puig Adam" de Profesores de Matemáticas. [internet] 2014 [citado 3 dic 2021]; 68:78-93. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-89521/Bolet%C3%ADn%2068%20de%20Soc%20PUIG%20ADAM.pdf
- 31. Von Petzinger G. The first signs: unlocking the mysteries of the world's oldest symbols. New York: Atria Books; 2016.
- 32. Álvarez Fernández E. Los objetos de adorno-colgantes del paleolítico superior y del mesolítico en la cornisa cantábrica y en el valle del Ebro: una visión europea. Tesis Doctoral. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca: 2006.
- 33. Breuil H, Obermaier H. La cueva de Altamira en Santillana del Mar. Madrid: Junta de las Cuevas de Altamira-Hispanic Society of America-Academia de la Historia: 1935.
- 34. Chomsky N. On certain formal properties of grammars. Information and Control. 1959; 2:137-67.
- 35. Corballis MC. The Recursive Mind. New Jersey: Princeton University Press; 2011.
- 36. Corchón Rodríguez MS. El arte mueble paleolítico cantábrico: contexto y análisis interno. Madrid: Centro de Investigaciones y Museo de Altamira. Monografía nº 16; 1986.
- 37. Marshack A. Upper Paleolithic Notation and Symbol. Science. 1972; 178:817–28.
- 38. González Redondo FA. La conjetura Zaslavsky. ¿Fueron las mujeres las primeras matemáticas? En: Moreno-Lago E (ed.) La fisura de la historia. Intelectuales, artistas y científicas. Granada: Comares; 2021. p. 53-66.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS



"Proyecto AUCA* en apoyo de la lactancia materna" (1999)

Como ya hemos mencionado en un número anterior de esta revista (abril 2015 N° 0 Volumen 3), el 20 de noviembre de 1995 tuvo lugar en Madrid la reunión para la formación de la comisión de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) en la que, junto al Ministerio de Sanidad, participaron los más altos representantes de UNICEF, Sociedad Española de Pediatría, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Nacional de Matronas, Asociación de Promoción de la lactancia Materna, Asociación Española de Gerentes y Administradores de Hospitales, Grupos de Ayuda Mutua.

La primera acción de este comité de socios fundadores fue difundir la iniciativa Lactancia Materna "Hospital Amigo de los Niños", en primer lugar entre profesionales y, posteriormente, entre la opinión pública, siguiendo las recomendaciones dadas por la UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1989.

Como miembro fundador de la iniciativa IHAN, la Asociación Española de Matronas ha sido y sigue siendo fiel con el objetivo de defender y promover la lactancia materna, emprendiendo, en el ámbito corporativo, diversas acciones en pro de conseguirlo. Un ejemplo es el patrocinio de este póster, así como el auspicio de concursos sobre lactancia, la participación en los congresos nacionales de lactancia materna que se han venido desarrollando con carácter bianual desde el año 2000, y en todos los asuntos internos de la organización al tener representación en el comité nacional de la IHAN.

Las autoras de este trabajo hicieron gala de gran imaginación y concibieron este póster en el que crearon imágenes y colores atrayentes para al espectador, reforzándolas con sencillas y claras premisas sobre la lactancia al estilo de las aucas*, expresión tradicional de la literatura catalana, que mostraba en 48 imágenes un tema concreto, en este caso sobre la lactancia materna, acompañadas cada una de ellas por dos versos de métrica y rima determinada.

Como cualquier publicación referente a la salud, fue revisada por el Ministerio de Sanidad y Consumo a fin de que cumpliera con las líneas de actuación del citado ministerio, que dio su visto bueno y la Asociación Nacional de Matronas patrocinó su difusión entre las matronas en el ámbito nacional.



LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA



Para daros el mejor recibimiento, la teta es un buen comienzo.



Hay que aceptar este hecho, la mejor leche está en el pecho.



En el momento de dar de mama Busca paz en cualquier lugar.



Dale el pecho según su elección. Sin duda es justa su petición.



En contadas ocasiones, chupetes y biberones.



Colócate bien en toda ocasión,



Si te alimentas normalmente tendrás leche buena y suficiente.



Para asegurarle la salud y el crecimiento te ayudarán personas de conocimiento.



El padre es el mejor ayudante para que todo siga adelante



Los avances de la ciencia han facilitado tu independencia.



La cuchara es una ayuda para quien a la madre sustituya.



Si el bebé gana peso adecuadamente, hasta los 6 meses puede tomar el pecho solamente



Si tienes que dar de mamar, de la gente que mira debes pasar.



Cuando vuelvas a trabajar la lactancia puedes continuar.



Mira en la naturaleza un ejemplo que no cesa

Autores: Idea y texto: Palmira Rius (enfermera, profesora de enfermería comunitaria), Illustraciones: Ermengol, Color: E.Molinas











POSTER PATROCINADO POR LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS

¡¡SOLICITALO!!



Próximas convocatorias de Posgrados con Acreditación ECTS



Máster en Urgencias y Emergencias para Enfermería

- Modalidad: online

- Duración: 1.500 horas



Experto en Gestión de Servicios de Salud en Enfermería

- Modalidad: online

- Duración: 650 horas



Experto en Cuidados Intensivos Pediátricos

- Modalidad: online

- Duración: 750 horas

DAEFORMACIÓN

Fechas de inicio desde el 06/12/21

Entrevista a Carmen García Urias





Con profundo dolor editamos esta entrevista que fue la última realizada a nuestra compañera, colega, cofundadora de la Asociación Española de Matronas, fallecida el 8 de noviembre de 2021.

La Asociación Española de Matronas y todas las personas que conocimos a Menchu, estamos de luto por esta pérdida tan trágica como inesperada. Nos queda el consuelo de que el desenlace fue tan rápido que le permitió estar en activo, entregada a sus causas solidarias, lo que hacía con verdadera dedicación, entrega y mucho amor, hasta pocos días antes de la despedida.

Por su activismo en favor de las matronas y las mujeres, por su generosidad y su fortaleza moral, la recordaremos siempre. DEP.

Nuestra entrevistada, en esta ocasión, es una matrona con solera que continua siéndolo más allá del límite "oficial" del cese laboral. Menchu, que así es como la conocemos muchas de las matronas que hemos tenido el placer de compartir charlas, ratos de ocio y de trabajo en muchos congresos, es una mujer muy activa que continúa con muchísimas tareas relacionadas con la ayuda a otras mujeres que necesitan de una atención sanitaria. Una vida dedicada a la cooperación en otros países con menos recursos, como la creación de escuelas para niños y niñas en Sudamérica.

Pregunta: Hola, Menchu, te llamo así porque así te he conocido y me es más cercano, espero que no te importe. Mucho me ha costado poder entrevistarte con esa vida tan activa que llevas en tantas asociaciones, me sorprende tu energía y lo ilusionada que te veo con tantos proyectos.

Respuesta: Cierto, sí, la verdad es que no paro, ¡cualquiera lo diría a mi edad! Pero me siento feliz estando activa y ayudando a otras personas, mujeres, niños que por circunstancias no tienen recursos, generalmente migrantes, y que necesitan ser acogidos con gran generosidad. Te agradezco la paciencia que has tenido de esperar que tuviera un rato para hacer un repaso de mi trayectoria, aunque no quiero recrearme mucho en el pasado y sí en que se sepa que después de jubilarse, hay más vida, mucha vida, con un montón

de cosas que hacer, que no se acaba nada más que una etapa y comienzan otras, así que adelante, cuando quieras.

P: Menchu, una pregunta obligada es sobre tu motivación para hacerte matrona, una profesión como la nuestra, en aquellos tiempos no era precisamente buscando una "vida fácil". ¿Qué o quién te inspiró para tomar esa decisión?

R: Bueno, yo primero fui enfermera, ATS en aquellos momentos, y trabajando durante un año en la clínica privada Zurbarán me di cuenta de la autonomía y libertad que tenían las matronas, al no estar subordinadas para trabajar a la presencia de un médico. Esas matronas fueron mis mentoras y luego grandes amigas.

P: Sé que has estado muy involucrada en la lucha por defender la profesión desde tus inicios como matrona. ¿Cómo fue ese proceso?

R: La verdad es que cuando acabé mi formación de matrona en Santa Cristina, me fui a trabajar a la Clínica O'Donnell, en la que estuve 30 años, y allí conocí a la que era Presidenta del Colegio de Matronas de Madrid, Dña. Julia Torres, quien me contagió su interés y preocupación por la situación de las matronas en aquel momento, antes de la unificación con las enfermeras y practicantes, ¿te puedes imaginar vivir la pérdida de nuestro propio colegio como sucedió?



P: Mirando un poco tu trayectoria, parece típico de las matronas de esa época vuestra capacidad para poder trabajar en diferentes lugares al mismo tiempo, ¿cómo lo hacíais?

R: No éramos muchas matronas y la tasa de natalidad no era ni parecida a la actual. Hacían falta matronas, tanto en la pública como en la privada, así que con la ilusión y las ganas de trabajar compaginé mi actividad en la sanidad pública en el Hospital de La Paz. Luego ya tuve mi plaza por oposición en la Maternidad Municipal de Montesa y estuve también cinco años como APD (por oposición) en Villanueva de Castellón, en Valencia.

P: ¡Vaya, mi abuela paterna era de allí! Casualidades de la vida. Bien sigamos, sé que te iniciaste muy pronto como viajera y que asististe a congresos internacionales cuando solo muy pocas matronas podían hacerlo.

R: Sí, la verdad que trabajaba mucho y lo que ahorraba lo invertía en asistir a esos congresos y viajar. Uno especialmente que recuerdo es el Congreso Internacional de la ICM de 1972 en Washington, solo éramos 80 matronas del mundo, pero fue donde conocí a la Presidenta del Consejo Nacional de Matronas en ese momento, María García, que marcó un antes y un después en mi vida. Gran matrona y amiga para el resto de la vida.

P: Noto que te emociona su recuerdo, lo entiendo, yo también la conocí, gran persona y profesional. Y dime,

¿por qué recuerdas especialmente ese congreso además de por el encuentro con María?

R: Pues porque me di cuenta que en la sociedad americana, tan avanzada para algunas cosas, no tenían "cultura de matrona". Me explico, la sociedad americana no contemplaba la presencia de matronas durante los partos, con solo un 10% de partos naturales (fisiológicos), siendo el resto nacimientos realizados por distocias/cesáreas por médicos. Los cuidados y la atención de las mujeres en los partos por matronas no era la norma imperante como en España.

P: Tu tono en defensa de las matronas es bastante reivindicativo Menchu, ¿cuál fue el detonante?

R: Sí, la verdad es que sí, porque cuando llegó la democracia a España, lo primero que se le ocurrió a algún ministro, que no voy a mencionar, fue unificar, sin consenso previo, a los tres colegios, enfermeras, practicantes y matronas, y desde entonces ha habido un antes y un después en nuestra profesión. Luchamos, nos manifestamos en contra de esta decisión unilateral pero... no pudo ser y tras la dimisión de la Presidenta del Consejo Nacional de Matronas asumí el cargo en funciones, el caso era seguir peleando también desde dentro de las instituciones.

Fueron unos años muy espinosos por la dificultad de asumir que la profesión más antigua de la historia de la humanidad perdía autonomía desde su representatividad y pasaba a formar parte de un colectivo numerosísimo (enfermería), siendo las matronas una minoría absoluta. Ya conocemos

ENTREVISTA A... Entrevista a Carmen García Urias

la cara oscura de la democracia que es casi el anonimato de las minorías. Por otra parte, en relación al correspondiente Contencioso que interpusimos, tengo que decir que fue el mayor fiasco imaginable: en 1982 el Tribunal Supremo sentenció que la Orden Ministerial de 1977 que unificada los colegios era nula de pleno derecho y debía retrotraerse la situación de los colegios al estado anterior. Nunca se cumplió aquella sentencia. Ha sido un duelo largo.

P: ¿Es a raíz de esta situación que surge la Asociación Española de Matronas?

R: Sí, claro, había que reagrupar al colectivo de matronas en una asociación nacional ante la pérdida del Consejo Nacional y los colegios propios de matronas; la asociación nació con un objetivo claro: unir y defender a las matronas españolas de algunos atropellos o injusticias. También desde la AEM fundamos la Asociación Madrileña de Matronas años más tarde, y fomentamos la creación de muchas otras asociaciones autonómicas de matronas.



P: Menchu, volviendo a tu labor asistencial, tengo entendido que reinventaste un método para la preparación al parto sin temor, sin dolor. ¿Cómo surgió esta iniciativa?

R: Sí, yo me había formado con grandes profesores como el Dr. Aguirre de Cárcer, el Dr. Escudero, el Dr. Granados y el Dr. Caicedo, así que tenía mucho material para fusionar sus ideas y sus métodos en un programa que ofrecía a las mujeres y que funcionó muy bien.

P: Volviendo un poco al presente, Menchu, te he oído decir muchas veces que para ti ha sido muy importante,

y lo sigue siendo, viajar, asistir a congresos, ¿puedes ampliarme un poco más esto? Comparto tu interés y me gustaría poder compartirlo con las compañeras que nos leen.

R: Sí, ya sé que a ti te gusta viajar como a mí. Verás yo creo que asistir a los congresos te brinda varias oportunidades, primero aprender de otras compañeras y estar actualizada y de rebote conocer personas, compañeras, de otras partes, su situación, y si a eso le añades la posibilidad de conocer el lugar, su cultura, resulta perfecto. Siempre he aprovechado los congresos fueran donde fueran para empaparme de la cultura del lugar, opino que es muy importante intentar ampliarla, te enriquece aún más en tu faceta de matrona, por lo menos a mí, que además me encanta la música, la pintura, el arte en general.

P: Y actualmente, Menchu, con tanta actividad, ¿puedes contarnos en qué andas metida?

R: Claro, entre otras te diré que como he hecho de mi profesión un sistema de vida sigo asistiendo a madres migrantes en una asociación en Torrejón, como ya te dije antes, y ayudándolas, no solo profesionalmente sino también económicamente, en situaciones de maltrato, violación o en sus partos fruto de estas situaciones de violencia.



P: ¡¡Uff!! Me pones los pelos... como escarpias. ¡¡Vaya labor humanitaria tan loable que haces, y a tu edad, después de 20 años jubilada!! Y además otras cosas, ¿no?

R: Sí, recientemente he creado la Asociación Isabel María Programas de Ayuda también para ayuda a mujeres de México y Paraguay. Por aquellos lugares de Sudamérica se necesita mucho de casi todo.

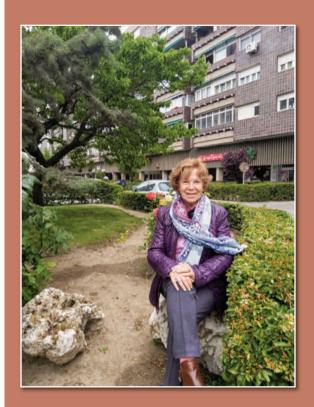
P: Menchu, estamos en el final de esta entrevista y me gustaría que mandases un mensaje a las nuevas generaciones de matronas, o no tan nuevas...

R: Primero quiero dar las gracias a la Asociación Española de Matronas a la que le he dedicado parte de mi vida, y en especial a Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, por su incondicional apoyo y amistad, y a ti, por esta oportunidad de poder compartir un poco más de mi vida. Mi mensaje sería: que amen esta profesión y hagan de ella una escuela de vida y se dediquen al cuidado de las mujeres en todas sus facetas, desde la menarquia al climaterio. Y por último, si me lo permites, me gustaría dejar una frase con la que se me recuerde: "He llenado mi vida con la energía de la primera mirada al mundo de un recién nacido".



Muchísimas gracias, de verdad, por ser un ejemplo de humanidad y entrega a una profesión, la de SER MATRONA.

ATENEA Redactora AEM



Muchas gracias a ti, Menchu, en nombre de la Asociación Española de Matronas, tú has sido parte de ella durante muchos años y tienes tu sitio y nuestra amistad para siempre, por todo lo que nos has entregado, además de tu tiempo y parte de tu vida.

Agradecer el tiempo que nos has dedicado y, personalmente, decirte que ha sido un placer realizarte esta entrevista en la que me has demostrado que hay más vida después de la jubilación, que te da más vida, no hay más que verte y escucharte, con esa emoción cuando hablas de tu entrega a las mujeres.

AGENDA

Especial XX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas



Mesa inaugural

A las 16:00 h del día 21 de octubre de 2021 daba comienzo con su ceremonia de Apertura el XX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española.

Los invitados, representantes de instituciones, fueron el Excmo. Sr. Alcalde de Alicante D. Luis Barcala Sierra y la Excma. Sra. Consejera de Sanidad y Salud Pública Dña. Ana Barceló Chico, que delegó en Dª Beatriz Massa Domínguez, Gerente del Departamento de Salud de Alicante-San Juan. Representando al Alcalde de Alicante nos acompañó Dª. Julia Llopis, Concejala de Acción Social y Familia, Educación y Sanidad.

También formaron parte de esta sesión, Dña. Isabel Castelló López, en representación del Presidente del CECOVA y Dña. Asunción Obiol Saiz, Presidenta de la Asociación de Comares Valencianas.

Completaron la mesa las anfitrionas del evento, Dña. Monserrat Angulo Perea, Presidenta del Congreso y Dña. Rosa Plata Quintanilla, Presidenta de la Asociación Española de Matronas.

A continuación dio comienzo la Conferencia Inaugural, **Prehistoria, Género y Matemáticas**, a cargo de D. Francisco González Redondo, Licenciado en Matemáticas, Doctor en Filosofía y Doctor en Matemáticas y

Profesor Titular de Historia de la Ciencia Facultad de Educación (UCM). La exposición, sorprendente y novedosa, escribe una página de la historia de las mujeres dejando de un lado la inclinación a considerar las acciones de los hombres como norma representativa de las historia humana en general y olvidar o relegar a las mujeres. La objetividad para con la ciencia y la historia, las mujeres, aunque se desconozca, han hecho y seguirán haciendo significativos aportes como descubrió el ponente, fue especialmente bien recibida y mereció el unánime aplauso de los congresistas.



A continuación se muestran las ideas principales de la ponencia de Teresa Martínez Mollá:

La consulta preconcepcional (CP) se puede definir como la atención primaria que se ofrece a una muier y a su pareja antes de que se produzca la concepción, y puede ser la consulta más importante del embarazo por sus efectos sobre el mismo, ya que permite a las mujeres que se encuentren en las mejores condiciones para comenzar un nuevo embarazo v contribuve al descenso de la morbimortalidad infantil.



Dra. Teresa Martínez Molla (matrona)

A continuación D. J.M. Mier López, ingeniero químico, habló de la lactoferrina bovina, que se ha demostrado ampliamente su eficacia frente a la anemia ferropénica en la mujer embarazada.



D. J.M. Mier López

Dadas sus características principales que incluyen una altísima biodisponibilidad, ser parte de la homeostasis del hierro en el cuerpo y no generar efectos secundarios indeseados, claramente mejora la calidad de vida de la mujer embarazada y su entorno. El ponente, a su vez, hizo hincapié en que la matrona es el profesional de salud de referencia para la mujer gestante y, por tanto, su labor en la prevención de la anemia resulta crucial.

Seguidamente, el Dr. Daniel Natera, neuropediatra y experto en AME (atrofia muscular espinal), dio una visión generalizada de esta enfermedad rara y grave (1 de cada 10.000 RN y conlleva a la muerte de estos niños antes de los 2 años de vida), producida por una alteración genética que condiciona que haya una degeneración de las motoneuronas. El desarrollo de la enfermedad implica parálisis progresiva de todas las funciones musculares, afectando a intercostales y diafragma, imprescindibles para respirar.

La gran noticia es que se ha avanzado bastante en el tratamiento en los últimos cinco años.

Insistió en la importancia de que los profesionales observen a los niños para asegurarse de que su desarrollo motor es normal para su edad, para prevenir y captar precozmente a menores que puedan estar afectados de esta patología, pues su tratamiento temprano puede paralizar la enfermedad.



La **Dña. Irene Zschaeck**, psicóloga, aportó en la misma sesión la evidencia de la importancia vital que tiene el apoyo emocional a la familia, dado el impacto brutal de una AME. Una enfermedad rara casi siempre hace



que la estructura de pareja, vivienda e incluso trabajo y horarios laborales de los padres se tambaleen. Por tanto, es prioritario que el estado emocional sea abordado de manera temprana y multidisciplinar, para intentar poner a los padres en condiciones óptimas de colaboración en la recuperación de ese hijo.

Dña. Noelia Rodríguez Blanco, matrona, presentó las últimas actuaciones en vacunas y embarazo. Afirmó que las matronas logran, de forma global, trabajar con las mujeres y sus parejas los beneficios de la vacunación materna, el asesoramiento efectivo sobre la vacunación infantil futura, la lactancia materna y las vacunas y el asesoramiento preventivo de enfermedades de origen infeccioso durante el embarazo y el puerperio.

Así mismo expresaba el deseo de que en un futuro cercano, los pediatras, junto con los obstetras y las matronas, se unieran en foros de trabajo colaborativo sobre las vacunas infantiles antes del nacimiento y sobre la protección de forma previa a la gestación.

Dña. Lys García Villaplana, matrona y coordinadora de la Unidad del Suelo Pélvico, junto con D. Ignacio Mazzati, obstetra y Presidente de ANACER, participaron con la ponencia titulada "La tecnología HIFEM realidad o ficción tratando el suelo pélvico postparto", donde presentaron los avances de los resultados en la recuperación del tono muscular tras el parto mediante el uso de EMSELLA, una silla muy peculiar con tecnología Hifem (ondas electromagnéticas de alta intensidad), que sin duda representa un nuevo recurso terapéutico en el tratamiento del suelo pélvico.



Dña. Lys García Villaplana y Dr. D. Ignacio Mazzati

ACHTEC THE matrona en STARCKY =

Dra. Noelia Rodríguez Blanco (matrona)

La microbiota materna y la colonización neonatal fue el tema expuesto por Dña. Marta Selma Royo, biotecnóloga, que reiteró el papel fundamental que juega la microbiota materna en el proceso de colonización microbiana del neonato, niño y futuro adulto. Confirmó cómo durante el parto y lactancia la madre transfiere



Dña. Marta Selma Royo

MATRONAS HOY • Vol. 9 - n° 3 diciembre 2021-marzo 2022

multitud de microorganismos al recién nacido, actuando de inóculo y estableciendo los primeros colonizadores de la microbiota infantil en el proceso de colonización microbiana del neonato, niño y futuro adulto.

La ponente finalizó su brillante e interesantísima exposición con dos mensajes claros: la placenta es donde empieza a imprentarse la huella bacteriana del feto, así como en el canal del parto, y la alimentación de las mujeres gestantes influirá en la composición del microbiota de los bebés y en su desarrollo durante sus primeros 18 meses de vida.

"Asesoramiento en LM: abordaje desde la práctica" fue la ponencia final de la tarde expuesta por Dña. Cintia Borja, experta IBCLC, que recalcó la importancia de contar con profesionales cualificados/as para asesorar a las madres y prevenir problemas; la atención personalizada, los conocimientos y las habilidades específicas mejoran las tasas de lactancia y aumentan la satisfacción y la confianza de las madres.



Dña. Cintia Borja

Continuamente las madres lactantes, sin solicitarlo, reciben un bombardeo de recomendaciones por parte de familiares sobre cómo alimentar y atender al recién nacido, que les generan dudas y buscan el apoyo en el ámbito sanitario, en donde no siempre topa con profesionales que la ayuden en la lactancia.

Al cierre de la primera jornada, la Colla de nanos del Raval Roig que, como tantas otras collas, tiene el fin de difundir la cultura popular de Alicante y custodia las cabezas de varios "nanos", restaurados

con motivo del XX Congreso Nacional de Matronas, bailó cinco de ellos en un desfile folclórico festivo acompañados por la Colla "el Cocó" de "dolçaina y tabalet", para sorpresa y admiración de los congresistas foráneos, principalmente. Seguidamente la organización ofreció un coctel de bienvenida a los congresistas en los jardines de las instalaciones, en el que reinó un ambiente especialmente distendido v alegre.

La siguiente jornada arrancó con el espacio dedicado a la presentación de comunicaciones orales. El Comité Científico de este congreso estuvo conformado por seis miembros de los campos: asistencial AE, asistencial AP y Docencia, entendiendo este tipo de actos también como una puerta para las/os profesionales que desean participar con trabajos científicos pero asumiendo el compromiso ético con la profesión y con la AEM. El comité realizó una selección de los trabajos presentados, rechazando totalmente una aceptación masiva que implicaría igual calificación para los buenos trabajos como para los mediocres, como de hecho se produce en otros congresos con el fin de aumentar las inscripciones. Esta circunstancia no se da en los congresos de la AEM porque establecería un agravio comparativo para los autores de trabajos distinguidos o excelentes o, lo que es lo mismo, permitir un engaño haciendo creer que todo vale, además de propiciar un desdoro para la profesión y para la AEM, institución patrocinadora que se rige por estrictos criterios de responsabilidad.

Finalmente fueron admitidos 31 pósteres y 15 comunicaciones orales, esto es, únicamente en torno al 50% de los trabajos fueron admitidos.



Desfile folclórico

Mesa ético-legal

Seguidamente se desarrolló la mesa titulada Ético-Legal, en la que participaron dos grandes expertos en cada una de las disciplinas, por un lado **D. José Pascual Pérez**, doctor y profesor en derecho civil de la Universidad de Valencia, quien hizo un recorrido por la legislación a la que estamos sujetas las matronas en el momento actual, así como por las responsabilidades derivadas del ejercicio profesional.

Compartiendo la mesa de debate, **Dña. Isabel Castello López**, matrona y presidenta del Comité de Ética y deontología del CECOVA, habló sobre el consentimiento informado (CI), derecho de todo paciente y deber de todo profesional, la importancia de realizarlo correctamente por parte de los enfermeros.

Mesa maternidad subrogada vs. vientres de alquiler

La mesa de debate sobre Maternidad Subrogada vs. Vientres de Alquiler contó con la participación de tres ponentes de gran relevancia en este tema: por un lado, y en representación del colectivo allí presente, la **Dra. Dña. Modesta Salazar Agulló,** matrona, Jefa de la Unidad de Violencia sobre la mujer (Subdelegación Gobierno Alicante), colaboradora del Observatorio de masculinidades; el reconocido internacionalmente **Dr. D. José Remohí Giménez,** ginecólogo y obstetra, presidente del IVI (Instituto Valenciano de Infertilidad); y **Dña. Nuria González López**, abogada y activista feminista española por los derechos de las mujeres y de los niños, Licenciada

en Derecho y Máster en Derechos Humanos por la UNED con especialidad en Bioética, Presidenta de la Asociación Internacional L'Escola AC y autora del libro *Vientres de alquiler*.

El debate fue muy interesante y suscitó muchísimo interés entre las asistentes, matronas, porque lo que quedó claro es que habrá que seguir abordando el tema para entender que la compra-venta de seres humanos nunca debe ser regulada por ninguna ley, y menos existir.

Sesión especial al aire libre

El Comité organizador había previsto una sesión especial al aire libre con el título: "Alternativas al ejercicio físico en los programas de preparación al parto", habida cuenta de la importancia que actualmente se le da a que las mujeres sin complicaciones en sus embarazos participen en actividades físicas, antes, durante y después del mismo, actividades que además promueven la aptitud física y coadyuvan la prevención de una ganancia ponderal excesiva en la gestación.

Lamentable las inclemencias meteorológicas no permitieron disfrutar del buen tiempo acostumbrado en Alicante y la sesión se trasladó al interior, a pesar de lo cual, el interés de las/os congresistas quedó patente con una numerosísima asistencia a la sesión.

El programa presentado para la actividad fue desarrollado por Ana Carmen Esono Ruiz-Botau y Noelia Benito Vicente (matronas), siendo dirigido por esta última, quien supo animar a la concurrencia a participar con entusiasmo, en las tablas de ejercicios propuestas.



De izquierda a derecha: D. José Pascual Pérez, Dña. Maribel Castelló, junto a las moderadoras de la mesa



De izquierda a derecha: Maribel Castelló (moderadora) junto a Nuria González, Dr. Remohí y Dña. Modesta Salazar



Sesión de ejercicios físicos dirigidos a mujeres gestantes

Mesa Atención Integral II

La continuación en la tarde, con la Mesa de Atención Integral, fue iniciada con la intervención de D. Paul Cassidy, fundador de la Asociación UMAMANITA, quien expuso los valores necesarios para cuidar a los padres ante la "muerte perinatal" y la importancia del apoyo social, muy especialmente, la empatía y el acompañamiento de las profesionales matronas.

"La Salud Perinatal" fue la ponencia presentada por la Dra. Lluisa García Esteve, psiquiatra coordinadora de la Unidad de Salud Mental Perinatal del Hospital Clinic de Barcelona, quien inicio en 1987 en el Hospital de Maternidad el trabajo asistencial con mujeres embarazadas que años más tarde se consolidará en el primer Programa de Psiquiatra Perinatal del estado español. La ponente en su exposición presentó este modelo de atención y cuidado de su unidad, necesario para la salud mental de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, que evita, entre otros hechos adversos como se ha demostrado, suicidios de mujeres y maltrato a recién nacidos y lactantes.

Continuando el orden de intervenciones el Dr. Rafael Sánchez Borrego, ginecólogo miembro del Comité Científico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), mostró mediante estadística la atrofia vaginal de la mujer a partir del climaterio, con sus síntomas y la importancia del uso de estrógenos para poder mejorar la salud y bienestar de las mujeres en esta etapa de su ciclo vital, circunstancia mejorable con la utilización de una nueva formulación terapéutica, la praesterona, para el síndrome genitourinario de la menopausia.

Cambiando de tercio, el D. Adrián Sarriá Cabello, enfermero, miembro del grupo de trabajo de TIC en el Colegio de Enfermería de Valencia, ofreció una exposición interesante, dinámica y participativa: "Tecnología TIC para matronas" en ella mostró la gran influencia que tienen en la actualidad las técnicas informáticas y la necesidad de trabajar con ellas, implementándolas en la asistencia, sin sustituir en ningún caso el trato y el contacto profesional.



De izquierda a derecha: Paul Cassidy, Dra. Lluisa García Esteve junto a las moderadoras de la mesa



Dr. Rafael Sánchez Borrego



D. Adrián Sarriá Cabello

Mesa Miscelánea

La soleada jornada del día 23, última del congreso, inició sus sesiones con la mesa final titulada "Miscelánea", cuyos primeros ponentes Dña. Lucía Moya y D. Marcos Camacho, matrones, presentaron la ponencia titulada "Anquiloglosia y lactancia materna: evaluación por la matrona". Una exposición instructiva en la que los conferenciantes, formados específicamente en la materia, expusieron las generalidades entorno a esta anormalidad congénita del frenillo lingual, que según el grado de afectación puede llegar a impedir el movimiento normal de la lengua, pudiendo afectar así mismo diversas áreas como el lenguaje, el desarrollo de la mandíbula y la lactancia materna entre otras. Complementaron la exposición con casos clínicos basados en la práctica asistencial en consulta de la lactancia materna.



D. Marcos Camacho Ávila

Se suscitó un interesante debate en torno a la posibilidad legal de que actualmente sea una práctica autorizada para el desempeño de la matrona, cuando tradicionalmente y de forma fáctica la realizaban ellas por ser las más próximas a los lactantes.



Dña. Lucía Moya Ruiz

La siguiente intervención de la mañana corrió a cargo de Soledad Carrequi, Supervisora del Hospital La Plana de Castellón, quien expuso "El Estado actual de las Casas de Parto. Proyecto MuNET", proyecto apoyado por la Asociación Española de Matronas desde su origen en 2015. Este proyecto pretende apoyar y promocionar

la implementación, el desarrollo y el crecimiento de centros de nacimiento que proporcionen cuidado holístico a las mujeres y sus familias en toda Europa, confiando en que los centros de nacimiento se conviertan en la principal opción de atención para mujeres sanas con embarazos fisiológicos.

Finalizó la ronda de intervenciones de esta primera parte con D. Ramón Escuriet Peiró, matrón, Coordinador del Programa de atención al parto normal en la Dirección General de Planificación en Salud del Departamento de Salud de Cataluña, con la ponencia titulada: "Intervenciones no clínicas para la reducción de cesáreas: Proyecto QUALI-DEC".

El ponente, miembro del grupo de investigación de este proyecto por la Universidad Blanquerna, apuntaba la urgencia de poner en marcha estrategias eficaces para reducir esas disparidades, garantizando el acceso a las cesáreas a todas las mujeres que las necesiten, sin pasar de un déficit a un exceso. De hecho afirmó que el uso excesivo de las cesáreas ya no puede considerarse únicamente como resultado de una práctica clínica inapropiada, ya que factores no clínicos, como la influencia social, cultural y estructural han surgido como importantes factores potenciales y deben considerarse para abordar eficazmente este problema. Así mismo, trasladó que intervenciones no clínicas (principalmente en los países de altos ingresos) reducen las tasas de cesáreas, como el apoyo a la decisión o el hecho de que un miembro de la familia acompañe a la mujer durante el parto.



La estrategia y las herramientas de QUALI-DEC, sobre la base de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de estudios científicos, constan de cuatro componentes destinados a reducir las cesáreas no justificadas desde el punto de vista médico:

- El uso de líderes de opinión para fomentar la práctica clínica basada en pruebas.
- Revisión de las indicaciones de las cesáreas por los propios cuidadores con retroalimentación a todo el equipo (auditoría y retroalimentación) para evitar intervenciones innecesarias.
- Acompañamiento de un familiar para tranquilizar a la mujer durante el parto.
- Una ayuda a la decisión para fomentar el diálogo entre los cuidadores y las mujeres durante la vigilancia del embarazo.

Mesa Residentes

Tras la pausa se desarrolló la mesa titulada "Intercambio generacional: inquietudes de los residentes y del colectivo en general", en la que intervino Macarena Mateo, residente II de la C. Valenciana, quien expuso los resultados que al efecto obtuvo de una encuesta lanzada al colectivo de residentes y entre los cuales se incluían desde la incertidumbre por el trabajo en un futuro cercano (precariedad laboral, no reconocimiento de la especialidad etc.), a lo inmediato, como era el estrés percibido por los residentes debido a las exigencias de esta formación, la sugerencia de prolongar la especialidad para evitar la condensación de contenidos teórico-prácticos con el consiguiente estrés que eso genera a la mayoría de los residentes, circunstancia esta que expresaron como percibida mayoritariamente. Una opinión recabada realmente importante fue la de que los propios residentes no consideran óptima la formación que se imparte en Unidades Multidisciplinares.

A continuación intervino Mª José Alemany, actual Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana, avalada por una larga carrera previa como matrona asistencial, quien expuso las debilidades y fortalezas de la profesión mediante el sistema Dafo.

Completando la terna, nadie mejor que Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, quien desde la Asociación Nacional de Matronas dirigió el grupo de presión para que Mi-



nisterio de Educación y el de Sanidad reaccionaran ante el cierre de las escuelas de matronas decretado en 1987 por el Tribunal Europeo, lo que conllevó obtener el visto bueno de ambos ministerios para implementar el actual Plan de estudios previamente redactado por un grupo de expertas matronas por ella lideradas, siendo finalmente, además, quien presidió la primera Comisión Nacional de la Especialidad.

Fue unánime el rechazo a la Unidades Docentes Multiprofesionales, a la vista de que la formación de las matronas en este tipo de modelo se ve altamente dañado en calidad y cantidad de la formación teórica imprescindible, como se viene demostrado con largueza e incluso como lo están detectando los residentes acogidos a este sistema, concluyendo unánimemente que, dado que la formación de las matronas requiere alta especialización sustentada en un soporte teórico importante, esta propuesta no es viable para lograr una formación de calidad como corresponde.

Tras esta interesante exposición que dio lugar a una larga serie de preguntas del público, Mª Ángeles Rodríguez Rozalén fue la encargada de presentar el resultado de una macro-encuesta que lanzó la AEM bajo el título "Tomando el pulso a las matronas", para conocer de primera mano las circunstancias que viven las matronas y sus expectativas de futuro, análisis determinante para orientar las acciones futuras relacionadas con la independencia profesional ampliamente deseado por el 96% de las encuestadas, así como otros temas no menos importantes detectados en el ejercicio de la profesión, como situación e inserción laboral, relaciones profesionales, cargas de trabajo, escasez de autonomía y restringido desempeño de competencias, etc.

La Conferencia de Clausura corrió a cargo de la actual presidenta de la AEM, Rosa Mª Plata, bajo el título, "Las desconocidas aportaciones de Florence Nightingale a la Matronería".

Dado que el Congreso estaba proyectado para el año 2020, Año Internacional de las Enfermeras y Matronas declarado por la OMS, coincidiendo con la conmemoración del bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, la ponente presentó una visión muy diferente de las que normalmente aparecen en biografías y otras fuentes secundarias, siempre centrada en las aportaciones que hizo a la enfermería siendo como se la conoce, la precursora de la Enfermería Moderna.

Por contra, es bastante desconocida su labor en favor

de la Matronería, su feminismo, sus relaciones con las mujeres y su contribución a la mejora de la condición de las mujeres de su tiempo, hechos que la ponente guiso poner de relieve. Nightingale tuvo claro que enfermería (Nursing) y Matronería (Midwifery) eran dos profesiones distintas que convergían en ciertos aspectos y, por ello, tras el inicio de la formación de enfermeras profesionales, el segundo plan que abordó con los Fondos Nightingale fue el de crear una escuela de partería que, si bien tras cinco años de funcionamiento, no llegó a buen destino, al menos Florence Nightingale creó la necesidad entre la sociedad británica de tener una formación exigente para las matronas y un reconocimiento acorde con la actividad desarrollada por ellas.



Aspecto de la sala en la Conferencia de Clausura por Dña. Rosa Ma Plata

Entrega de los Premios de Investigacion para matronas "Maribel Bayón de Miguel" (3º edición)

En el marco del XX Congreso Nacional de Matronas, de la Asociación Española de Matronas, tuvo lugar la entrega de galardones del Premio de Investigación para Matronas "Maribel Bayón de Miguel", patrocinado por la AEM y fallado en 2019, el cual, como consecuencia de la COVID-19, hubo de ser aplazado hasta la realización de este Congreso que, por la misma

razón, no pudo ser celebrado en junio de 2020 como fue previsto originalmente.

Fueron presentados 12 trabajos a concurso, declarando el Jurado desierto el primero premio dado que a su juicio ninguno reunía el suficiente nivel de exigencia científica para ser otorgado el máximo galardón de este certamen.

El Jurado concedió el segundo premio a Dña. Dolores Ruiz Berdún, matrona, profesora de Historia de la Ciencia, por el trabajo titulado "Las matronas pioneras en la



Mª Dolores Ruiz Berdún, ganadora del 2º Premio



José Manuel Martínez Linares recogiendo el 3^{er} Premio del Certamen

Universidad desde 1845". En su investigación la autora confirma, en contra de lo que se venía afirmando, que las primeras mujeres universitarias fueron las matriculadas en Medicina, si no que las matronas realmente fueron las primeras mujeres en acceder a una formación oficial y a un título universitario en España.

Así mimo, el Jurado estimó la labor social realizada por el matrón José Manuel Martínez Linares, de la Universidad de Jaén, junto con Mabel Huete Sanz-Daza, enfermera del Servicio Andaluz de Salud, autores del trabajo "Utilidad de la formación continuada de matronas en un campamento de refugiados: una visión cualitativa", concediéndoles el tercer premio de esta edición.

En el estudio premiado queda patente la utilidad de

las actividades de formación continuada que son llevadas a cabo en los CRS (Campamentos de Refugiados Saharauis) con matronas y parteras locales, en opinión de estas, se basa en que se les imparta formación de tipo teórico-práctica. De la misma forma, dicha formación la perciben de gran utilidad por la falta de personal médico, por el bajo nivel de la formación recibida por ellas durante su etapa de formación reglada, así como por la seguridad que les ofrece formarse más para llevar a cabo su trabajo diario de atención a las necesidades que presenta la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, en un entorno con medios escasos y precarios.

Ambos trabajos han sido publicados en esta revista, propia de la Asociación Española de Matronas, Matronas Hoy para su difusión.



Revista " Matronas Hoy" Septiembre 2020 Nº 2 Volumen 8

Ruiz-Berdún D. Las matronas, pioneras en la Universidad desde 1845. Matronas Hoy 2020; 8



Revista " Matronas Hoy" Abril 2020 Nº 1 Volumen 8

Martinez Linares JM, Sanz-Daza Huete MI, Utilidad de la formación continuada de matronas en un campamento de refugiados: una visión cualitativa. Matronas Hoy 2020;8(1)6-16

Entrega de premios del XX Congreso Nacional

La jornada continuó la ronda de premios iniciada con la entrega de los galardones de la 3ª Edición del Premio de Investigación Maribel Bayón de Miguel, con los otorgados por el Comité Científico de este Congreso a los dos mejores trabajos presentados, en formato oral y póster.

El Consejo General de Enfermería de Valencia (CECOVA) patrocinó el premio a la mejor comunicación oral, siendo la premiada, a juicio del comité científico, la titulada: "Evolución de la percepción del embarazo, parto y puerperio del entorno rural gallego" elaborada por Patricia Coego García, Tania Pastoriza Suárez y Lucía Fernández Sanjurjo, de la Coruña. Un excelente estudio cualitativo con un diseño fenomenológico descriptivo en el que se evidenciaba cómo la experiencia del embarazo, parto y puerperio vivido por las mujeres del interior gallego, se ha modificado a lo largo de los años.

Introducción

Tania Pastoriza en un momento de su exposición, ganadora del premio a la Mejor Comunicación **Oral**

Por su parte, el Colegio de Enfermería de Alicante, auspició el Premio al Mejor póster titulado: "Caso clínico: seroma periprotésico tardío en madre lactante", elaborado por María Teresa Anduig Viñarta y María Teresa Pingarrón Montes, del C.S.I. Oliva (Valencia).

Tras las conclusiones tuvo lugar el acto de clausura participado por la Presidenta del Congreso, Montserrat Angulo Perea y la Presidenta de la AEM, Rosa Ma Plata Quintanilla, en el que se hizo evidente una vez más el buen trabajo realizado y el grato clima conseguido por la organización, refrendados por la permanencia en sala de los congresistas con un lleno casi total, en contra de lo habitual en la mayoría de estos eventos, en la última jornada.





Acto de clausura

El afecto, el respeto y la cordialidad entre ambas presidentas quedó palpable con el significativo intercambio de regalos: la presidenta de la AEM y su Presidenta emérita, Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, entregaron el emblema de la asociación, logotipo creado como parte de la identidad visual de la AEM, representando las manos de una matrona recibiendo al niño nacido, manos cuya divisa es ofrecer ciencia, arte y corazón en el momento feliz y trascendente del nacimiento, materializado en una escultura en

bronce fundido a la cera perdida del escultor José Luís Fernández. Por su parte, Montserrat Angulo, además Presidenta del Colegio de Enfermería de Alicante, obseguió a la Presidenta de la AEM con un grabado calcográfico titulado "Cuidando a las personas, enfermeras y Enfermeros de Alicante", original de Pepe Azorín, realizado en exclusiva para este colegio.

Sin lugar a dudas, la AEM puede expresar su inmensa satisfacción al cierre de la actividad por la nutrida participación que completó el aforo máximo permitido de la sala al que se sumaron los internautas que siguieron el desarrollo del congreso via online, lo que arrojó un número cercano a lo 400 congresistas, con asistencia de participantes extranjeros, concretamente de Chile y Alemania.

Sin duda, fue un congreso difícil, que requirió aplazamientos, cambios de sede, incorporar medidas de seguridad, también se vió sometido a la presión de soportar la superposición de otro congreso de matronas en los días previos y un largo etcétera de tensiones e incertidumbres, pero al final mereció la pena al ver la participación, sentir el ambiente distendido, participativo, agradecido y recibir las felicitaciones de los congresistas por un magnífico trabajo hecho, como siempre, con el corazón que la AEM pone en todas sus actividades.





Entrega de presentes entre ambas presidentas

La AEM se adhiere a la iniciativa One Health

Con fecha de 28 de julio de 2021, la AEM se ha adherido a la Iniciativa One Health, que ha sido dada a conocer públicamente a través de las redes sociales el 3 de noviembre, coincidiendo con la celebración del Día Mundial *One Health* y con la jornada de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), en la que se dejó patente la importancia de la aproximación transdisciplinaria en la estrategia One Health, cuyo hilo conductor será el impacto de la gestión antropogénica del planeta sobre la salud humana, animal y medioambiental.

Posicionamiento sobre la necesidad de implementar el enfoque One Health

La irrupción del SARS-CoV2 nos ha abocado a una crisis sanitaria mundial, que está ocasionando graves consecuencias socioeconómicas y un enorme sufrimiento humano. Desde su inicio, la pandemia por CO-VID-19 ha causado la muerte de más de 2,5 millones de personas, se han reportado más de 100 millones de contagios y se estima que para el 2021 habrá empujado a 150 millones de personas a la pobreza extrema.

Estamos combatiendo el virus con las herramientas del ayer, cuando el "mundo del ayer" ya no existe. Durante los últimos tiempos, diversos países hemos vivido con una ilusoria sensación de seguridad que nos ha hecho pensar que seríamos capaces de combatir las enfermedades, tras su aparición, mediante vacunas y tratamientos. La COVID-19 nos recuerda que estamos en un mundo en transformación, en el que fenómenos como el cambio climático, la globalización, el incremento en la demanda de alimentos como consecuencia del crecimiento exponencial de la población, la desforestación y la pérdida de biodiversidad están incrementando el contacto entre la vida silvestre, los animales de abasto y los humanos, facilitando así que se puedan producir saltos de especie de los virus, tal y como ha ocurrido en el caso del SARS-CoV2.

En este nuevo escenario se impone realizar un cambio de paradigma en cómo planteamos la salud. Tal y como explicitaron en el 2004 los Principios de Manhattan, nos hallamos en una era de Un mundo, una salud, en la que es necesario establecer estrategias que nos permitan tener una visión global de la salud, incluyendo

los tres componentes que la conforman: salud humana, salud animal y salud de los ecosistemas. Dicha estrategia es el denominado enfoque One Health, que en pocas palabras resume la necesidad de que profesionales de diferentes disciplinas trabajen colaborativamente para abordar la salud desde un punto de vista integral, considerando no solo la interrelación existente entre la salud de la población y la de los animales con la del entorno en el que viven, sino también todos los factores que la condicionan: sanitarios, económicos, sociales y culturales. Solo así seremos capaces de hallar las soluciones más eficientes a los complejos retos de salud que se nos plantean.

Desde inicios del año 2000, diversas organizaciones internacionales como la FAO, la OMS, la OIE, UNICEF o el Banco Mundial vienen promoviendo acciones encaminadas a facilitar que los diferentes países aborden la salud desde la perspectiva One Health. En el 2008, y ante las amenazas que suponen las enfermedades surgidas de la interfaz animal-humano-ecosistemas, estas organizaciones junto con la Coordinación de Influenza del Sistema de las Naciones Unidas elaboraron el documento marco estratégico "Contributing to One World, One Health-A Strategic Framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal-Human-Ecosystems Interface", que fue adoptado por los ministros de más de 100 países asistentes a la Conferencia Ministerial Internacional sobre la Influenza Aviar de ese mismo año. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos que durante todo este tiempo vienen realizando estas organizaciones internacionales, y a pesar de las múltiples acciones desarrolladas por la comunidad científica (en forma de congresos, jornadas, talleres, etc.), el tránsito hacia políticas alineadas con el concepto One Health está siendo demasiado lento y claramente insuficiente para poder dar una respuesta rápida y eficaz a los actuales desafíos en materia de Salud Pública.

La realidad demuestra que la rapidez con la que se producen los cambios en nuestro planeta sobrepasa la velocidad con la que se producen los cambios en las políticas de los diferentes países. Según un reciente informe de la Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Biodiversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas (IPBES), se estima que existen 1,7 millones de virus actualmente "no descubiertos"

Agenda La AEM se adhiere a la iniciativa *One Health*

en mamíferos y aves, de los cuales hasta 827.000 podrían tener la capacidad de infectar a las personas. Ello hace prever que las pandemias serán más frecuentes, más mortales y más costosas en el futuro. En este contexto, es frecuente oír de los líderes políticos la expresión de "volver a la normalidad", cuando ello no es suficiente para poder hacer frente a los importantes retos sanitarios a los que nos enfrentamos.

No podemos esperar más y arriesgarnos a que se produzca una nueva emergencia sanitaria. Debe ser inaplazable realizar este cambio de paradigma en cómo abordamos la salud y diseñar políticas claramente encaminadas a adoptar el enfoque *One Health*. Es perentorio que las diversas disciplinas trasciendan sus límites tradicionales y establezcan sinergias que permitan mejorar los planes de prevención, vigilancia, control y mitigación de enfermedades emergentes y reemergentes y establecer planes de contingencia que nos permitan dar una respuesta rápida y eficaz a las futuras emergencias sanitarias que se pueden producir. En definitiva, resulta urgente adoptar el enfoque *One Health*.

Desde aquí instamos a los líderes políticos a que establezcan una hoja de ruta que permita que se haga efectiva la implementación del enfoque *One Health* a la hora de abordar los temas relevantes en materia de Salud Pública y en la que se definan las líneas estratégicas a seguir para alcanzar este objetivo. A continuación, enumeramos algunos ámbitos en los que consideramos que sería relevante realizar acciones específicas:

 Investigación: identificación de las necesidades en esta materia que deberían ser prioritarias, crear convocatorias específicas para la financiación de proyectos interdisciplinarios enmarcados en el enfoque *One Health*, establecer una red de expertos formada por profesionales procedentes de las diferentes disciplinas (incluidas las disciplinas del ámbito de las Ciencias Sociales y las Humanidades)

- 2. Identificación de los riesgos más previsibles: reforzar las medidas de prevención, valorar los diferentes escenarios que podrían producirse, elaborar planes de contingencia que puedan dar una respuesta rápida y eficaz en el caso de que estos agentes pudiesen ocasionar una crisis sanitaria.
- 3. Educación: incluir el concepto *One Health* en los programas de Promoción para la Salud que se llevan a cabo en escuelas e institutos, así como en los planes de estudios de grado de las diferentes disciplinas, promover la especialización de postgrado *One Health*.
- 4. Difusión y divulgación hacia la sociedad: creación de materiales (infografías, páginas web, campañas publicitarias, etc.) y difusión a través de diferentes canales, organización de talleres o sesiones.

Las entidades emisoras de este posicionamiento ofrecemos nuestra colaboración para ayudar a elaborar esta hoja de ruta, así como para contribuir en la medida de lo posible a la ejecución de las acciones que se consideren estratégicas para alcanzar los objetivos marcados.

Finalmente, hacemos un llamamiento a que las organizaciones colegiales, las conferencias de decanos y las sociedades científicas de las diferentes disciplinas de las distintas áreas del conocimiento, y cualquier otra institución, fundación o entidad que así lo crea conveniente, se adhieran al presente posicionamiento a favor de la implementación del enfoque *One Health*.

Propuesta de creación de la "Iniciativa Una Sola Salud"

¿Por qué la "iniciativa una sola salud"?

A principios del siglo XX, la esperanza de vida en España estaba alrededor de los 35 años con una mortalidad infantil que podía alcanzar valores del 400 por mil entre los 0 y 9 años de vida, siendo las enfermedades infecciosas las primeras causas de mortalidad. Valores similares se producían en países de nuestro entorno. El desarrollo económico, la mejora de la higiene personal y ambiental, la higiene y la seguridad de la producción de alimentos, el descubrimiento y el desarrollo de los antibióticos, los planes de vacunación infantil, la universalización de la sanidad y los avances científico-técnicos permitieron que, solo en un siglo, la esperanza de vida llegase a ser de más de 80 años.

En estos más de 100 años, la visión de la salud ha cambiado sustancialmente, del mismo modo que ha cambiado la sociedad y el mundo en sí. Los enfogues preventivos han ido ganando terreno y, hoy en día, la prevención de las enfermedades es un elemento sustancial de cualquier plan de Salud Pública. La prevención de cualquier enfermedad se basa en la comprensión de su génesis y de los factores que favorecen o dificultan su presentación en la población. A medida que hemos obtenido un mayor conocimiento sobre estos factores en diversas enfermedades, ha sido evidente que las enfermedades son tan complejas como el mundo mismo. Personas, animales y medio ambiente forman parte de esta red de interacciones y lo que sucede a unos, afecta a los otros. Esta idea, simple pero poderosa, es el núcleo del concepto de Una Sola Salud.

La actual pandemia ha puesto de relieve la necesidad urgente de potenciar este abordaje integrativo y multidisciplinario. Entre otras cosas, es necesario identificar patógenos animales aún no conocidos con potencial para infectar a las personas y estudiar los factores que pueden propiciar este salto entre especies. Hay que investigar nuevas tecnologías para el desarrollo de vacunas o fármacos antivirales; hace falta elaborar análisis de riesgo y desarrollar planes de contingencia integrales que permitan disponer de los recursos necesarios en caso de crisis. Hay que realizar estudios sociológicos y psicológicos que expliquen la respuesta de la población en estas situaciones de crisis sanitaria v su posible impacto sobre las medidas que se tomen. Podrían citarse muchas más necesidades.

Es urgente coordinar esfuerzos v definir acciones necesarias entre todos los actores que puedan aportar su conocimiento y trabajo, sea cual sea su ámbito científico o tecnológico. Cada día que pasa es una oportunidad perdida.

La creación de la Iniciativa Una Sola Salud de ámbito nacional, cuvo núcleo fundacional estaría constituido por todas las entidades que hayan manifestado su adhesión al "Posicionamiento en favor de la implementación del enfoque One Health", permitiría aglutinar los esfuerzos de las diferentes disciplinas y sectores implicados en el avance del enfoque global de la salud.

Objetivos y posibles actividades de la iniciativa una salud:

El objetivo sería que esta iniciativa se convierta en un interlocutor de referencia para las autoridades con respecto a este tema.

La iniciativa Una Sola Salud podría tener entre sus actividades las siguientes:

- 1. Promoción y difusión del concepto de Una Sola Salud a todos los niveles, particularmente en las instituciones clave en la toma de decisiones, las profesiones sanitarias y en la enseñanza superior, así como en la población general.
- 2. Identificación de las necesidades de investigación en el contexto español, proponiendo la creación de un programa de investigación nacional con enfoque de Una Sola Salud.
- 3. Elaborar documentos consenso sobre temas específicos que se consideren estratégicos.
- 4. Establecer una línea de diálogo con los diferentes actores involucrados en el tema.



Aunque tengamos la sensación de que el tiempo pasa de prisa, la Navidad nos regala instantes eternos.

¡ Feliz Navidad!

