



# matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 10 Nº 3 AÑO 2022

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161



## SUMARIO

### Editorial

### Originales

- Programa de recuperación del suelo pélvico y ejercicio físico en el puerperio

### Revisiones

- Planificación familiar natural, ¿tiene sentido en el siglo XXI?
- Experiencias de mujeres gestantes durante la pandemia por COVID-19, sus acompañantes y sus matronas. Una revisión crítica de la literatura
- Impacto de cáncer de cérvix en el embarazo
- ¿El fin del modelo de asistencia al parto y nacimiento en los Países Bajos?: la realidad del parto domiciliario en Holanda

### Echando la vista atrás

De los gremios de matronas a la Unión Matronal de las Matronas de Madrid y su relación con la AEM

### Entrevista

Entrevista a Dolores Sáez Manzano

### Agenda

- La Comisión AEM 2 de la AEM sigue luchando por las matronas de AP de Madrid
- Plan de fertilidad/natalidad de la Comunidad de Madrid
- Recuperando la normalidad: formación continuada de la AEM
- Prescripción enfermera



**matronas hoy** es una publicación que nació 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.

**matronas 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](mailto:matronashoy@grupo-paradigma.com)  
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:  
[dae@grupo-paradigma.com](mailto: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€

**matronas 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



**matronas hoy**

## Comité editorial

### Fundadora

- M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

### Directora

- Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla

### Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

### Comité editorial

- M<sup>a</sup> 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

**matronas hoy** es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por





# Sumario • Summary

Vol. 10 - nº 3 diciembre 2022-marzo 2023

## Editorial

4

## Originales

- Programa de recuperación del suelo pélvico y ejercicio físico en el puerperio ..... 6  
Cristina Plana Armengod, M<sup>a</sup> Susana Lafuente Pardos

## Revisiones

- Planificación familiar natural, ¿tiene sentido en el siglo XXI?..... 17  
Adelaida Montoro Rodríguez, M<sup>a</sup> Dolores Pozo Cano, Encarnación Martínez García, María Gázquez López
- Experiencias de mujeres gestantes durante la pandemia por COVID-19, sus acompañantes y sus matronas.  
Una revisión crítica de la literatura ..... 31  
María del Carmen Morales del Pozo, Pablo Moreno Rodríguez
- Impacto de cáncer de cérvix en el embarazo ..... 39  
María Moreno Vera, M<sup>a</sup> Dolores Pozo Cano, Encarnación Martínez García, M<sup>a</sup> Ángeles Pérez Morente
- ¿El fin del modelo de asistencia al parto y nacimiento en los Países Bajos?: la realidad del parto domiciliario  
en Holanda ..... 49  
Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla, Alba Diez Ibarbia, Elena Fernández García

## Echando la vista atrás

- De los gremios de matronas a la Unión Matronal de las Matronas de Madrid y su relación con la AEM ..... 63  
Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla

## Entrevista

- Entrevista a Dolores Sáez Manzano ..... 76

## Agenda

- La Comisión AEM 2 de la AEM sigue luchando por las matronas de AP de Madrid ..... 85
- Plan de fertilidad/natalidad de la Comunidad de Madrid ..... 87
- Recuperando la normalidad: formación continuada de la AEM ..... 88
- Prescripción enfermera ..... 90

# Editorial

## Políticos y Ministerio de Sanidad pero ¡que funcionen!

No hace mucho tiempo tuve la suerte de cruzarme en el camino de un esforzado y reconocido pediatra, D. Miguel Labay Matías, que me puso en la pista de los más grandes en esta rama en España: Gerónimo Soriano (1575?) y D. Andrés Martínez Vargas. Del primero nos separan más de cuatro siglos y los registros escritos, nada comparables a los coetáneos, nos han privado de un mayor conocimiento de su vida y su obra, desde luego grandes.

Sin embargo, de D. Andrés García Vargas hay una prolífica biblioteca de obras y artículos que con toda justicia le han otorgado el título de instaurador de la especialidad de Pediatría en nuestro país.

A medida que te adentras en su obra, te das cuenta del talento científico y humano que este hombre poseía. Ha dejado reflexiones que 100 años después están tan vigentes como en el momento en que las dictó en el primer cuarto-mitad del siglo XX.

Él, que se rebelaba contra el círculo de la pobreza de la España de la época, se rebelaba también contra la ausencia de interés de los políticos por mejorar la situación legislando y aplicando las leyes. Decía *"si el orden y el plan son la base indispensable del éxito como la disolución del fracaso, no hay duda de que España, con el fragmentado sistema actual de competencias sanitarias, no puede mejorar lo existente. La organización secular de la sanidad revela una dispersión de factores iniciales, en la que intervienen los Ministerios de la Gobernación, el de la Guerra, el de Gracia y Justicia, el de Fomento, el de Instrucción Pública y otros... Esta dispersión de atribuciones y de responsabilidades lleva consigo aparejada la pérdida de la energía, la ineficacia, la irresponsabilidad, la recíproca excusa, los desaciertos, la desorientación en las censuras y la imposibilidad en los remedios... añadiendo el escaso interés que muestran Diputados y Senadores sobre el tema... Por ello, urge crear un Ministerio de Sanidad en España como en fragancia e Inglaterra"*.

La crítica hacia los políticos es agria y contundente: *"Un ex ministro de la Corona ha censurado una vez más el menosprecio, el desdén con que muchos ministros y parlamentarios han tratado las cuestiones sanitarias y ha puesto de relieve la supina ignorancia que les ponía a nivel de un mal estudiante de Medicina. Cuando de problemas sanitarios*

*se trata, proceden mal por incomprensión del problema... los mandatarios del país se interesan más de otros negocios más lucrativos, pero no perdamos la esperanza..."*.

Finalmente, España ganó en prosperidad con el trabajo esforzado de los españoles, y la actuación de algunos políticos sesudos que también los ha habido, erradicamos el círculo de la pobreza y hasta conseguimos tener un Ministerio de SANIDAD duradero a partir de la transición democrática, en 1977.

Sin embargo, la COVID-19, que abrió la caja de los truenos en una España fragmentada con las autonomías y sus propios intereses, junto a un Ministerio de Sanidad que no aglutina, no dirige, ha dejado al descubierto muchos y graves problemas de la sanidad española y no solo los de Atención Primaria, aunque sean los que se lleven las portadas. En los hospitales se sufre y mucho, las profesiones sanitarias están mal pagadas, explotadas y no reconocidas; solo cuando políticos y ciudadanos vieron gravemente peligrar sus vidas ante el asesino COVID, aplaudieron a los sanitarios y se congratularon de tenerlos, tanto más con la calidad profesional (y humana) mayoritariamente que nos avala.

Pero el miedo ya pasó y los políticos siguen viviendo alegremente sin querer recordar que una sociedad en la que no se protege la enseñanza y la sanidad está abocada al fracaso. Desgraciadamente, en este país la enseñanza se iguala por abajo desde hace muchos años y de la sanidad los mandatarios del país tampoco se ocupan, porque además de su "supina ignorancia", como decía Martínez Vargas, se siguen interesando más, salvo muy escasas y honrosas excepciones que igual hay, de otros negocios más lucrativos.

Corren malos tiempos en todo y lo que tantos años costó levantar y aupear hasta hace nada al séptimo puesto del ranking mundial sanitario, la ejemplar sanidad española, ahora ha cambiado. No puede ser un buen sistema sanitario cuando hay un abuso sistemático y mantenido de los profesionales que lo defendemos con más vocación y entrega que reconocimiento e inversión.

En el caso de las matronas que, por corporativismo he de reclamar, ¿de qué sirve una formación integral para que no se vea compensada con un desarrollo profesional ajustado

a la formación, con retribuciones y competencias justas, y solo grabada por la responsabilidad de sus importantes actuaciones profesionales?

Nunca se entendería intentar comprar un Ferrari al monto del de un humilde Seat 600. ¿No es cierto? Pero tampoco, sacar a una carrera de lujo el utilitario barato cuando se dispone de un lujoso vehículo de alta gama.

¡Ay, D. Andrés!, casi cien años después de sus advertencias y habiendo alcanzado "la gloria" con tanto esfuerzo, nos deslizamos por una pendiente muy inclinada y, acaso más pronto que tarde, de tanta grandeza nos quede la ruina más lastimosa.

Rosa Mª Plata Quintanilla  
*Directora de Matronas hoy*

## Programa de recuperación del suelo pélvico y ejercicio físico en el puerperio

<sup>1</sup> Cristina Plana Armengod  
<sup>2</sup> M<sup>a</sup> Susana Lafuente Pardos

<sup>1</sup> Matrona. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)

E-mail: [crisplana1997@gmail.com](mailto:crisplana1997@gmail.com)

<sup>2</sup> Matrona. Centro Salud La Jota. Zaragoza (España). Grado en Fisioterapia

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2022.

Fecha de aceptación: 30 de noviembre de 2022.

Cómo citar este artículo:

Plana Armengod C, Lafuente Pardos MS. Programa de recuperación del suelo pélvico y ejercicio físico en el puerperio. *Matronas Hoy* 2022; 10(3):6-16.

### Resumen

**Introducción:** la incontinencia urinaria es una condición médica que puede tener importantes repercusiones en términos de calidad de vida para la mujer que la sufra. En nuestro medio, más de la mitad de las mujeres multiparas refiere pérdidas de orina tras el parto, situándose los síntomas de incontinencia en casi un tercio de las mujeres a los seis meses posparto. Esta realidad justifica ofertar medidas a estas mujeres para disminuir este problema médico mediante la realización de un programa para el entrenamiento pélvico de las puérperas que dirigirá la matrona desde la Atención Primaria, por ser el profesional sanitario más idóneo para la acción.

**Objetivo:** diseñar un programa de recuperación del suelo pélvico y la vuelta al ejercicio físico para mujeres puérperas desarrollado por matronas, basado en evidencia científica, en el cual se combina entrenamiento cardiovascular, tonificación adaptada, ejercicios de Kegel, uso de otros dispositivos y estiramientos.

**Método:** se realizó una búsqueda bibliográfica a través de internet en bases de datos y buscadores como PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Scielo, Biblioteca virtual del IACS y Google académico. La población diana fueron las mujeres puérperas de la zona de salud que acudieron a la consulta de puerperio y desearon realizar el programa. Se explicó a las mujeres puérperas el programa de ejercicios mediante sesiones *online*, para poder llevar a cabo una recuperación posparto adecuada. Para ello, se envió a las pacientes un consentimiento informado por *email* en el cual mostraban su conformidad para participar.

**Resultados:** las mujeres puérperas participantes manifestaron una mejoría ante la recuperación del tono muscular del suelo pélvico. Se observó un incremento en los parámetros de fuerza, según la escala Laycock, y resistencia en las revisiones posteriores al cumplimiento del programa.

**Conclusiones:** realizar ejercicio físico durante el posparto proporciona un aumento de bienestar físico y emocional con amplios beneficios en la recuperación física y psicológica. A la hora de diseñar el programa es importante tener en cuenta los ejercicios con el bebé, incluso diseñar ejercicios que puedan llevarse a cabo durante el porteo. Trabajar el suelo pélvico en el posparto ayudará a mecanizar gestos de protección de suelo pélvico, contribuyendo así a un mayor bienestar físico en etapas posteriores de la vida.

**Palabras clave:** puerperio; ejercicio; suelo pélvico; abdomen; recuperación; matronas.

### Abstract

*Program for pelvic floor recovery and physical exercise during puerperium*

**Introduction:** urinary incontinence is a medical condition that can have major impact on the quality of life of the woman experiencing it. In our setting, more than half of multiparous women refer postpartum urine leakages, and incontinence symptoms appear in almost one third of women six months after childbirth. This reality justifies the offer of measures to these women in order to reduce this medical problem by conducting a pelvic training program for women who have recently given birth, directed by the Primary Care midwife, who is the healthcare professional most adequate for this action.

**Objective:** to design a pelvic floor recovery program and the return to physical exercise for women who have recently given birth, designed by midwives and based on scientific evidence, and combining cardiovascular training, adapted toning, Kegel exercises, use of other devices and stretching.

**Method:** a bibliographic search was conducted online in databases and browsers such as PubMed, Medline, Cochrane Library, Scielo, Virtual Library of the IACS (Aragon Health Sciences Institute) and Academic Google. The target population were women from the health area who had recently given birth, attended the postpartum unit and were willing to follow the program. The program of exercises was explained through online sessions to these women who had recently given birth, in order to have an adequate postpartum recovery. To this aim, an Informed Consent was sent by email to the patients, where they showed their agreement to participate.

**Results:** those participants who had recently given birth expressed an improvement in the recovery of the pelvic floor muscular tone. An increase in strength parameters was observed, according to the Laycock Scale, and in resistance in examinations after completing the program.

**Conclusions:** physical exercise during the postpartum period provides an increase in physical and emotional wellbeing with wide benefits in terms of physical and psychological recovery. At the time of designing the program, it is important to include exercises with the baby, even to design exercises that can be done while carrying the baby. Working on the pelvic floor during the postpartum period will help gestures of protection of the pelvic floor to become mechanic, thus contributing to a higher physical wellbeing in subsequent stages of life.

**Key words:** puerperium; exercise; pelvic floor; abdomen; recovery; midwife.

## Introducción

La incontinencia de orina se puede definir como la enfermedad o condición médica caracterizada por cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social. No es una entidad que haga peligrar la vida de la mujer, pero sí deteriora significativamente su calidad de vida al incidir sobre su autoestima y autonomía. En nuestro medio se sabe que más de la mitad de las mujeres multíparas refiere pérdidas de orina tras el parto, situándose los síntomas de incontinencia en casi un tercio de las mujeres a los seis meses posparto. Por este motivo se justifica la necesidad de ofertar medidas a estas mujeres para disminuir este problema médico. En este caso, se propone la realización de un programa para el entrenamiento pélvico de las mujeres puérperas que puedan llevar a cabo en grupo o en casa a través de las matronas de Atención Primaria. Las matronas son el personal de referencia para las consultas sobre incontinencia urinaria por parte de las pacientes y, de manera global, son también las matronas quienes dan el mayor porcentaje de información sobre ejercicios de suelo pélvico en nuestro medio.

## Objetivos

### Objetivo general

Diseñar un programa de recuperación del suelo pélvico y vuelta al ejercicio físico para mujeres puérperas desarrollado por matronas, basado en evidencia científica, en el cual se combina entrenamiento cardiovascular, tonificación adaptada, ejercicios de Kegel, uso de otros dispositivos y estiramientos.

### Objetivos específicos

- Enseñar a las mujeres puérperas cómo realizar los ejercicios de Kegel de manera adecuada.
- Mejorar la capacidad aeróbica y respiratoria de las mujeres puérperas para una mejor recuperación posparto.
- Normalizar el tono de la musculatura profunda del suelo pélvico.
- Practicar posturas y un entrenamiento completo, combinando movilidad y estabilidad y que facilite la recuperación.

## Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de internet en bases de datos y buscadores como PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane, Elsevier, Scielo, Biblioteca virtual del IACS, Google académico y en las páginas webs del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística y en la Organización Mundial de la Salud.

Las palabras clave utilizadas fueron: puerperio, posparto, ejercicio y suelo pélvico. Estas palabras fueron introducidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y se combinaron en las bases de datos mediante los operadores booleanos *AND*, *NOT* y *OR*.

En la búsqueda se descartaron artículos cuya fecha de publicación era anterior al año 2011, trabajos que no hacían referencia a la información requerida y artículos que no estaban en texto completo. Los criterios de inclusión utilizados fueron: artículos en español o inglés y que hacían referencia del tema a tratar. La población diana fueron las mujeres puérperas de la zona de salud que acudieron a la consulta de puerperio y desearon realizar el programa. El programa contiene videos e imágenes que podrían ser cedidos si se solicitan a las autoras del artículo. No se adjuntan los videos ni imágenes por la extensión y el formato de los mismos. Las imágenes cedidas a las mujeres gestantes están distorsionadas por protección de datos de las personas que se ofrecieron a efectuar los ejercicios.

## Discusión

### Recomendaciones generales posparto

Una de las principales medidas es el mantenimiento correcto de la postura, para lo cual deberá mantenerse la espalda alineada antes de efectuar un esfuerzo (estornudo, tos) o de cargar peso.

También es importante colocar un apoyo bajo los pies para los periodos en los que la mujer puérpera permanezca sentada y especialmente en las tomas de lactancia para prevenir lesiones y dolor provocados por mala postura.

Siempre se mantendrá la espalda recta, evitando el arqueamiento y el acortamiento de la distancia esternón-pubis.

Se procurará defecar cada vez que surja el deseo, en una postura adecuada: caderas flexionadas más de 90 grados, tronco inclinado hacia delante, manteniendo la columna estirada mientras se relaja el esfínter anal y se empuja en espiración.

Antes de realizar esfuerzos se efectuará una contracción voluntaria del suelo pélvico, y se colocarán las manos sobre la región infra umbilical antes de un episodio de tos o estornudo.

### Consejos generales durante el puerperio clínico

1. Además de promover la deambulacion precoz, se recomienda reposo preferiblemente en posiciones horizontales, combinándolos con ejercicios circulatorios de pies y piernas en la cama. Es importante evitar la sedestación prolongada, así como la carga excesiva de peso.

2. Ejercicios de Kegel de intensidad muy suave con el único objetivo de favorecer la cicatrización en caso de episiotomía o desgarro.
3. Dieta rica en fibra para evitar dificultad en la defecación.
4. Deposición con cada sensación de deseo defecatorio. Se vigilará también la posición. Las articulaciones coxofemorales deberán quedar ligeramente flexionadas, colocando bajo los pies un apoyo. Además, se estirará la columna y se flexionará el tronco hacia delante.
5. Uso de fajas: se recomienda utilizar una faja o cinturón de estabilización pélvica que rodee la pelvis sin que comprima el abdomen, concretamente 2 cm por debajo de espinas ilíacas anterosuperiores, para un óptimo inicio de recuperación articular y disminución del dolor. Durante el ingreso hospitalario se puede emplear de manera continuada y ya en casa solo durante el día. Se recomienda consultar al médico si existe riesgo de patología, especialmente de origen vascular. En caso de dolor articular, puede prolongarse su uso hasta los tres primeros meses después del parto, consultando si es necesario por el origen de dolor prolongado. No se recomienda el uso de faja abdominal. Solamente se indica su uso en caso de diástasis de los músculos rectos abdominales durante los cinco primeros días tras el parto.

### Consejos generales durante puerperio tardío

1. Automasaje de la cicatriz: una vez que haya finalizado el proceso de cicatrización, se recomienda el automasaje de la cicatriz, interno y externo, en todas las direcciones del espacio. Se comenzará desde la periferia hasta la cicatriz propiamente dicha, intentando levantar los planos más superficiales de la piel respecto a los profundos. Se puede utilizar aceite para facilitar el deslizamiento.
2. No se debe realizar la maniobra "pipi-stop" para el mantenimiento de la continencia urinaria.
3. Ejercicios de Kegel: durante este periodo se intentará realizar un autoreconocimiento de los músculos del suelo pélvico. Para ello se recomienda empezar con contracciones en decúbito supino y una autopalpación del periné y de la entrada de la vagina simultáneamente. Se pueden colocar almohadas bajo las rodillas para que las piernas estén relajadas. Mientras se contrae la musculatura perineal, se debe de notar la tensión en el periné o la compresión de los dedos que se introducen en vagina. Estas contracciones se tienen que realizar sin que se encojan los abdominales, glúteos o abductores. A veces se siente una ligera tensión infraumbilical correspondiente a la acción sinérgica de la musculatura abdominal profunda que sí sería adecuada.

Para esta toma de conciencia se pueden probar otras posturas (sedestación, cuadrupedia), sentarse sobre elementos

inestables (según se apoye el antepié o el retro pié, se producirá una activación del suelo pélvico) o colocar algunos dispositivos bajo el periné, por ejemplo:

- Toallas enrolladas bajo el periné.
- Balón de pilates (pelota de parto).
- Banquetas inestables, cojines de propiocepción.
- Dispositivo vaginal de pyrex, silicona o hinchable de diferente grosor.
- Ejercicios abdominales con activación de suelo pélvico. Autoelongación de la espalda en diferentes posturas.
- Palpación directa. Inserción de uno o dos dedos en vagina.
- Espejo para visualizar el periné y la entrada de la vagina.
- Otra manera de reconocer el suelo pélvico en casa es el uso de un vibrador interno o externo para localizar dónde se debe focalizar la contracción.

Qué se debe de sentir: al realizar correctamente la contracción de suelo pélvico se nota una ligera pérdida de contacto de la superficie sobre la que se apoya.

Precauciones para realizar los ejercicios de Kegel:

- Vaciar previamente la vejiga.
  - Mantener una respiración tranquila. Si no se puede respirar de manera libre, se harán las contracciones durante la espiración. En ningún caso se debe contener la respiración.
  - Comprobar que se hace una contracción y que no se empuja hacia fuera o se utilizan otros músculos.
  - Descansar 15-20 segundos después de cada tanda de contracciones.
  - No realizar más ejercicios de los recomendados. El efecto puede ser nulo o incluso perjudicial.
  - No efectuar los ejercicios mientras se camina.
4. Uso de bolas pélvicas (bolas chinas) y otros dispositivos (conos con y sin peso): se pueden comenzar a utilizar cuando se objetiva fuerza suficiente para retenerlos de manera eficaz. Las bolas pélvicas pueden ser esféricas o cónicas según su forma y según su superficie hay modelos lisos o rugosos para que no resbalen. Permiten el trabajo en movimiento por la vibración que se produce en el interior. También se pueden emplear contrayendo la musculatura, reteniendo el dispositivo, de manera que se entrena especialmente la fuerza. Se recomienda un comienzo progresivo en tiempo (cinco minutos al principio) y peso, comenzando por el menor peso posible. El tiempo máximo recomendado serían 30 minutos.

5. Dispositivos para prevención de incontinencia urinaria durante la actividad física: en general se recomienda actividad física de bajo impacto (natación, bicicleta estática, bicicleta elíptica, marcha nórdica) desaconsejando las actividades que impliquen fuertes saltos o golpes (carrera, aeróbic). En caso de iniciarse se procurará haber alcanzado una óptima recuperación del suelo pélvico previamente. Existen dispositivos destinados a restringir el movimiento cuello vesical.
6. Dispositivos de *biofeedback* para entrenamiento de suelo pélvico: permiten realizar los ejercicios de Kegel objetivando que se efectúan de manera eficaz, gracias a un indicador que se mueve, se ilumina o emite sonido cuando el de ejercicio se realiza manera correcta. Permiten también graduar la intensidad de trabajo. Gracias a este mecanismo, se refuerza la efectividad del entrenamiento.

### Reinicio de las relaciones sexuales

Hasta la completa cicatrización del periné, en caso de existir algún tipo de sutura, las relaciones sexuales deben centrarse en relaciones no coitales. Se aconseja consultar con la matrona en caso de dispareunia. Una vez que se comienzan a mantener relaciones con penetración, se aconseja el uso de lubricante con base acuosa para aliviar las posibles molestias iniciales y la posible lubricación insuficiente. Si tras varias visitas sucesivas la paciente expresa ansiedad ante el coito, sería aconsejable su valoración y derivación a un especialista.

### Cuidados tras el puerperio

Tras la evaluación puerperal en la sexta semana posparto, se recomienda realizar los ejercicios de Kegel incrementándose el número de repeticiones y la intensidad de los mismos, sin llegar a la fuerza máxima. Las pacientes adheridas a programas validados de entrenamiento muscular del suelo pélvico han mostrado mayor curación o mejoría, y menor frecuencia de pérdidas de orina.

El entrenamiento es el método más efectivo para las pacientes con incontinencia urinaria. Tras la toma de conciencia, el programa se diseñará de forma progresiva, incrementándose la intensidad, repeticiones y la dificultad de la posición. La duración mínima recomendada son 12 semanas.

Otras posibles pautas podrían ser las siguientes:

- Programa estándar (seis meses):
  - Sesiones individuales: tres sesiones diarias, dos o tres días a la semana de ocho a 12 contracciones de intensidad submáxima. Cada repetición durará de seis a ocho segundos, con seis segundos de descanso entre repeticiones. Se finalizará cada serie con tres o cuatro contracciones rápidas.
  - Sesión grupal semanal de 45 minutos.

- Visita mensual con *biofeedback* en la consulta. Existen programas específicos orientado a mejorar aspectos concretos: resistencia, fuerza, velocidad y coordinación.

Para una recuperación óptima se aconseja también efectuar la tabla de ejercicios globales que se realizan en las sesiones de educación maternal.

### Vuelta a la actividad física

A partir de la sexta semana del puerperio se recomienda la vuelta a la actividad física de forma progresiva. Se iniciará un ejercicio aeróbico suave, de duración e intensidad creciente, durante 30 a 60 minutos al menos tres veces a la semana, evitando la fatiga, los impactos y las compresiones sobre el pecho y el abdomen. El ejercicio debe interrumpirse si aparece disnea, debilidad, dolor de cabeza, dolor torácico o sangrado.

Una vez recuperado el suelo pélvico se pueden llevar a cabo los ejercicios abdominales isométricos. Para las pacientes que deseen realizar un deporte de manera más intensa se incrementará la práctica de este tipo de ejercicios y la idoneidad de utilizar los dispositivos de inmovilización del cuello vesical.

La gimnasia abdominal hipopresiva consiste en un ejercicio respiratorio que pretende conseguir un efecto descongestivo sobre las vísceras de la cavidad abdominal. Debido a su dificultad, en las sesiones posparto se desarrollan ejercicios de activación abdominal sin llegar al efecto hipopresivo.

Para las pacientes que inicien actividad deportiva se recomiendan los siguientes plazos:

- Fase de activación desde la sexta semana al 2º mes posparto.
- Fase de potenciación del 2º al 6º mes posparto.
- Fase de readaptación deportiva: tras el 6º mes después del parto.

### Planificación de las sesiones

**Sesión 1:** 6-8 semanas posparto.

**Sesión 2:** semana 12 posparto.

**Sesión 3:** semana 14 posparto.

El objetivo principal es trabajar el suelo pélvico de manera pertinente en cada momento del posparto.

Se trabaja de manera activa el suelo pélvico y se inicia el trabajo abdominal isométrico.

Se ha intentado incluir un amplio abanico de ejercicios sencillos y de fácil corrección, para que cada mujer gestante pueda elegir y continuar en casa con los que más se adecuen a sus necesidades y preferencias.

El diseño de las sesiones implica una progresión en los ejercicios correspondiente a los crecientes requerimientos de la recuperación y las necesidades específicas del posparto.

Antes de incluir a una paciente en el programa de ejercicios, además de sus antecedentes de salud y la evolución de su embarazo y posparto, se tendrá en cuenta si existe algún antecedente traumatológico que fuera aconsejable comentar con un especialista previamente.

El programa comienza en la 6ª semana posparto con una serie de ejercicios de Kegel. Estos ejercicios se prolongan hasta la semana 12. A partir de ahí se realiza de forma simultánea la progresión de la tabla de Kegel junto con la sesión de ejercicio físico, para obtener un óptimo resultado.

### Primera sesión: revisión puerperal en la consulta de la matrona

Se recomienda realizar una evaluación de suelo pélvico en la consulta de la matrona a la 6ª semana posparto. También se incluyen cuestionarios que orientan sobre posible patología de suelo pélvico y criterios de derivación a consulta especializada.

En cada sesión se lleva a cabo una secuencia de ejercicios apta para puerperios tras parto vaginal o cesárea.

Los grupos posparto están orientados a fomentar el autoconocimiento y la recuperación del suelo pélvico. Para ello se incide en las medidas preventivas y correctoras para favorecer la recuperación puerperal (Cuadro 1).

### Desarrollo de las sucesivas sesiones

En cada sesión se incluyen ejercicios para trabajar en tres partes:

- Calentamiento: 10-15 minutos de movimientos locales y globales.
- Núcleo de la sesión: cada una tiene unos ejercicios específicos.
- Estiramientos y vuelta a la calma: se pueden combinar entre las sesiones. Se finalizará con una postura para practicar la relajación.

En cada movimiento, se observará la posición de partida. En general, se parte con la cabeza en posición neutra y vista al frente, espalda bien alineada y estirada, hombros relajados, pelvis en posición neutra, rodillas semiflexionadas y pies separados a la altura de las caderas. Si se inicia el ejercicio tumbada se colocarán almohadas para que la espalda quede bien alineada y no haya torsión de hombros o caderas.

## Cuadro 1. Secuencia de los ejercicios de Kegel a seguir

1. FASE ACONDICIONAMIENTO: dura dos semanas. Lunes, miércoles y viernes. Cada día:

- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS tumbada hacia arriba, 30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS tumbada del lado izquierdo, 30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS en cuadrupedia, 30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS tumbada del lado derecho, 30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS sentada con columna recta

2. FASE TONIFICACIÓN: un mes. Lunes, miércoles, viernes, sábado. Andar/correr en piscina. Bicicleta elíptica, estática, normal. Plancha antebrazos/rodillas. Cada día: ocho veces contraer SP y empujar a la pared

- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS tumbada hacia arriba + 2 veces encoger y subir ombligo  
30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS tumbada del lado izquierdo + 2 veces encoger y subir ombligo.  
30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS en cuadrupedia + 2 veces encoger y subir ombligo .  
30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS tumbada del lado derecho + 2 veces encoger y subir ombligo.  
30 segundos de descanso
- 10 contracciones SUAVES Y LENTAS sentada con columna recta + 2 veces encoger y subir ombligo.

### Cuadro 1. Secuencia de los ejercicios de Kegel a seguir (continuación)

#### 3. FASE FUERZA: un mes. Lunes, miércoles, viernes, sábado. Plancha brazos y pies. Cada día:

- 12 veces contraer SP y empujar a la pared
- 12 contracciones RÁPIDAS Y FUERTES tumbada hacia arriba + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 12 contracciones RÁPIDAS Y FUERTES tumbada del lado izquierdo + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 12 contracciones RÁPIDAS Y FUERTES en cuadrupedia + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 12 contracciones RÁPIDAS Y FUERTES tumbada del lado derecho + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 12 contracciones RÁPIDAS Y FUERTES sentada con columna recta + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 12 contracciones DE PIE +2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso

#### 4. FASE RESISTENCIA: 1 mes. Lunes, miércoles, jueves, viernes, domingo. Comienzo a correr de manera progresiva. Plancha lateral. Cada día: 15 veces contraer SP y empujar a la pared

- 15 contracciones de intensidad media tumbada hacia arriba + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 15 contracciones de intensidad media tumbada del lado izquierdo + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 15 contracciones de intensidad media en cuadrupedi + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 15 contracciones de intensidad media tumbada del lado derecho + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso
- 15 contracciones de intensidad media sentada con columna recta + 2 veces encoger y subir ombligo  
1 minuto de descanso

#### Ejecución del ejercicio

Manteniendo la espalda sin arquear, cuidando especialmente que se mantenga estirada y que no disminuya la distancia pubis-punta del esternón.

#### Series y repeticiones

Se comenzará con una serie de ocho repeticiones de velocidad lenta. Conforme se compruebe la tolerancia al ejercicio y el progreso se pueden aumentar a 10-12 repeticiones de cada ejercicio en cada serie, e incluso se puede incrementar con alguna serie más.

#### Cómo la respiración acompaña al ejercicio

En ningún caso se mantendrá la espiración retenida. Se inspirará en la posición de partida y se expulsará el aire al realizar el ejercicio, preferiblemente con la boca abierta. Se expulsará más aire en el momento de mayor intensidad del ejercicio.

#### Porteo ergonómico

Si la paciente utiliza dispositivos de porteo ergonómico se puede ayudar tanto a la elección como a la colocación del mismo, de manera que tenga el mínimo impacto sobre

el suelo pélvico especialmente al comienzo del puerperio. Porteadando, la paciente adopta una posición más equilibrada que cogiendo en brazos al bebé sin dispositivo. Si se diera el caso se pueden incorporar ejercicios de tonificación con bandas, sentadillas durante la fase principal del entrenamiento.

### Segunda sesión: semana 12 posparto

Cada ejercicio se realizará en una serie de ocho a 10 repeticiones. Conforme se avance en casa se pueden incrementar las repeticiones y el número de series. La instrucción antes del ejercicio será la de contraer el suelo pélvico (Cuadro 2).

## Cuadro 2. Sesión semana 12 posparto

### CALENTAMIENTO

1. Girar la cabeza mirando de un lado a otro, desde un hombro hasta el otro. A ambos lados. Inclinaciones laterales de cabeza a ambos lados
2. Flexión y extensión de cuello
3. Rotaciones desde un hombro hasta el otro. Los círculos han de ser por delante únicamente
4. Rotaciones de hombros hacia delante y hacia atrás
5. Subir y bajar los hombros

### PARTE PRINCIPAL

6. Con una mano aplicada lateralmente a las costillas se toma aire y al soltarlo se hace un leve movimiento como empujando las costillas hacia el centro. Se repite al otro lado
7. Sentada en el suelo con la espalda recta, se intenta llevar las puntas de los dedos de los pies sin que se encoja la espalda
8. Anteversión y retroversión de pelvis
9. Sentada en silla y con apoyo en los pies, colocamos las manos por fuera de las rodillas se pide la apertura de rodillas y se ejerce presión con las manos para evitar el movimiento. Se debe de notar una activación de suelo pélvico
10. Posición para las tomas: sentada en silla y con apoyo en los pies, colocamos una almohada grande encima de nuestros muslos. Sobre ella tumbamos al bebé
11. Sentada sobre pelota, cogemos al bebé (con ayuda) tumbado y se le acuna de un lado a otro. El bebé puede mirar a la madre e interactuar con ella o estar boca abajo si le resulta agradable. El movimiento exige mantener la columna vertebral erguida
12. Tumbada en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas, se coloca al bebé entre los muslos. Se pide contraer el suelo pélvico, se alarga un poco la nuca y se dobla un poco la cabeza hacia delante. Se nota cómo se incluye el abdomen
13. Ejercicios de Kegel:
  - Tumbada en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas, se coloca al bebé entre los muslos
  - En decúbito lateral, con el bebé tumbado al lado
  - En cuadrupedia, el bebé está tumbado entre nuestras manos
14. Sentada con las piernas cruzadas y el bebé sentado en el hueco de las piernas, se coge al bebé y se intenta levantar sin elevarlo
15. Tumbada en decúbito supino, se flexionan las rodillas colocando planta contra planta de los pies. La barbilla se dirige al pecho y los hombros se mantienen pegados al suelo. Se continúa con los brazos separados del cuerpo con las palmas de las manos hacia arriba. La pelvis se mantiene en retroversión. Se hacen respiraciones lentas. Cada varias respiraciones se modifica la postura. Poco a poco se van estirando las rodillas y aproximando los brazos al cuerpo, hasta quedar estirada y los brazos pegados al cuerpo
16. Levantarse de silla: se contrae suelo pélvico, se inclina la espalda recta hacia delante, se apoyan los pies hacia atrás y se lleva a la posición de bipedestación
17. Posición para cargar pesos: se contrae suelo pélvico, se inclina la espalda recta hacia delante, se doblan las rodillas y se coge al bebé o el peso. Se extienden las rodillas con la espalda extendida

## Cuadro 2. Sesión semana 12 posparto (continuación)

### ESTIRAMIENTOS

18. Estiramiento suave de gemelos
19. Estiramiento de psoas (con la rodilla de atrás flexionada)
20. El gato enfadado. Importante intentar estirar la espalda cuando sube con la inspiración y mantener el estiramiento en el movimiento de descenso sin marcar la lordosis en exceso
21. Secuencia:  
Posición de partida: bipedestación  
Movimiento: brazo en extensión abducción y rotación  
Pierna en adducción, rotación interna y extensión  
Bipedestación. Lado contrario: brazo en extensión abducción y rotación. Pierna en adducción, rotación
22. Secuencia:  
Posición de partida: bipedestación  
Movimiento: brazo cruza por delante de la cara. Pierna homolateral cruza por detrás. Bipedestación.  
Lado contrario: brazo cruza por delante de la cara. Pierna homolateral cruza por detrás
23. Estiramiento en bipedestación
24. Estiramiento de isquiotibiales
25. Sentada con las piernas cruzadas, se gira el cuerpo hacia atrás, a cada lado
26. Estiramientos de cuello, sentada con las piernas cruzadas, ayudando con el brazo homolateral del lado hacia donde se inclina la cabeza
27. Estiramiento de espalda, recogiendo las rodillas en decúbito supino
28. Desde cuadrupedia, se levantan los pies del suelo y se giran los tobillos
29. Posición para la relajación

### Tercera sesión: semana 16 posparto

Cada ejercicio se realizará en una serie de ocho a 10 repeticiones. Conforme se avance en casa se pueden incrementar las repeticiones y el número de series. La instrucción antes del ejercicio será la de contraer suelo pélvico y encoger el ombligo. Es importante dirigir la tensión abdominal de abajo a arriba (Cuadro 3).

### Resultados

Las mujeres puérperas que realizaron el programa completo expresaron un alto nivel de satisfacción y agradecimiento con la atención recibida.

Las participantes manifestaron una mejoría ante la recuperación del tono muscular del suelo pélvico.

Se observó un incremento en los parámetros de fuerza, según la escala Laycock (escala Oxford modificada), y resistencia en las revisiones posteriores al cumplimiento del programa.

Otro resultado positivo a destacar fue la sensación de mejora de las relaciones sociales con las otras mujeres puérperas.

### Conclusiones

- Realizar ejercicio físico durante el posparto proporciona un aumento de bienestar físico y emocional con amplios beneficios la recuperación física y psicológica.
- Es importante el diseño del programa de ejercicios centrándonos en el binomio madre-hijo, para favorecer una adecuada adhesión al programa y fomentar el vínculo materno-filial.
- Trabajar el suelo pélvico en el posparto ayudará a mecanizar gestos de protección de suelo pélvico contribuyendo así a un mayor bienestar físico en etapas posteriores de la vida.
- Es necesario una actualización constante por parte de los profesionales sanitarios para proporcionar cuidados según la evolución de la evidencia científica y la adaptación a las diversas circunstancias personales, sociales y asistenciales.

### Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente a las participantes que, habiendo cumplido el formato del programa de manera completa, acudieron posteriormente a valoración en consulta y aportaron parámetros de mejora para el diseño final.

## Cuadro 3. Sesión semana 16 posparto

## CALENTAMIENTO

1. Girar la cabeza mirando de un lado a otro, desde un hombro hasta el otro. A ambos lados. Inclinaiones laterales de cabeza a ambos lados
2. Flexión y extensión de cuello
3. Rotaciones desde un hombro hasta el otro. Los círculos han de ser por delante únicamente
4. Rotaciones de hombros hacia delante y hacia atrás
5. Subir y bajar los hombros
6. Anteversión y retroversión de pelvis
7. Con una mano aplicada lateralmente a las costillas se toma aire y al soltarlo se hace un leve movimiento como empujando las costillas hacia el centro. Se repite al otro lado

## PARTE PRINCIPAL

8. Sentada en silla y con apoyo en los pies, colocamos las manos por fuera de las rodillas se pide la apertura de rodillas y se ejerce presión con las manos para evitar el movimiento. Se debe de notar una activación de suelo pélvico
9. Sentada en silla y con apoyo en los pies, colocamos una almohada grande encima de nuestros muslos. Sentamos al bebé. El ejercicio consiste en levantarlo ligeramente de la almohada
10. Sentada sobre pelota, cogemos al bebé (con ayuda) tumbado y se le acuna de un lado a otro. El bebé puede mirar a la madre e interactuar con ella o estar boca abajo si le resulta agradable. El movimiento exige mantener la columna vertebral erguida
11. Tumbada en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas, se coloca al bebé entre los muslos. Se pide contraer el suelo pélvico y encoger el ombligo, se alarga un poco la nuca y se dobla un poco la cabeza hacia delante. Se nota cómo se incluye el abdomen
12. Cuadrupedia: el bebé está delante de la mamá
  - Se suelta una mano y se mueve para hacerle juegos al bebé
  - Se levanta una pierna
  - Se hace un balanceo de todo el tronco de atrás hacia delante
  - Se hace el mismo balanceo con un serpeanteo desde la cabeza, flexionando los codos al dirigir el tronco hacia delante
  - Se levantan rodillas con las manos apoyadas
13. En decúbito lateral, se hace el esfuerzo de intentar levantar la pelvis del suelo
14. Ejercicios de Kegel:
  - Tumbada en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas, se coloca al bebé entre los muslos
  - En decúbito lateral, con el bebé tumbado al lado
  - En cuadrupedia, el bebé está tumbado entre nuestras manos
15. En decúbito lateral, con piernas semiflexionadas se lleva la pierna de arriba hacia delante y si se puede hacia atrás. Se puede intentar si no se pierde la estabilidad de la espalda
16. En decúbito lateral, con piernas semiflexionadas se lleva la pierna de arriba hacia delante y el brazo hacia atrás. Se cruzan y al revés, brazo por delante y pierna por detrás. Se puede intentar si no se pierde la estabilidad de la espalda
17. En decúbito lateral, se estiran las piernas y se cruzan los pies. Se intenta levantar el pie de abajo hacia arriba. El brazo que queda arriba se apoya en el suelo y, a la vez, se hace fuerza con él contra el suelo
18. Sentada sobre suelo con piernas cruzadas, colocamos al bebé enfrente. Las manos apoyadas en rodillas o muslos, con los dedos mirando hacia dentro. Se pega la barbilla hacia el pecho y se pide una autoelongación
19. Sentada sobre suelo con piernas cruzadas, colocamos al bebé enfrente. Colocamos una mano apoyada en las costillas. Al expulsar el aire apretamos con la mano como desplazando la parrilla costal hacia el centro

### Cuadro 3. Sesión semana 16 posparto

#### PARTE PRINCIPAL

20. Sentada sobre suelo con piernas cruzadas, colocamos al bebé enfrente. Se pide el giro de tronco y cabeza mirando hacia atrás. A un lado y hacia otro. También se puede hacer con el bebé sentadito en el hueco de las piernas
21. Sentada con las piernas cruzadas y el bebé sentado en el hueco de las piernas, se coge al bebé y se levanta
22. Tumbada sobre la pelota, se intenta levantar un pie del suelo
23. Tumbada en decúbito supino, se flexionan las rodillas colocando planta contra planta de los pies. La barbilla se dirige al pecho y los hombros se mantienen pegados al suelo. Se mantienen los brazos separados del cuerpo con las palmas de las manos hacia arriba. La pelvis se mantiene en retroversión. Se hacen respiraciones lentas. Cada varias respiraciones se modifica la postura. Poco a poco se van estirando las rodillas y aproximando los brazos al cuerpo, hasta quedar estirada y los brazos pegados al cuerpo
24. Masaje con las manos del reborde costal
25. Masaje con pelotas blandas en el reborde costal
26. Se coge un poco pellizco de piel y tejido subcutáneo del reborde costal. Se respira lentamente
27. Pintar con la lengua el interior de las mejillas y realizar giros con la lengua presionando las mejillas hacia fuera
28. Acariciar cada hombro y pectoral con la mano contraria
29. Pelota bajo el pie, moverla por debajo del pie echando el peso con la espiración. Un pie y después el otro
30. Tocar cuello y brazo con la otra mano. Acariciar
31. Lentamente recorriendo varias veces en bipedestación
32. Colocar almohada blanda bajo la pelvis y descansar un rato en esa posición
33. Estirar arrastrar talones en la colchoneta varias veces. Con una pierna y después con la otra
34. Sentada en el suelo, sentada con pelota blanda por dentro de los isquiones. Masaje. A un lado y otro

#### ESTIRAMIENTOS

1. Estiramiento suave de gemelos
2. Estiramiento de psoas (con la rodilla de atrás flexionada)
3. El gato enfadado. Importante intentar estirar la espalda cuando sube con la inspiración y mantener el estiramiento en el movimiento de descenso sin marcar la lordosis en exceso
4. Secuencia:
  - Posición de partida: bipedestación
  - Movimiento: brazo en extensión abducción y rotación
  - Pierna en abducción, rotación interna y extensión
  - Bipedestación. Lado contrario: brazo en extensión abducción y rotación. Pierna en abducción, rotación
5. Secuencia:
  - Posición de partida: bipedestación
  - Movimiento: brazo cruza por delante de la cara. Pierna homolateral cruza por detrás
  - Bipedestación. Lado contrario: brazo cruza por delante de la cara. Pierna homolateral cruza por detrás
6. Estiramiento en bipedestación
7. Estiramiento de isquiotibiales
8. Sentada con las piernas cruzadas, se gira el cuerpo hacia atrás, a cada lado
9. Estiramientos de cuello, sentada con las piernas cruzadas, ayudando con el brazo homolateral del lado hacia donde se inclina la cabeza
10. Estiramiento de espalda, recogiendo las rodillas en decúbito supino
11. Desde cuadrupedia, se levantan los pies del suelo y se giran los tobillos
12. Posición para la relajación

## Bibliografía de consulta

1. Ageron-Marque C, Souchart P. Preparación al nacimiento. Barcelona: Editorial Ars Médica; 1987.
2. Souchart P. Stretching global activo I. De la perfección muscular a los resultados deportivos. 5ª ed. Barcelona: Paidotribo; 2016.
3. Flores VM. Yoga para embarazadas. Madrid: Librería Argentina; 2015.
4. ISDIN. Educación sanitaria para la maternidad. [CD-ROM]. Madrid: Ediciones Mayo; 2008.
5. Requena JF (coord.). Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Madrid: Astellas Pharma, S.A; 2008.
6. Carrera JM. Preparación física para el embarazo, parto y postparto. Barcelona: Ediciones Médici; 1994.
7. Stephenson R. Fisioterapia en obstetricia y ginecología. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2003.
8. Fischer H. Manual práctico de preparación al parto. Madrid: McGraw-Hill; 2008.
9. Lee T. Pregnancy yoga. Postnatal yoga. [CD-ROM] Tara Lee yoga LTD; 2015.
10. Lee T. Yoga for you and your baby with Tara Lee. [CD-ROM] Londres: Earth Warrior Productions; 2010.
11. Muñoz Gonzalez R (coord.). Educación para la maternidad. Tomo I y II. Madrid Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Primaria; Instituto a; 1998.
12. Bertherat T, Bertherat M. Con el consentimiento del cuerpo. Barcelona: Paidós; 2016.
13. García M. Método del tronco o 5P para el cuidado del suelo pélvico [monografía en internet]. Murcia: 2017 [citado 18 nov 2022]. Disponible en: <https://saludpelvica.com/metodo-del-tronco-o-5p-para-elcuidado-del-suelopelvico/>
14. Tuominen K. Fisiotit Woman [sede web] Banyoles, Girona. [Fecha edición 2014, acceso 25 noviembre 2021]. Disponible en: <http://fisiotitwoman.com/>
15. Tuominen K. In shape mums app. Mammoth Hunters; 2017.
16. Walker C. Cuida tu suelo pélvico [Sede web] Madrid. [Fecha edición 2017. Acceso 25 noviembre de 2021]. Disponible en: <https://cuidatusuelopelvico.com/author/carolwc/>
17. De Gasquette B. Abdominales. ¡Detén La Masacre! Barcelona: RBA; 2014.
18. Massagué MA. Curso "Actividad física en el embarazo" Madrid: Fisiomedit; 2017.
19. Souchart P. El método de la RPG. Barcelona. 2012.
20. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología 2ª ed. Barcelona: Elsevier, 2013.
21. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Barcelona: Elsevier; 2013.
22. Dumoulin C, Glazener C, Jenkinson D. Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2011; 30(5):746-53.
23. Bilbilio Wesnes SL, Hunskaar S, Rortveit G. The effect incontinence of urinary status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *JOG* 2009; 116:700-7.
24. 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.
25. Kari Bø, Sherburn M. Evaluation of Female Pelvic-Floor. Muscle Function and Strength. *Physical Therapy* 2005; 85(3).
26. De Boer Ta, Salvatore S, Cardozo L, Chapple C, Kellerher C, van Kerrebroeck MG, et al. Pelvic Organ Prolapse and Overactive Bladder. *Neurourology and Urodynamics* 2010; 29:30-9.
27. Martínez Bueno C, Villar Varela MT. Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento. Federación de asociaciones de matronas de España [internet] [citado 18 nov 2022]. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/documentos/profesionales/i/17096/124/comosuperar-el-puerperio-y-no-rendirse-en-el-intento>
28. Rojas L. Cómo hacer los ejercicios de Kegel correctamente. En suelo firme.com [internet] [citado 18 nov 2022]. Disponible en: <https://www.ensuelofirme.com/como-realizar-correctamente-los-ejerciciosde-kegeldemostracion>
29. Anatomy.com. Primal Pictures. [internet] [citado 18 nov 2022]. Disponible en: <http://www.anatomy.com>
30. Sydney.edu.au. Evaluación Clínica del Elevador. [internet] [citado 18 nov 2022]. Disponible en: [http://sydney.edu.au/medicine/nepean/research/obstetrics/pelvicfloorassessment/Pelvic\\_Floor\\_Assessment/Evaluacion\\_Clinica\\_del\\_Elevador.Html](http://sydney.edu.au/medicine/nepean/research/obstetrics/pelvicfloorassessment/Pelvic_Floor_Assessment/Evaluacion_Clinica_del_Elevador.Html)
31. Cerezuela Requena JF (coord.). Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Madrid: Astellas Pharma, S.A; 2008.
32. García M. Método del tronco o 5P para el cuidado del suelo pélvico [monografía en internet]. Salud pélvica 2017. [citado 18 nov 2022]. Disponible en: <https://saludpelvica.com/metodo-del-tronco-o-5p-para-el-cuidado-del-suelopelvico/>
33. Walker C. Cuida tu suelo pélvico [sede web] [citado 18 nov 2022] Disponible en: <https://cuidatusuelopelvico.com/author/carolwc/>
34. Creus Pujol MD, Martínez Bueno C, Olivera Sánchez G, Vela Martínez E. El masaje perineal [monografía en Internet]. Barcelona: Federación de Matronas; 2013 [citado 18 nov 2022]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/folelto-matronas-14-esp-masaje-perineal.pdf>

<sup>1</sup> Adelaida Montoro Rodríguez  
<sup>2</sup> M<sup>a</sup> Dolores Pozo Cano  
<sup>3</sup> Encarnación Martínez García  
<sup>4</sup> María Gázquez López

## Planificación familiar natural, ¿tiene sentido en el siglo XXI?

<sup>1</sup> Enfermera. Hospital Psiquiátrico. Huesca (España)

<sup>2</sup> Matrona. Doctora. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. España.

<sup>3</sup> Matrona. Doctora. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Hospital de Guadix (Agencia Pública Hospital de Poniente). Granada (España).

<sup>4</sup> Enfermera. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. España.

E-mail: pozocano@ugr.es

Fecha de recepción: 26 de febrero de 2022.

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2022.

### Cómo citar este artículo:

Montoro Rodríguez A, Pozo Cano MD, Martínez García E, Gázquez López M. Planificación familiar natural, ¿tiene sentido en el siglo XXI? *Matronas Hoy* 2022; 10(3):17-29.

### Resumen

**Introducción:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la planificación familiar natural como la basada en el autodiagnóstico de los días fértiles e infértiles del ciclo y en la abstinencia periódica de relaciones sexuales que buscan posponer el embarazo o aprovechar el conocimiento de los momentos más fértiles para conseguirlo

**Objetivos:** el objetivo general es conocer los diferentes métodos anticonceptivos para asesorar en materia de planificación familiar natural. Como objetivos específicos está el comprobar el grado de aceptación y utilización de los métodos de planificación familiar natural, exponer las bases del método de lactancia por amenorrea y su eficacia, reafirmar el papel de la enfermería especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) en el asesoramiento y consejo de estos métodos.

**Metodología:** se ha realizado una revisión de la literatura a través de las bases de datos Web of Science, Pubmed, Scielo y otras fuentes mediante las ecuaciones de búsqueda ("Planificación Familiar Natural" AND "Métodos anticonceptivos") y ("Ciclo Menstrual" AND "Lactancia Materna").

**Resultados y conclusiones:** el desconocimiento de la fertilidad y de la salud sexual y reproductiva sumado a la disposición de muchos métodos anticonceptivos hormonales, mayoritariamente demandados en la actualidad, limitan la oferta y correcta utilización de la planificación familiar natural (PFN).

Los métodos de planificación familiar natural fueron ampliamente aceptados por aquellas mujeres que no disponían de la oportunidad de disfrutar de otro método hormonal o químico o que sus principios y valores sociales y culturales no les permitía utilizarlos.

Cuando se cumplen los cuatro criterios establecidos, el método de la lactancia amenorrea (MELA) presenta una eficacia del 98%. Los métodos anticonceptivos naturales se recomiendan en menor medida que otros métodos y por ello, el consejo contraceptivo juega un papel fundamental para la práctica de una adecuada PFN.

**Palabras clave:** planificación familiar natural; asesoramiento contraceptivo; método de lactancia materna por amenorrea (MELA); métodos anticonceptivos naturales; eficacia; matronas.

### Abstract

*Natural family planning, does it make sense in the 21<sup>st</sup> century?*

**Introduction:** the World Health Organization (WHO) defines natural family planning as the method based on self-diagnosis for fertile and infertile days in the cycle and periodical abstinence of sexual intercourse, with the aim to postpone pregnancy or to use the awareness of the more fertile times to achieve it.

**Objectives:** the general objective is to understand the different contraceptive methods in order to advise on natural family planning. The specific objectives are to confirm the degree of acceptance and utilization of natural family planning methods, to present the basis of the Lactational Amenorrhea Method and its efficacy, and to reinforce the role of the Nurse Specialized in Obstetrics and Gynaecology (Midwife) in terms of advice and counsel on these methods.

**Methodology:** a literature review was conducted in the Web of Science, Pubmed and Scielo databases and other sources, through the search equations ("Planificación Familiar Natural" (Natural Family Planning) AND "Métodos anticonceptivos" (Contraceptive Methods)) and ("Ciclo Menstrual" (Menstrual Cycle) AND "Lactancia Materna" (Maternal Breastfeeding)).

**Results and Conclusions:** lack of knowledge regarding fertility and sexual and reproductive health, added to the availability of many hormonal contraceptive methods mostly demanded currently, limit the offer and correct utilization of Natural Family Planning (NFP).

Natural family planning methods were widely accepted by those women for whom other hormonal or chemical methods were not available, or those who were not allowed to use them by their social and cultural principles and values.

When the four criteria established are met, the Lactational Amenorrhea Method (LAM) presents a 98% efficacy. Natural contraceptive methods are recommended to a lower extent than other methods, and that is why contraceptive advice plays an essential role for an adequate use of NFP.

**Key words:** natural family planning; contraceptive counselling; Lactational Amenorrhea Method (LAM); natural contraceptive methods; efficacy; midwives.

## Introducción

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Anticoncepción en España, llevada a cabo por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2020, la edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres españolas entre 15 y 19 años se sitúa en los 15,8 años, mientras que la edad de inicio de las de sus madres ronda en torno a los 18,07 y 19,83.

Cabe mencionar que el 71,4% de las mujeres confirma que mantiene relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo por diversas razones (desean un embarazo o ya están embarazadas, menopausia, problemas de fertilidad...). No obstante, de este grupo, el 28,6% restante son mujeres que no usan ningún método anticonceptivo sin ninguna causa visible y que, por tanto, corren el riesgo de tener un embarazo no planeado<sup>1</sup>.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el mantener una correcta planificación familiar es de vital importancia puesto que brinda la posibilidad y oportunidad a las parejas de decidir el número de hijos que desean, así como acordar el intervalo y la cronología entre embarazos y nacimientos, cooperando a su vez en la reducción de la morbilidad fetal y materna y en mejorar la salud<sup>2</sup>.

El desarrollo de una correcta planificación familiar y el derecho a hacer uso de los métodos anticonceptivos no solo ofrece una mejor salud y disfrute sexual sin riesgos, sino que además mejora la educación sexual y reproductiva, alivia la pobreza, así como conlleva una mejora del desarrollo económico y un mayor control del crecimiento insostenible de la población. Por tanto, la planificación familiar es una herramienta que envuelve de forma directa todos los elementos de una población, pues mediante ella, además, se promueven los derechos humanos, es por ello por lo que es imprescindible tener cubiertas todas y cada una de las necesidades de planificación familiar<sup>3,4</sup>.

También es indispensable considerar los criterios de elegibilidad de cada método, las experiencias previas, la situación y los valores que presente cada pareja, para ello será esencial dedicar el tiempo necesario en cada caso, escuchando, informando y transmitiendo las diversas alternativas, adaptando con ello el lenguaje con el fin de que se obtenga un fácil acceso y aprendizaje de los mismos<sup>5</sup>.

En consecuencia, la elección del método anticonceptivo va a depender de dos factores: por un lado, de la mujer y/o pareja, y por otro lado, del método anticonceptivo. El método preferido, tras una información completa, será aquel escogido por la paciente según sus creencias de anticoncepción y la elegibilidad médica<sup>2</sup>.

Con respecto a los factores relacionados con el método se valorarán aspectos tales como:

- **Eficacia:** disposición del método contraceptivo para prevenir la gestación. Esta eficacia se mide con el **Índice de Pearl**, definido como el "número de embarazos que pre-

sentarían teóricamente 100 mujeres que utilizarán el mismo método anticonceptivo durante un año". La eficacia teórica es la que se obtiene cuando se usa de forma perfecta un anticonceptivo, y la eficacia real es la obtenida tanto en condiciones normales de uso como cuando se producen fallos en su empleo. Esta eficacia dependerá del perfil y características de cada mujer y pareja, y aumentará con una mayor experiencia y utilización del método, así como cuando exista una mejor calidad y disponibilidad de asesoramiento.

- **Seguridad:** hace referencia a la capacidad del método de no provocar efectos adversos que puedan influir en la salud de la mujer, por ello, siempre se ha de informar tanto de los efectos positivos como negativos que estos métodos pueden provocar.
- **Facilidad o complejidad de uso:** es esencial que la mujer comprenda el correcto uso del anticonceptivo, ya que de lo contrario esto hará que disminuya su efectividad y que por tanto suponga una limitación de su uso.
- **Reversibilidad:** basada en la recuperación de la capacidad reproductiva de la mujer tras interrumpir el uso del método anticonceptivo.
- **Relación con el coito:** "junto con la frecuencia de las relaciones sexuales, la elección del método anticonceptivo influye para que tenga una relación inmediata o lejana con el coito"<sup>5</sup>.

En relación con los factores dependientes de la mujer/pareja se encuentran:

- **Edad y paridad:** es importante preguntar y conocer los embarazos previos y el deseo de embarazos siguientes.
- **Actividad sexual:** es esencial conocer la frecuencia sexual de la usuaria; esto es, a mayor frecuencia, mayor es la probabilidad de que el método falle en algún momento, y además también será trascendental el número de compañeros sexuales, con el fin de prevenir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y en cuyo caso se recomendará el uso de un doble método, siendo uno de ellos el preservativo.
- **Percepción individual de riesgos:** ofrecer disponibilidad de tiempo y espacio para solventar dudas y hacer saber los posibles efectos adversos y beneficiosos de cada método, desmitificando y aclarando información difusa y falsa con respecto al método a utilizar.
- **Hábitos tóxicos:** el abuso de alcohol y drogas requerirán métodos independientes del control de la usuaria, así como métodos de barrera para prevenir infecciones de transmisión sexual.
- **Grado de aceptación:** la aceptación o el rechazo de un método dependerá en gran medida de las experiencias

previas, las capacidades personales y de las limitaciones culturales y religiosas de la mujer. A ello se le suma la motivación que la pareja tenga y el correcto consejo contraceptivo por parte de los profesionales sanitarios<sup>5</sup>.

En definitiva, las características que un método debe de tener para evitar la concepción y que además tenga un alto grado de aceptación por las parejas son:

- La presencia de una alta seguridad y tranquilidad.
- No ser nocivo para la salud.
- Admitido por la pareja.
- Sencilla aplicación.
- Asequible de llevar a cabo. (Sin dificultades, ni por escasez, ni por el precio, ni por ignorancia del proveedor).
- Mecanismo de acción conocido<sup>6</sup>.

Somos conscientes de que aún prevalece en la opinión pública, "incluso entre los profesionales de la medicina, algunas ideas erróneas muy arraigadas sobre los métodos naturales", algunas de las que se han detectado en el trabajo:

- Los métodos naturales son ineficaces.
- Los métodos naturales no los demanda la población.
- La continencia periódica es muy antinatural.
- La idea de que estos procedimientos son exclusivos para personas cultas muy motivadas, especialmente por razones religiosas<sup>7</sup>.

Sin embargo, estos son cuestionamientos particulares que como tal son lícitos, científica y prácticamente pueden ser desmontados.

La OMS define la planificación familiar natural como la basada en el autodiagnóstico de los días fértiles e infértiles del ciclo y en la abstinencia periódica de relaciones sexuales que buscan posponer el embarazo o aprovechar el conocimiento de los momentos más fértiles para conseguirlo<sup>8</sup>.

Para entender todos estos métodos con mucha más profundidad es importante conocer la fisiología del ciclo menstrual, pues este método se sustenta en estas bases fisiológicas:

- El ciclo menstrual engloba un complejo proceso por el cual maduran los gametos femeninos, los llamados ovocitos, y a partir de aquí se produce una serie de cambios encaminados a un posible embarazo, es decir, el óvulo se libera y el endometrio se prepara para la implantación de un posible óvulo fecundado.
- Este ciclo menstrual es fruto de la interacción de diversas hormonas que constituyen el eje hipotálamo-hipófiso-

ovárico (HHO), encargado de la regulación hormonal a lo largo de todo el ciclo, de manera que la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina (GnRH) se secreta induciendo la síntesis y liberación de las gonadotrofinas hipofisarias, hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH), que en concordancia ejercen sobre el ovario la segregación de los esteroides sexuales, estrógenos y progesterona. Comprende desde el primer día de la menstruación hasta el inicio de la siguiente, se considera normal la duración de 21 a 35 días, con un promedio de 28 días<sup>9</sup>.

- El ciclo menstrual consta de cuatro etapas, **fase folicular** (en ciclos de 28 días, ocurre entre los días 1 y 14), conocida también como fase **proliferativa**, aquí, los estrógenos estimulan la proliferación del endometrio preparándolo para la posible implantación del óvulo fecundado. La **fase ovulatoria** (fase más corta del ciclo, tiene lugar el día 14 en ciclos menstruales de 28 días) donde por mecanismo de retroalimentación positiva sobre la LH se produce un aumento de los estrógenos y un mecanismo de retroalimentación negativa sobre la FSH. De este modo, al ocasionarse el pico de LH debido a la acción de los estrógenos, el folículo maduro libera el ovocito hasta las trompas desencadenando la ovulación y posterior creación del cuerpo lúteo. Con la liberación del ovocito, la FSH también logra sus niveles máximos<sup>9,10</sup>.
- Le continúa la **fase lútea o fase secretoria** (en ciclos de 28 días, esta fase ocurre entre los días 15 y 28, es decir, 14 días antes de la menstruación), donde los niveles de estrógenos LH y FSH caen radicalmente y prevalecen los niveles de progesterona, segregada por el cuerpo lúteo y que induce la transformación glandular del endometrio con la finalidad de preparar el útero para la implantación en caso de que el óvulo sea fecundado. Por el contrario, si no tuviese lugar la implantación de dicho óvulo el cuerpo lúteo se degenera a cuerpo albicans a la vez que también disminuyen los niveles hormonales y como consecuencia de todo ello el endometrio sufre alteraciones que llevan a su desprendimiento y, por tanto, a la **menstruación**<sup>9,10</sup>.

Los métodos anticonceptivos naturales, también llamados de autoobservación, se clasifican en: **métodos basados en el calendario** (método de días fijos y el método del ritmo del calendario), que conllevan tener la cuenta de los días del ciclo menstrual con el fin de determinar el inicio y fin del periodo fértil<sup>11,12</sup>.

Los **métodos basados en síntomas** son aquellos que se apoyan en la observación de los signos de fertilidad (secreciones cervicales y temperatura corporal basal) y en los que se incluye el método de los dos días, método de la temperatura corporal basal (TCB), método Billings y el método sintotérmico<sup>11,12</sup>.

## Métodos basados en el calendario

### *Método del ritmo del calendario (Ogino y Knaus)*

La finalidad de este método es determinar el inicio y el final del periodo fértil de la mujer mediante el seguimiento preciso de la duración de los últimos seis a doce ciclos. Es decir, se tendrá en cuenta tanto el ciclo más corto, como el más largo anotados, además de saber que la viabilidad de los espermatozoides es de aproximadamente de tres a cinco días en moco fértil<sup>12,13</sup>.

Así pues, Ogino y Knaus proponen restar 19 días al ciclo más corto y 11 días al ciclo más largo. El resultado entre ambas restas correspondería al periodo fértil de la mujer; por tanto, la pareja debería utilizar otra alternativa anti-conceptiva o abstenerse de mantener relaciones sexuales durante los días fértiles<sup>12,13</sup>. No obstante, para la plena y segura utilización de este método es imprescindible que la mujer actualice los cálculos cada mes, basándose siempre en los ciclos más recientes<sup>12</sup>.

### *Método de los días fijos*

Este método asume que durante el ciclo menstrual hay un periodo de 12 días de fertilidad, desde el día 8 hasta el 19, y que la duración total del ciclo es de 26 a 32 días; por tanto, aquellas mujeres que poseen ciclos que no se ajustan a estos rangos, es decir, de superior o inferior duración de estos ciclos, el método de los días fijos tendrá una menor eficacia y convendría cambiar de método<sup>12</sup>.

## Métodos basados en los síntomas

### *Método del moco cervical o método Billings*

Este método tiene en cuenta la observación e interpretación de las secreciones vaginales que se producen en el cérvix consecuencia del aumento de los niveles de estrógenos durante la fase preovulatoria. Así pues, para hacer uso de este método, la mujer observará y anotará diariamente los cambios de aspecto que se producen en estas secreciones, así como la sensación de presencia o no de humedad que perciben en la vagina y la vulva.

Para identificar el moco cervical se recomienda la nomenclatura de la OMS, que distingue entre el moco poco fértil (sensación: humedad; aspecto: pastoso, amarillento, blanco, pegajoso) y el muy fértil (sensación: resbaladiza, lubricante, mojada; aspecto: elástico, transparente).

La pareja ha de tener en cuenta que durante los días de menstruación abundante se debe evitar mantener relaciones sexuales por si tuviera lugar la ovulación de manera temprana, el sangrado dificultaría la interpretación del moco cervical. Podrá iniciar las relaciones sin protección entre el final de la menstruación y el inicio de las secreciones, pero deberá abstenerse de tener coito dos días seguidos debido

a que la secreción de semen podría ocultar la presencia de moco cervical.

Si la mujer nota algún tipo de secreción con características de moco fértil, deberá considerarse fértil (los espermatozoides viven de tres a cinco días en este moco) y abstenerse de mantener relaciones coitales o usar otros métodos.

El día pico del moco es el último día de moco fértil, es decir, con sensación resbaladiza, lubricante, mojada; aspecto elástico, transparente; por tanto, transcurridos cuatro días, cuando observe que las secreciones son pegajosas y secas o que no existan secreciones, podrá reanudar las relaciones sexuales sin protección hasta el inicio de la siguiente menstruación<sup>12,13</sup>.

### *Método de los dos días*

Al igual que el método Billings, se basa en la presencia o la ausencia de secreciones cervicales para determinar el periodo fértil, en este método, la diferencia está en que no es necesario la observación de sus características. Diariamente la mujer explora de manera indirecta su presencia en la ropa interior o papel higiénico o a través de la sensación que le produce en la vagina. En el momento que note secreciones, ha de considerarse fértil y por tanto deberá evitar mantener relaciones sexuales o utilizar otro método anticonceptivo durante cada día con secreciones y durante cada día posterior a un día con secreciones. Así pues, se podrán mantener relaciones sin protección de nuevo cuando la mujer haya tenido dos días consecutivos sin secreciones<sup>12</sup>.

### *Método de la temperatura corporal basal (TCB)*

Producida la ovulación, el folículo de Graaf transformado en cuerpo amarillo o lúteo segrega la progesterona, que es la que produce el incremento de 0,2 a 0,5 °C de la temperatura basal. Este aumento de la temperatura se produce entre las 24-48 h posteriores a la ovulación; no obstante, la infertilidad empieza cuando hay tres días de temperaturas altas consecutivas, por lo que se considera el inicio de la fase infértil a partir del 4º día después del aumento de la temperatura hasta el primer día de la siguiente menstruación<sup>9</sup>.

La mujer debe tomar su temperatura basal a partir del 5º día del inicio del ciclo, después de levantarse y en ayunas. Se recomienda medir la temperatura siempre a la misma hora y por vía rectal o vaginal durante tres minutos y sublingual durante cinco minutos, descartando la vía axilar ya que no es precisa<sup>9,10,13</sup>.

Por tanto, la pareja debe abstenerse de tener relaciones con penetración o emplear otro método de anticoncepción desde el primer día de la menstruación hasta que la temperatura corporal basal se haya elevado durante tres días consecutivos.

Es decir, podrá mantener relaciones sin protección a partir de 4º día del aumento de la temperatura<sup>13</sup>.

En 1982, la OMS incorporó la línea básica para la enseñanza de dicho método, la cual registra de forma gráfica la temperatura. Esta línea se sitúa por encima de todas las temperaturas basales más bajas registradas, se necesita un mínimo de seis temperaturas bajas. A partir de aquí, un incremento de la temperatura por encima de dicha línea durante tres días consecutivos indicará que la mujer se encuentra en su periodo infértil<sup>12</sup>.

#### *Método sintotérmico o basado en diferentes síntomas*

Para llevar a cabo este método y determinar el periodo fértil e infértil durante el ciclo menstrual se consideran diversas condiciones y síntomas. Françoise Soler, introductora del método sintotérmico en España, expone que las condiciones han de tener en cuenta para su correcto uso son la duración del ciclo, la secreción cervical, la TCB, acompañado de la autopalpación cervical, el dolor intermenstrual, la tensión mamaria premenstrual entre otros.

Para conocer la fase infértil preovulatoria:

- Se busca el último día infértil teniendo en cuenta la duración de los ciclos previos. Al ciclo más corto registrado durante los últimos seis meses se le resta 21 y si es un año, se le resta 20 (se apoya en el cálculo del método de Ogino, aquel señala el inicio de la fase fértil y este indica la víspera como fin de la fase relativamente infértil).
- En cuanto a la temperatura corporal basal, si se dispone de los gráficos de 12 meses, al primer día de temperatura alta más precoz, se le resta ocho (se fundamenta en que la ovulación se suele producir entre 24-48 h antes de la subida de la temperatura unido a que la vida máxima de los espermatozoides es de cinco días).
- En relación al moco cervical, serán los días secos de moco del ciclo.
- Si los parámetros del cálculo y del moco no coinciden se tendrá en cuenta el más precoz; por ejemplo, si el moco aparece antes del día del cálculo considerado como infértil se optará por el parámetro del moco<sup>13</sup>.

Para conocer el inicio del periodo infértil de la fase posovulatoria:

- Con respecto a la temperatura corporal basal, el inicio será al tercer día del aumento de la temperatura.
- Referente al moco cervical, será el tercer día posterior al día pico de moco.

Si ambos parámetros no coinciden se elegirá siempre al más tardío<sup>13</sup>.

#### **Método de la lactancia materna por amenorrea (MELA)**

Este método de amenorrea consecutiva a la lactancia materna natural es utilizado desde la antigüedad y es ampliamente llevado a cabo en la actualidad en los países subdesarrollados, posibilitando así la limitación del crecimiento de la población.

Mediante el mismo, el incremento de los niveles de prolactina producidos durante en el embarazo y sostenidos mediante la lactancia materna intervienen produciendo amenorrea continua y anovulación a través del eje hipotálamo-hipofisario.

No obstante, este método de amenorrea por lactancia es posible si:

- No ha tenido lugar la aparición nuevamente de la menstruación.
- El bebé es exclusivamente amamantado, es decir, la lactancia materna es fuente única de alimentación sin alternancia con otro tipo de alimento o bebida (alimentación mixta).
- La lactancia materna es llevada a cabo al menos cada cuatro horas durante el día y cada seis horas durante la noche.
- El bebé tiene menos de seis meses de edad<sup>14</sup>.

La eficacia de este método depende de la mujer, de este modo, en los casos en los que se ha llevado a cabo estas condiciones, el 70% de las mujeres permanece con amenorrea consecutiva en los primeros seis meses y un 37% durante el primer año. Así pues, la eficacia anticonceptiva cuando se utiliza la lactancia materna de manera exclusiva es del 98% en los primeros seis meses posparto; no obstante, pasado este tiempo se recomienda el uso conjunto de otro método anticonceptivo. En el caso de que la lactancia se llevase a cabo de manera parcial debe utilizarse otro método anticonceptivo pasada la tercera semana posparto<sup>15</sup>.

La enfermería especializada en Obstetricia y Ginecología (matrona) desempeña un papel fundamental a la hora de llevar a cabo una adecuada PFN; es por ello, que conociendo los diferentes métodos anticonceptivos naturales, así como sus ventajas e inconvenientes, puede ofrecer una información objetiva y completa que facilitará la toma de decisiones de la mujer.

Del mismo modo, es esencial enseñar y asesorar en el conocimiento de la fertilidad y salud reproductiva y sexual de la mujer, de forma que esto permita una correcta observación de los signos y síntomas que se presentan a lo largo de las fases fértiles e infértiles del ciclo y así se obtendrá una planificación familiar adecuada, abordada a través del enfoque holístico que dicha PFN precisa.

En la Imagen 1 se recoge una comparación de la eficacia de los métodos anticonceptivos.

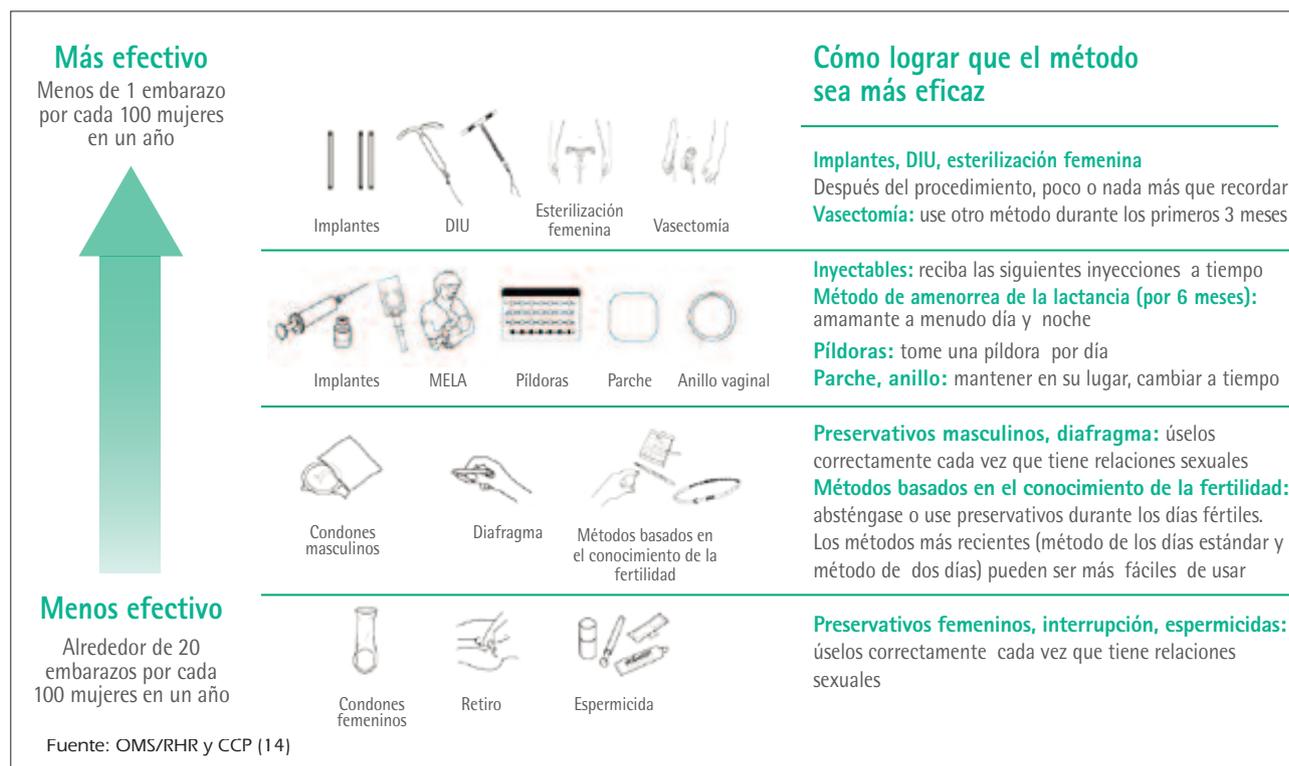


Imagen 1. Comparación de la eficacia de los métodos anticonceptivos. 2022<sup>15</sup>

## Objetivos

**Objetivo general:** conocer los diferentes métodos anticonceptivos de planificación familiar natural para poder asesorar a las mujeres sobre este tema.

### Objetivos específicos:

- Comprobar el grado de aceptación y utilización de los métodos de planificación familiar natural.
- Exponer las bases del método de lactancia por amenorrea y su eficacia.
- Reafirmar el papel de la enfermería especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona) en el asesoramiento y consejo de estos métodos.

## Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, utilizando el tesoro DeCS (Descriptor de Ciencias de la Salud), se obtuvieron las **palabras clave:** "Planificación Familiar Natural", "Ciclo menstrual", "Lactancia materna", "MELA", "Asesoramiento contraceptivo" y "Métodos anticonceptivos", y del tesoro MeSH los sinónimos "Contraception", "Breastfeeding" y "LAM". Fueron utilizados de manera combinada mediante el operador booleano "AND". Se utilizaron las bases de datos Scielo, Web of Science, Cuiden y Pubmed. Esta revisión se efectuó entre diciembre de 2020 y mayo de 2021.

En el momento que se decide publicar, y ya fuera de la revisión bibliográfica efectuada como base del trabajo, se incluyen notas del último Manual de la OMS (2022) que referendaban la presente investigación. Se han utilizado algunos otros textos para referenciar ciertas generalidades.

Se emplearon las siguientes ecuaciones de búsqueda ("Planificación Familiar Natural" AND "Métodos anticonceptivos") y ("Ciclo Menstrual" AND "Lactancia Materna") y en inglés ("Natural Family Planning" AND "contraceptive methods") AND ("Menstrual Cycle" AND "Breastfeeding").

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Artículos a texto completo.
- Periodo transcurrido desde su publicación menor a diez años.
- Artículos publicados en inglés, francés o castellano.
- Temática adecuada a los objetivos de la búsqueda.
- Objeto de estudio: ser humano.
- Artículos originales.

Los trabajos que no cumplieran estos criterios fueron excluidos del estudio.

La secuencia para seleccionar los artículos es la que se muestra en el siguiente **diagrama de flujo (Figura 1):**

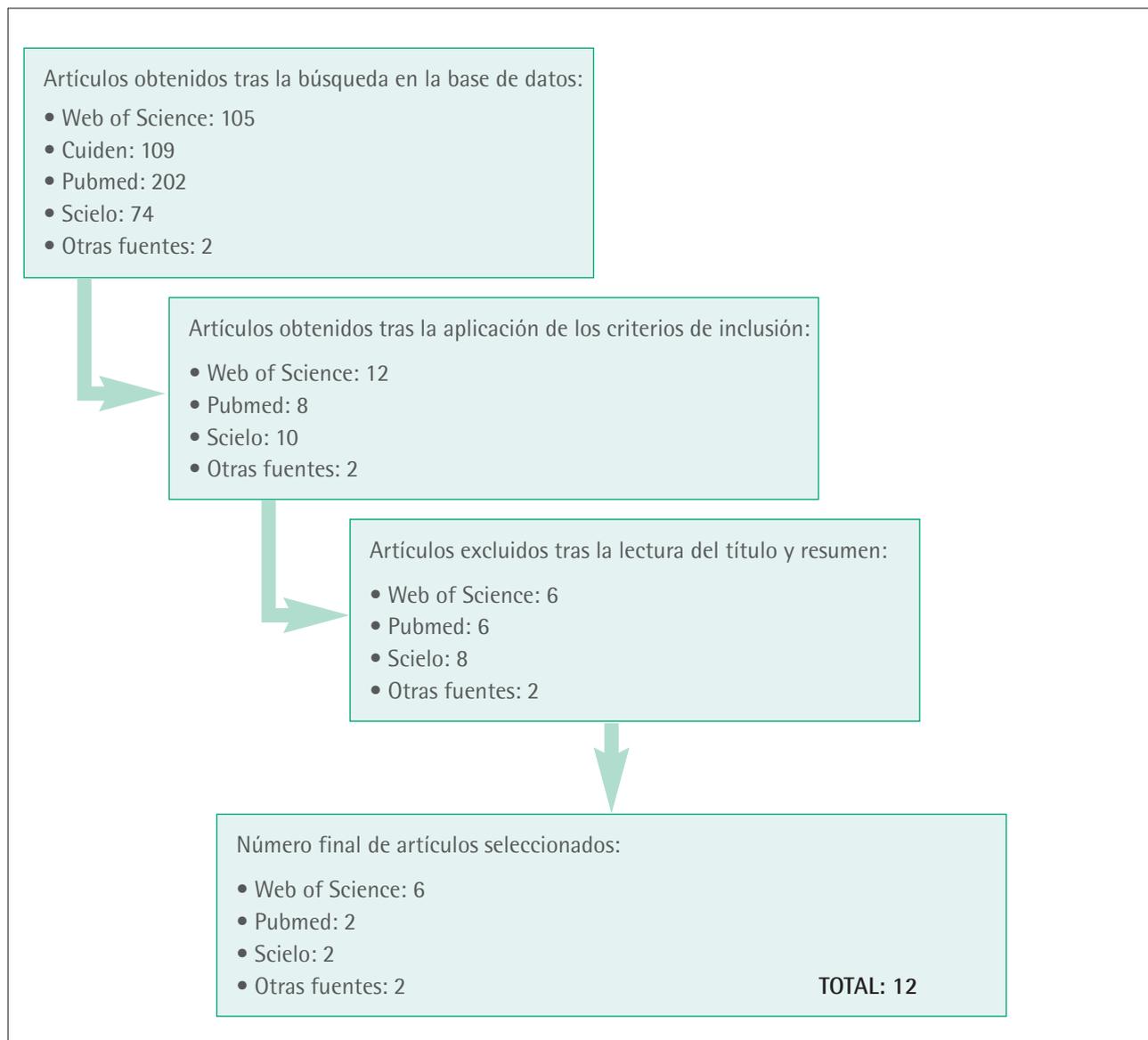


Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda

## Resultados y discusión

Los resultados obtenidos de este trabajo de investigación se recogen en la Tabla 1.

Dando respuesta al grado de aceptación y utilización de los métodos de planificación familiar natural, Françoise Soler<sup>13</sup>, introductora del método sintotérmico en España, y Mpunga Mukendi et al.<sup>16</sup> refieren que estos demuestran una efectividad semejante a la de los métodos artificiales más efectivos, pero que para la consecución de una alta eficacia requiere la correcta observación de signos y síntomas de los periodos fértiles e infértiles del ciclo menstrual de la mujer.

Además, Soler<sup>13</sup> indica como necesario un conocimiento de la fertilidad desde la edad escolar, así como una correcta

formación de los profesionales sanitarios para la posterior instrucción y asesoramiento de los diferentes métodos naturales que permitan a la pareja elegir la alternativa que más se adecue a su situación, una vez conocidas y comprobadas las ventajas y desventajas. Todo esto hará que el grado de aceptación y de utilización de dichos métodos se incrementen.

Sin embargo, autores como Aznar y Tudela<sup>17</sup> refieren que el método de Ogino-Knaus como único método anticonceptivo no se usa debido a que este únicamente se basa en cálculos estadísticos de ciclos pasados y no en la observación de signos y síntomas a lo largo del ciclo menstrual, por ello se utiliza junto a otros métodos como el método de la temperatura y el sintotérmico.

Tabla 1. Artículos seleccionados

Título del artículo	Autores y año	Tipo de estudio muestra	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
Asesoramiento y educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II)	Soler F Acodiplan 2005	Revisión	Presentar los diferentes métodos anticonceptivos naturales	Eficacia del método sintotérmico similar a la de los métodos anticonceptivos hormonales. Necesaria incorporación del conocimiento de la fertilidad desde el periodo escolar. Asesoramiento correcto, para la libre y valorada elección del método anticonceptivo mejor adaptado para la pareja
<i>Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants en matière de contraception: résultats d'une étude qualitative réalisée en République Démocratique du Congo</i>	Mpunga Mukendi D, Chenge Mukalenge, F, Mala Ali M, Mambu Nyangi Mondo T, Wembodinga Utshudienyema G 2020	Estudio cualitativo	Conocer prácticas y nivel de conocimientos de anticoncepción en adolescentes y docentes	Escaso conocimiento y formación a cerca de la práctica de una buena planificación familiar tanto de docentes y adolescentes, lo que conlleva a errar y a prácticas ineficaces. Por ello se opta por la puesta en marcha en primer lugar de un programa de formación de profesores para que en segundo lugar esto permita la posterior información a los adolescentes
<i>The use of NFP when pregnancy is contraindicated?</i>	Aznar J, Tudela J 2020	Revisión de la literatura	Ampliar el uso de periodos infértiles para llevar a cabo una planificación familiar natural moderna	Se ha llegado a la conclusión de que existen ciertas limitaciones a la hora de llevar a cabo una correcta planificación familiar natural, pero que presenta una alta eficacia su utilización sobre todo cuando se mantienen relaciones sexuales posterior a la ovulación
<i>Anthropological and Methodical Differences of Natural Family Planning and Fertility Awareness-based Methods</i>	Obeleniene B, Narbekovas A, Juskevicius J. 2019	Estudio descriptivo	Conocer y diferenciar entre FAMB (métodos basados en el conocimiento de la fertilidad) y PFN (planificación familiar natural)	Mediante un análisis comparativo, determina que PFN no es sinónimo ni de FAMB ni de ninguno de los métodos de este grupo La PFN no combina otros métodos, sino que mantiene la abstinencia sexual durante la fase fértil, mientras que los métodos FAMB se combinan con anticonceptivos de barrera activos durante la fase fértil del ciclo menstrual si la mujer desea posponer el embarazo
<i>Sex education in Poland – a cross-sectional study evaluating over twenty thousand polish women's knowledge of reproductive health</i>	Warzecha D et al. 2019	Estudio transversal	Explorar el conocimiento de mujeres polacas sobre las bases fisiológicas del ciclo menstrual, los métodos	El 62,2% de las mujeres respondió correctamente cinco de siete preguntas relacionadas con la fisiología del ciclo menstrual y poseían estudios superiores, más frecuentes citas ginecológicas y vivir en una ciudad más grande

Tabla 1. Artículos seleccionados (continuación)

Título del artículo	Autores y año	Tipo de estudio muestra	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
<i>issues and contraceptive methods</i>			anticonceptivos, la infertilidad y la prevención del cáncer de cuello uterino	La efectividad de la planificación familiar natural fue enfatizada más a menudo por aquellas que nunca habían usado anticonceptivos Las mujeres con mayor nivel educativo habían usado con mayor frecuencia algún método anticonceptivo, recomendaron métodos de planificación familiar natural a sus pares y asistieron regularmente a citas ginecológicas
<i>Use of non-medical contraceptive methods: a survey of women in western Sweden</i>	Nilsson A, Ahlborg T, Bernhardsson S 2018	Estudio transversal	Describir el uso informado por las mujeres de métodos anticonceptivos no médicos Explorar las razones y la satisfacción con la elección de los métodos anticonceptivos y examinar el conocimiento de la fertilidad de las mujeres	El 67% de las mujeres detalló haber utilizado de manera combinada el preservativo, el retiro y el método de calendario, mientras que un 23% de las mismas utilizaron únicamente el preservativo. El 11% percibe el método Billings, diafragma y monitor de la fertilidad como altamente satisfactorios El conocimiento de la fertilidad fue generalmente pobre
<i>Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines</i>	Hassoun D 2018	Revisión sistemática	Amplificar recomendaciones de práctica clínica para métodos anticonceptivos naturales y métodos barrera	Baja prevalencia a la hora de optar por un método anticonceptivo de planificación familiar natural que se mantenga durante un periodo largo de tiempo, dado a que en la práctica estos métodos son considerados más restrictivos y menos efectivos que los métodos anticonceptivos modernos
<i>Randomized comparison of two Internet-supported fertility-awareness-based methods of family planning</i>	Fehring RJ, Schneider M, Raviele K, Rodríguez D, Pruszynski J 2012	Ensayo controlado aleatorio	Comparar la eficacia y la aceptabilidad de dos métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad apoyados en internet	Se asignaron al azar a un grupo de monitor electrónico de fertilidad hormonal (EHFM) y un grupo de monitoreo de moco cervical (CMM) En comparación con el CMM, el método EHFM de planificación familiar fue más efectivo. Todos los usuarios tuvieron un aumento en la aceptabilidad con el tiempo
<i>Comparison of Abstinence and Coital Frequency Between 2</i>	Fehring RJ Schneider M 2014	Estudio descriptivo prospectivo	Análisis y comparación entre dos métodos de PFN en relación a la duración	Después de 12 meses de uso, el grupo de monitor electrónico de fertilidad hormonal (EHFM) tuvo estadísticamente

Tabla 1. Artículos seleccionados (continuación)

Título del artículo	Autores y año	Tipo de estudio muestra	Objetivos	Principales resultados y conclusiones
<i>Natural Methods of Family Planning</i>			de abstinencia sexual necesaria y la frecuencia de coito	menos días de fertilidad estimada que el grupo de monitoreo de moco cervical (CMM) El uso de la EHFMM parece proporcionar más objetividad y confianza en la autoestima de la ventana fértil y el uso de días no fértiles para el coito cuando se desea evitar el embarazo
<i>Use of contraceptive method prior to pregnancy, counseling and subsequent preference in postpartum women at Hospital de Clínicas</i>	Feldman F, Pires A, Nogueira V, Díaz E, Goncales C, Rey G 2019	Estudio observacional descriptivo transversal	Estimar la utilización de anticonceptivos previos al embarazo, el asesoramiento durante el puerperio y la anticoncepción siguiente	Bajo nivel educativo de las mujeres, en las cuales, más de una tercera parte no empleaba método anticonceptivo y, por consiguiente, se daba un alto porcentaje de embarazos no planificados Durante el puerperio la gran mayoría refiere haber sido asesorada en planificación familiar y los métodos elegidos fueron (implante subdérmico y dispositivo intrauterino) por su facilidad de uso y eficacia
Crterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones	Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D 2010	Revisión de guías clínicas	Mostrar los diferentes criterios de elegibilidad	El profesional debe informar de manera objetiva, completa y actualizada los diferentes métodos disponibles, así como de las ventajas y desventajas con la finalidad de ofrecer libertad de decisión y elección
Planificación familiar: Un manual para proveedores	Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Organización Mundial de la Salud 2011	Manual	Exponer los diferentes métodos anticonceptivos	Indicar recomendaciones de los diferentes métodos y describir cómo realizar un asesoramiento contraceptivo y diferentes preguntas que pueden surgir a la hora de llevar a cabo una planificación familiar entre otros temas

Destacar que es la observación del moco cervical lo que sustenta la base de la mayoría de métodos de PFN<sup>17</sup>, que junto con la abstinencia sexual durante el periodo fértil es lo que marca la diferencia con respecto a otros métodos, es decir, para llevar a cabo de manera correcta la PFN es imprescindible el conocimiento de la fertilidad y el control

de las relaciones sexuales durante la fase fértil, es por ello por lo que los métodos de PFN no se suelen combinar con ningún otro método anticonceptivo<sup>18</sup>.

La eficacia de los métodos naturales para regular la fertilidad humana se basa en el "uso perfecto", es decir aquellas parejas que practican la abstinencia sexual completa o "uso imper-

fecto", a las que deciden no cumplir esta proposición. Por ello, la consecución de la eficacia de dichos métodos se consigue cuando la pareja tiene relaciones únicamente en la fase posovulatoria<sup>17</sup>.

Así mismo, otros investigadores<sup>19</sup> evidenciaron que las mujeres con un nivel educativo superior habían llevado a cabo con regularidad algún método natural de planificación familiar, además de haber asistido a consultas ginecológicas, en comparación con mujeres de estudios inferiores. Del mismo modo, la eficacia de una correcta planificación familiar fue llevada a cabo con más regularidad por mujeres que nunca habían empleado anticonceptivos. De ahí que se concluyera que se debe mejorar la educación en cuanto al conocimiento de la salud reproductiva y fértil de la mujer, porque el conocimiento general acerca de la fertilidad es escaso y por ello el papel de los profesionales para ofrecer el mejor asesoramiento es clave para que las mujeres decidan el método más efectivo y mejor adaptado a cada una de ellas. La mayoría de mujeres que prefiere la utilización de métodos naturales se debe a la ausencia de efectos adversos, a su eficacia y a su utilización simple<sup>20</sup>.

En cambio, otros autores observaron una baja prevalencia por la elección de métodos de planificación familiar natural, debido a insatisfacción e inseguridad. Es finalmente la menor efectividad del método lo que conlleva al abandono y a no optar de nuevo por un método de planificación familiar natural, por ello los métodos anticonceptivos hormonales/químicos son los más elegidos por las mujeres en la mayoría de casos, pues son considerados eficaces y seguros y es justo esto lo que la usuaria desea, confianza a la hora de querer evitar un embarazo<sup>21</sup>.

Fehring et al.<sup>22,23</sup> compararon la eficacia y aceptabilidad de los métodos de planificación familiar con un monitor electrónico de fertilidad hormonal (EHFM) frente al monitoreo del moco cervical (CMM) y en ambos estudios obtuvieron que el método EHFM fue más efectivo y aunque tuvo menos días de fertilidad estimada que el del moco cervical, las usuarias se decantaron por el (EHFM) porque lo consideraban más objetivo y les proporcionaba más confianza.

Además, cabe destacar que Feldman et al.<sup>24</sup> refirieron que la mayoría de los embarazos no son planificados y que en torno a un tercio de las parejas no emplean ningún método anticonceptivo a pesar de que en algunos casos exista riesgo para la madre y para el bebé; sumado a todo ello, el no haber recibido previamente algún asesoramiento por parte de algún profesional. No obstante, es preciso subrayar que a lo largo del puerperio ya si estaba presente el asesoramiento profesional en consulta.

Por otro lado, Hassoun<sup>21</sup> concluyó que el método de amenorrea por lactancia materna es efectivo en un 98%, siempre y cuando se lleven a cabo las condiciones mencionadas anteriormente.

De este modo, es preciso reafirmar el gran papel que juegan los profesionales de la salud, en concreto las enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (matrona), cuando brindan un buen asesoramiento contraceptivo, pues una correcta práctica clínica redundará en una planificación familiar natural adaptada a las necesidades de las usuarias/os que la deseen.

La OMS, en el documento de "Planificación familiar: un manual mundial para proveedores", establece una serie de consejos para que el asesoramiento contraceptivo sea un éxito:

- Respetar a las usuarias y ayudarlas a sentirse cómodas.
- Animar a las mujeres a transmitir sus necesidades y preocupaciones y a realizar las preguntas que les proporcionen respuesta a sus dudas.
- Prestar atención a las necesidades expuestas.
- Dejar que los deseos y las necesidades de la mujer dirijan la conversación.
- Emplear la escucha activa.
- Dar la información correcta, con un lenguaje comprensible.
- Respetar y apoyar las decisiones informadas de la paciente.
- Describir los posibles efectos secundarios, y de haberlos, resolver las preocupaciones de la mujer.
- Comprobar que la paciente ha comprendido todo lo relacionado con el uso del método.
- Animar a las mujeres a venir a la consulta cada vez que lo necesiten<sup>12</sup>.

### Limitaciones del estudio

Esta revisión bibliográfica ha tenido como limitación la dificultad de encontrar información adecuada y completa sobre el Método de Lactancia Materna y Amenorrea porque, aunque se trata de un método aceptado por todas las culturas, hay pocos estudios publicados en bases de datos científicas y los encontrados han sido insuficientes y no estaban actualizados. La información en cuanto al grado de aceptación y experiencia previa ha sido bastante escasa.

### Implicaciones para la práctica clínica

Es importante la formación continuada de los diferentes métodos anticonceptivos de PNF en la práctica clínica por parte de todos los profesionales de salud, en particular las matronas que están siempre cercanas a las mujeres, con el fin de que todas ellas puedan disfrutar y conocer en profundidad este tipo de métodos. Esto llevaría a una adecuada toma de decisiones y correcta práctica de la planificación familiar natural, tanto para aquellas mujeres que su estado

de salud y sus valores sociales y culturales no le permitan el uso de métodos hormonales, reversibles y definitivos, como para aquellas que así lo deseen.

## Conclusiones

Los métodos de planificación familiar natural fueron ampliamente aceptados por aquellas mujeres que no disponían de la oportunidad de disfrutar de otro método hormonal o químico o que sus valores sociales y culturales no les permitía hacerlo. Estos métodos no son utilizados con tanta frecuencia como los hormonales, los reversibles y los definitivos, debido a que la mayoría de veces este tipo de anticoncepción es vista por las parejas como un "problema", debido al escaso o nulo conocimiento sobre la misma.

El método de la lactancia amenorrea se basa en que los niveles de prolactina en sangre producen anovulación. Presenta un 98% de eficacia siempre que se cumplan los criterios establecidos.

Por tanto, el papel de la enfermería especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona) es imprescindible por su conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos naturales, para así poder ofrecer una información objetiva y segura, basada en la evidencia existente, pues esto permite ofrecer un eficaz y eficiente asesoramiento contraceptivo y además aumentar el nivel de autoconocimiento de la mujer.

Se necesitan más estudios que investiguen sobre la eficacia y las ventajas sobre la salud sexual y reproductiva de estos métodos anticonceptivos naturales.

## Bibliografía

- Sociedad Española de Contracepción (SEC). Encuesta nacional de anticoncepción en España [internet]. Madrid: SEC; 2020 [citado 3 nov 2022]. Disponible en: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-de-anticoncepcion-2020/>
- World Health Organization (WHO). Informe de un comité de expertos de la OMS. Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud [internet]. Ginebra: WHO; 1975 [citado 3 nov 2022]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40806/WHO\\_TRS\\_569\\_spa.pdf;jsessionid=4708C29A1C5F528835C1FB52817C3227?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40806/WHO_TRS_569_spa.pdf;jsessionid=4708C29A1C5F528835C1FB52817C3227?sequence=1)
- Valero P, Rausell D, Pacheco C, García J. Planificación familiar: información general y seguimiento de anticonceptivos orales. Guía de Actuación Clínica en A. P. Organización Mundial la Salud [internet] 2012; 1-31 [citado 3 nov 2022]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap029planfam.pdf>
- Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. [Family planning as a basic tool for development]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [internet]. 2013 [citado 3 nov 2022]; 30(3):465-70. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>
- Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D. Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones. Rev Clin Med Fam [internet]. 2010 [citado 3 nov 2022]; 3(3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n3/revision.pdf>
- Acodiplan. La efectividad del método sintotérmico. Evaluación de los métodos anticonceptivos. Fundació.Cat [internet]. [citado 3 nov 2022]. Disponible en: <https://acodiplan.cat/es/>
- Fernández-Crehuet J, Gómez-Gracia E. Planificación Familiar Natural. Anuario Filosófico [internet] 1994 [citado 3 nov 2022]; (27):139-61 Disponible: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/3351/1/1.%20PLANIFICACI%C3%93N%20FAMILIAR%20NATURAL%20JOAQU%C3%8DN%20FERN%C3%81NDEZ-CREHUET%2C%20ENRIQUE%20G%C3%93MEZ-GRACIA.pdf>
- Haghenbeck-Altamirano FJ. Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. Ginecol Obstet Mex [internet] 2012 [citado 3 nov 2022]; 80(4):276-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2012/gom124f.pdf>
- Escobar ME, Pipman V, Arcari A, Boulgourdjian E, Keselman A, Pasqualini T, et al. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. Arch Argent Pediatr. [internet] 2010 [citado 3 nov 2022]; 108(4):363. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n4a17.pdf>
- Ocampo Rebollos A. Cambios emocionales relacionados con cambios hormonales durante el ciclo menstrual de la mujer. E-espacio [internet] 2017 [citado 3 nov 2022]. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Aocampo/OCAMPO\\_REBOLLAR\\_Ana\\_Tesis.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Aocampo/OCAMPO_REBOLLAR_Ana_Tesis.pdf)
- Cler, "L'utilisation des MAO (méthodes d'auto-observaüon)", fascículo 2, Amour et Famule, Dialogue d'amour etfécondité, [internet] 1986 [citado 3 nov 2022] (157-15). Disponible en: <http://www.soz-etc.com/med/naturmed/cos/ESP/01med-natural/semana12-planificacion-familiar-sumario.html>
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: un manual para proveedores. [internet]. 2011 [citado 3 nov 2022] p. 388. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304\\_spa.pdf;jsessionid=767D0A792EEC56B1EE9059ECDAB5C53C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf;jsessionid=767D0A792EEC56B1EE9059ECDAB5C53C?sequence=1)
- Soler F. Acodiplan. Asesoramiento/ Educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II). Matronas Profesión [internet] 2005 [citado 3 nov 2022]; 6(3):5-13. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/vol6n3pag5-13.pdf>
- American College of Nurse-Midwives. La lactancia Materna y la Planificación Familiar. Journal of Midwifwry and Women's Health. [internet] 2014 [citado 3 nov 2022]; 59(2). Disponible

- en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jmwh.12093?src=getftr>
15. Organización Mundial de la Salud. Kit de adaptación digital para planificación familiar: requisitos operativos para implementar las recomendaciones de la OMS en los sistemas digitales. OMS [internet] 2022 [citado 3 nov 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353330>
  16. Mpunga Mukendi D, Chenge Mukalenge F, Mala Ali M, Mambu Nyangi Mondo T, Wembodinga Utshudienyema G. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants en matière de contraception: résultats d'une étude qualitative réalisée en République Démocratique du Congo. [internet] 2021 [citado 3 nov 2022]; 38(121). Disponible en: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/38/121/pdf/121.pdf>
  17. Aznar J, Tudela J. The use of NFP when pregnancy is contraindicated? The Linacre Quarterly. [internet] 2020 [citado 3 nov 2022]; 87(2):171-81. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0024363920902631>
  18. Obeleniene B, Narbekovas A, Juskevicius J. Anthropological and Methodical Differences of Natural Family Planning and Fertility Awareness-based Methods. The Linacre Quarterly [internet] 2021 [citado 3 nov 2022]; 88(1):14-23. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0024363919886517>
  19. Warzecha D, Szymusik I, Pietrzak B, Konsinska-Kacczynska K, Sierdzinski J, Sochacki-Wojcicka N, et al. Sex education in Poland – a cross-sectional study evaluating over twenty thousand polish women's knowledge of reproductive health issues and contraceptive methods. BMC Public Health [internet] 2019 [citado 3 nov 2022]; 19:689. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-019-7046-0.pdf>
  20. Nilsson A, Ahlborg T, Bernhardsson S. Use of non-medical contraceptive methods: a survey of women in western Sweden. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care [internet] 2018 [citado 3 nov 2022]; 23(6):400-6. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2018.1541079>
  21. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 2018; 46(12):873-82. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.002>
  22. Fehring RJ, Schneider M, Raviele K, Rodríguez D, Pruszynski J. Randomized comparison of two Internet-supported fertility-awareness-based methods of family planning. Contraception Journal [internet] 2012 [citado 3 nov 2022]; 88(1):24-30. Disponible en: <https://www.contraceptionjournal.org/action/showPdf?pii=S0010-7824%2812%2900899-2>
  23. Fehring RJ, Schneider M. Comparison of Abstinence and Coital Frequency Between 2 Natural Methods of Family Planning. [internet] 2014 [citado 3 nov 2022]; 59(5):528-32. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12216>
  24. Feldman F, Pires A, Nogueira V, Diaz E, Goncales C, Rey G. Use of contraceptive method prior to pregnancy, counseling and subsequent preference in postpartum women at Hospital de Clínicas. An Facultad Med (Univ Repúb Urug) [internet] 2019 [citado 3 nov 2022]; 8(1). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v8n1/2301-1254-afm-8-01-e201.pdf>



# LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

**Cursos online**

**Amplio catálogo de cursos**

- Cursos Función Asistencial de la enfermera escolar
- Cursos de Prevención y Cuidados en Diabetes para Enfermería ECTS
- Cursos de Recepción y Clasificación en Urgencias
- Cursos de Actuación en Urgencias vitales
- Cursos de Actualización en Vacunas
- Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
- Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
- Curso de RCP



<https://www.auladae.com>



<sup>1</sup> María del Carmen Morales del Pozo

<sup>1</sup> Pablo Moreno Rodríguez

## Experiencias de mujeres gestantes durante la pandemia por COVID-19, sus acompañantes y sus matronas. Una revisión crítica de la literatura

<sup>1</sup> Enfermera/o especialista en Obstetricia y Ginecología (Matronas). Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga (España).

E-mail: mamenmp96@hotmail.com

Fecha de recepción: 27 de septiembre de 2022.

Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2022.

### Cómo citar este artículo:

Morales del Pozo MC, Moreno Rodríguez P. Experiencias de mujeres gestantes durante la pandemia por COVID-19, sus acompañantes y sus matronas. Una revisión crítica de la literatura. *Matronas Hoy* 2022; 10(3):31-6.

### Resumen

**Introducción:** la pandemia por COVID-19 ha generado numerosos cambios en todos los ámbitos de la sociedad. Así mismo, en la atención a las mujeres gestantes ha dado lugar a innumerables consecuencias, especialmente en el plano psicológico y emocional, no solo para ellas, sino también para sus acompañantes y matronas.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio es conocer las experiencias de las mujeres gestantes, sus acompañantes y matronas durante la atención sanitaria modificada debido a la pandemia por COVID-19.

**Método:** se lleva a cabo una revisión crítica de la literatura, incluyendo los artículos publicados desde marzo de 2020 hasta febrero de 2022.

**Resultados y conclusiones:** las mujeres gestantes se sienten desinformadas y abandonadas, refiriendo gran miedo y estrés, entre otros. Por otro lado, los acompañantes de estas se sienten aislados del proceso, con gran estrés e impotencia, dado que se les excluye de las visitas de embarazo y de poder acompañar a sus parejas durante el ingreso hospitalario; y las matronas que atienden a estas mujeres gestantes, sienten miedo ante el posible contagio de ellas mismas o de sus familias, y refieren tristeza e impotencia ante la dificultad para brindar cuidados de calidad debido a los cambios de protocolos, desconocimiento y otras situaciones.

**Palabras clave:** embarazo; COVID-19; experiencias; matrona.

### Abstract

*Experiences of pregnant women, their companions and midwives, during the covid-19 pandemic. a critical review of literature.*

**Introduction:** the COVID-19 pandemic has generated many changes in all areas of society. Likewise, it has resulted in countless consequences in care for pregnant women, particularly in the psychological and emotional levels, not only for them but also for their companions and midwives.

**Objectives:** the objective of this study is to understand the experiences of pregnant women, their companions and midwives, during the healthcare modified due to the COVID-pandemic.

**Method:** a critical review of literature was conducted, including those articles published from March 2020 until February 2022.

**Results and conclusions:** pregnant women felt misinformed and abandoned, and reported great fear and stress among other feelings. On the other hand, their companions felt isolated from the process, with great stress and impotence, because they were excluded from pregnancy consultations and from accompanying their partners during the hospital stay. And the midwives caring for these pregnant women were afraid of any potential contagion for themselves or their families, and referred sadness and powerlessness when faced with difficulties to offer quality care due to changes in protocol, lack of knowledge, and other situations.

**Key words:** pregnant; COVID-19; experiences; midwife.

## Introducción

La COVID-19 es una enfermedad causada por una nueva variante de coronavirus conocida como SARS CoV-2. El virus pertenecía a la familia *Coronaviridae*, causante principalmente de un resfriado común, aunque esta cepa demostró ser mucho más infecciosa que otros virus de la familia<sup>1,2</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo conocimiento de este nuevo virus en diciembre de 2019, cuando se declararon en Wuhan (China) un grupo de casos de una neumonía vírica<sup>1</sup>.

Su alta tasa de infectividad y la falta de tratamiento eficaz dieron lugar a que se extendiese en pocas semanas al resto de China, llegando a traspasar sus fronteras en un corto periodo de tiempo<sup>3,4</sup>. Esto, junto con su elevada mortalidad y morbilidad, obligó a la OMS a declararla como emergencia de salud pública en enero de 2020 y como pandemia el 11 de marzo de 2020<sup>1,5,6</sup>.

El embarazo lleva consigo una serie de cambios fisiológicos en los sistemas inmunológico y respiratorio, dando lugar a que las mujeres gestantes tengan un mayor riesgo de padecer infecciones pulmonares graves, entre ellas la infección por el virus COVID-19<sup>1,7</sup>.

Si al embarazo se le suma además alguna patología, como preeclampsia, enfermedades metabólicas, problemas cardiovasculares crónicos, asma o un índice de masa corporal (IMC) elevado (>30), habría que tener mayor precaución, ya que su contagio durante este puede dar lugar a la aparición de complicaciones como preeclampsia, náuseas y vómitos, parto prematuro, bajo peso al nacer y APGAR bajo debido a la ansiedad y el estrés en las mujeres gestantes<sup>1,8</sup>.

En los países afectados (la mayoría), debido a la alta tasa de contagios, se adoptaron algunas medidas de seguridad para intentar evitar o reducir su transmisión, como el confinamiento, la cuarentena, la higiene adecuada, el distanciamiento social e incluso el cierre de fronteras<sup>5,9,10</sup>.

En los hospitales, al igual que en el resto de lugares, se implantó una serie de medidas para intentar reducir el número de contagios y frenar la incidencia del virus. Estos cambios fueron precipitados e iban cambiando continuamente y de forma rápida según iban saliendo a la luz nuevos avances y estudios sobre la enfermedad. Las áreas de maternidad no podían detenerse, por lo que tuvieron que hacer frente a la pandemia con una continua actualización y adaptación de protocolos para garantizar una adecuada atención obstétrica, ofreciendo además una atención segura al binomio madre-hijo y promoviendo la seguridad de los profesionales de la salud<sup>4,6,11,12</sup>.

Estas medidas fueron principalmente la potenciación de la asistencia virtual frente a la presencial, la imposibilidad de acudir acompañadas a las visitas de embarazo, el cese y la cancelación de muchas actividades presenciales, las altas

prematuros y el aislamiento de las mujeres gestantes positivas, que en algunas ocasiones no se permitía ni siquiera un acompañante con ellas en el proceso de dilatación e incluso el parto<sup>4,6,13,14</sup>.

A todo ello, se suma que las mujeres embarazadas se encontraron más distanciadas también en el ámbito social debido al confinamiento y a las limitaciones en la movilidad, y complicando el acceso a sus redes de apoyo<sup>8</sup>.

Estas modificaciones afectaron a todas las partes implicadas de una forma cercana en el proceso de embarazo, parto y puerperio, y no solo las mujeres gestantes que estaban infectadas por el virus y que recibieron la atención sanitaria oportuna. Los acompañantes, en muchos casos, tuvieron que dejar a estas mujeres entrar solas al complejo hospitalario en muy mal estado de salud, con la impotencia de no saber qué estaba pasando o qué iba a pasar, o en el caso de las visitas de seguimiento de embarazo, si se tenían que tomar decisiones importantes con respecto al curso del embarazo, era únicamente la mujer gestante la que tenía toda la responsabilidad, sin contar con un apoyo<sup>6,15-17</sup>.

De un modo similar, las matronas también tuvieron que adaptarse a las continuas modificaciones en cuanto a la prestación de servicios de salud. Este colectivo se encontraba día tras día con la enorme responsabilidad de tratar con mujeres gestantes infectadas por un virus de reciente aparición, con gran capacidad de contagio, y del cual se tenía poco conocimiento. Esto supuso una gran carga diaria a los profesionales física y psicológicamente, ya que buscaban el equilibrio entre poder ofrecer una atención de calidad y estar protegidos, conviviendo con el miedo a poder contagiarse y transmitir el virus a sus familiares y amigos<sup>12,18-20</sup>.

Por todo esto, se hace imprescindible comprender cómo se han sentido las mujeres gestantes al vivir las distintas etapas del embarazo y maternidad durante la pandemia por COVID-19, y también conocer las experiencias de las matronas, y así comprender cómo se han sentido a la hora de prestar atención sanitaria a estas mujeres en este tiempo. Del mismo modo, incluyendo el punto de vista de los acompañantes de estas, se obtiene una visión más completa.

## Objetivos

### Objetivo general

Conocer las experiencias de las mujeres gestantes, sus acompañantes y matronas durante la atención sanitaria modificada debido a la pandemia por COVID-19.

### Objetivos específicos

1. Comprender el impacto psicológico y emocional de las mujeres gestantes durante la pandemia por COVID-19.

2. Identificar las consecuencias de la falta de acompañamiento durante el ingreso hospitalario de las mujeres gestantes.
3. Comprender el impacto psicológico y emocional de los acompañantes de las mujeres gestantes durante la atención sanitaria.
4. Describir la repercusión profesional en la matrona.

## Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión no sistemática crítica de la literatura, abarcando artículos publicados desde marzo de 2020 hasta febrero de 2022. Para ello se han empleado distintas bases de datos bibliográficas, metabuscadores, guías de práctica clínica y bases de datos de revisiones sistemáticas, que se citan a continuación:

- Bases de datos bibliográficas: Pubmed, Medes, Cuiden, Scielo.
- Metabuscadores: Epistemonikos, Trip Database.
- Guías de práctica clínica: Guía Salud, Nice.
- Bases de datos de revisiones sistemáticas: Cochrane, Health Evidence Canada.

Se han utilizado las siguientes palabras clave para hacer la búsqueda bibliográfica en las distintas fuentes consultadas, usando el operador lógico "AND" para su combinación, teniendo en cuenta el idioma a la hora de realizar las búsquedas, usándolas en inglés o español según las necesidades del buscador. Estas son: Pregnant, COVID-19, Experiences y Midwife.

### Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes, primigestas o multigestas, ingresadas o que acuden a consulta o urgencias.
- Acompañantes de las mujeres gestantes.
- Matronas que atienden a las mujeres gestantes durante su proceso.
- Artículos escritos en español, inglés, francés y portugués.

### Criterios de exclusión

- Título y resumen no ajustable al objetivo.
- Artículos duplicados.
- Artículos anteriores a marzo de 2020.

## Resultados

Una de las grandes repercusiones acusadas por las mujeres gestantes ha sido la disminución en número e incluso la

pérdida de numerosas visitas presenciales de seguimiento de embarazo, que en la mayoría de los casos fueron sustituidas por visitas virtuales, llamadas telefónicas e incluso mensajería electrónica<sup>14</sup>. Todo ello tuvo una mayor repercusión en los casos de madres primigestas<sup>9</sup>.

En un estudio cualitativo de 2021, las mujeres gestantes declararon que "la provisión de atención virtual no equivalía a la atención en persona que esperaban"<sup>4</sup>, y es que numerosos estudios coinciden en que las visitas telemáticas no satisfacen las necesidades de estas familias.

En otro estudio cualitativo de 2021, vuelven a referirse a estas visitas virtuales como "despersonalizadas"<sup>6</sup>, mientras que en otro estudio cualitativo realizado en Inglaterra en ese mismo año añaden que en caso de recibir asistencia presencial, esta fue corta y con prisa a la hora de su desarrollo<sup>10</sup>. En otro trabajo se menciona cómo muchas familias reclamaban ecografías que no estaban médicamente indicadas, y preguntaban ante qué supuestos sí estaría indicada dicha prueba, de manera que en los días sucesivos aparecían en la clínica refiriendo dichas situaciones para obtener estas revisiones<sup>16</sup>.

Algunas de las mujeres gestantes, por miedo al contagio, rechazaban acudir a las visitas presenciales de seguimiento de embarazo, como cuenta una madre en un estudio realizado en Turquía<sup>3</sup>, e incluso no acudían para dar a luz como relata un estudio iraní, en el que una madre tercigesta decidió parir en casa y solo fue a la clínica con el recién nacido para revisión una vez que esta estuvo vacía sin ningún otro paciente<sup>13</sup>.

El COVID-19, en algunos casos, ha sido un incentivo para que muchas mujeres gestantes se decidieran por el parto en casa, como afirmaba una madre en un estudio realizado en Australia: "Es posible que lo hubiera hecho de todos modos, pero la COVID ciertamente nos dio un gran impulso"<sup>8</sup>. Idéntica respuesta se encuentra en otro estudio de 2022, en el que muchas madres optaron por un parto domiciliario que no hubieran elegido en otras circunstancias, opción que según la opinión de algunas mujeres recogida en otra investigación tuvo un alto grado de satisfacción porque se sintieron mucho mejor informadas<sup>21</sup>, aunque también hubo quienes encontraron barreras para acceder a este tipo de nacimiento, lo que les obligó a desplazarse largas distancias para lograr la asistencia cualificada para el nacimiento domiciliario<sup>22</sup>.

Además, a raíz de esta pandemia se fomentó mucho la obstetricia privada: "He decidido acogerme a un seguimiento privado a las 30 semanas porque siento que el sistema público me ha defraudado", refiere una madre en este estudio llevado a cabo en Australia. Las clínicas privadas ofrecían habitaciones individuales, reduciendo así otra fuente de ansiedad que tenían las madres: el miedo al contagio por parte de otros pacientes<sup>8</sup>.

Con respecto a los modos de obtener información debido a la dificultad encontrada para acceder a los sistemas sanitarios, las mujeres gestantes se vieron obligadas a cambiar estas fuentes. En un estudio de 2021, se muestra cómo a pesar de todo las matronas fueron la fuente más consultada (n= 56; 90,3%). En segundo lugar se situaban las enfermeras (n= 22; 35,5%), seguidas de los médicos (n= 14; 22,6%), y solo una mujer tuvo a internet como única fuente de información (1,6%) (23). Por otro lado, las redes sociales cobraron un papel importante a la hora de divulgar información y obtener un apoyo no solo de otras mujeres en la misma situación, sino que además contaban con matronas tituladas que aportaban información y calma. En un estudio publicado en 2021 muchas mujeres que habían sido usuarias de estas redes expresaban que les había aportado mucha calma y tranquilidad, siendo un apoyo muy importante que ayudaba a llenar esa falta generalizada de información veraz<sup>24</sup>.

De cara al parto, con la llegada de la pandemia, en muchos hospitales se aumentó el intervencionismo obstétrico. En un estudio australiano de 2021 se muestra cómo este intervencionismo fue resultado de la negociación entre el obstetra y la mujer gestante ante una situación incierta y estresante<sup>25</sup>. Aunque en otro trabajo varias mujeres gestantes refirieron haber tenido una experiencia horrible cuando estas decisiones fueron tomadas de forma unilateral por parte del obstetra<sup>22</sup>. Otra investigación refleja cómo la tasa de cesáreas se elevó en mujeres gestantes infectadas por el virus, con el consecuente impacto que podía tener para muchas madres<sup>26</sup>.

A esto se le suma que en la mujer gestante que diera positivo en una prueba diagnóstica de COVID-19 sin esperarlo, el impacto emocional fue aún mayor. En un estudio publicado en España en 2021, distintas matronas contaron cómo vivieron las madres ese momento en el que se le comunicó el resultado positivo. La reacción generalizada fue de sorpresa, seguida de miedo y ansiedad, ya que la mayoría coincidía en que no sabía cómo se habían contagiado, aunque su principal preocupación no era por ellas, sino sobre todo por saber si contagiarían a su hijo y cómo le podría afectar, se comenta otro estudio realizado en Italia<sup>5</sup>. Una matrona narra: "Alguien de fuera entra en la sala de partos y dice COVID positivo y, en consecuencia, todos se quedan mirando y desaparecen. Yo fui el único que se quedó a su lado"<sup>19</sup>. En otro trabajo publicado en 2020, en el que se muestra la respuesta emocional ante un resultado negativo, se encuentra que el 27,6% sintió alivio o tranquilidad, mientras que el 72,4% dijo que eso no modificaba su nivel de miedo o ansiedad<sup>20</sup>.

En los sistemas sanitarios se produjeron una serie de cambios que trajeron consigo una gran repercusión en la atención materno-infantil. En un estudio publicado en Estados Unidos una madre cuenta cómo los protocolos cambiaban continuamente y añadía: "Cada restricción me hizo temer más

cómo sería mi parto. Sentí que me estaban quitando todas las opciones"<sup>22</sup>.

Otra de las etapas que quedaron en un segundo plano durante la pandemia fue el puerperio. En un estudio se explica la experiencia de estas madres durante su proceso: "No me he sentido apoyada en absoluto por ninguno de los cuidados posnatales; todo mi apoyo provino de familiares y amigos (...)", "(...) el sistema me ha fallado por completo"<sup>27</sup>. En otra investigación publicada en Canadá, una madre añade: "Recuerdo mis temores, la primera vez en torno a la lactancia materna y la cantidad de sangre que estaba perdiendo"<sup>28</sup>, y es que la lactancia materna era una de sus principales preocupaciones, ya que no sabían si lo hacían correctamente y si el recién nacido se estaba alimentando, aunque, en algunas situaciones, lo único que querían, como refirió una madre en un estudio realizado en Inglaterra: "simplemente hacerme saber que está bien". En este mismo trabajo otra madre refirió: "Nunca me han examinado desde que salí del hospital y mi chequeo de seis semanas se realizó nuevamente por teléfono, cuando me preguntaron si creía que mi útero había vuelto a la posición correcta. Honestamente, me sentí bastante abandonada"<sup>10</sup>.

Con respecto a los acompañantes, fueron excluidos de la mayoría de visitas de embarazo, por lo que muchos se sintieron apartados del proceso<sup>6</sup>. Una mujer gestante en otro estudio refiere: "Es solitario y triste no tener conmigo mi único sistema de apoyo"<sup>8</sup>. Y es que si antes de la pandemia se excluían a las parejas, tras ella fue todo mucho más marcado, como cuenta un padre, que se perdió gran parte del embarazo, de la misma manera que le sucedió a la mayoría, generando un sentimiento grupal de tristeza y exclusión en dichas parejas, a lo que se sumaba un sentimiento de frustración, ya que pensaban que si acudían con ellas a las consultas podrían tener mayor conocimiento para apoyarlas durante el embarazo y eso no sucedió. A veces, solo solicitaban que se les incluyese como parte del proceso, pero ellos mismos eran conscientes de la situación: "Hubiera sido bueno que me preguntaran cómo estoy, pero como dije, obviamente me doy cuenta de que no soy el punto focal del embarazo, no se trata de mí"<sup>15</sup>.

Otro padre cuenta su experiencia tras el nacimiento de su hijo: "Estar separado inmediatamente de mi esposa e hijo después del nacimiento fue traumatizante y creo que un evento innecesario", ya que en muchos hospitales solo se les permitía pasar para el momento del expulsivo, luego tenían que abandonar el hospital, y añade: "Fue perjudicial tanto para mi salud mental como para la de mi esposa e impactó mi capacidad de vincularme con mi hijo"<sup>15</sup>.

Esto además significó que en los casos en los que se tuvieron que comunicar malas noticias, muchas de estas madres se encontraron solas y tuvieron que afrontar el dolor sin un apoyo a su lado, como muestran en otro estudio: "Hizo que una situación ya difícil fuera mucho más desafiante"<sup>27</sup>.

A la hora del parto, en los hospitales se establecieron distintos protocolos sin consenso. Por ejemplo, en el mismo trabajo mencionado anteriormente, una mujer gestante relata que en su hospital de referencia no permitían el paso de la pareja al paritorio hasta los 7 cm, a lo que añade: "Como este es mi primer bebé, mi ansiedad durante el embarazo ha sido terrible"<sup>27</sup>. En otra investigación, en cambio, se muestra cómo las restricciones se fueron suavizando poco a poco con la utilización de los test de antígenos en los acompañantes o el uso de mascarillas<sup>14</sup>.

Durante la hospitalización, muchas mujeres echaron en falta la presencia de otro acompañamiento además de la pareja, como por ejemplo, comenta una madre en otro estudio publicado tras la pandemia, la presencia de su madre, e incluso tuvo que estar sola ya que el hermano no podía acudir al hospital y su pareja tenía que hacerse cargo de él<sup>8,15</sup>.

En otro artículo se muestra cómo las restricciones y el distanciamiento social fueron vividos como angustiantes y entristecedores para algunas madres debido a la falta de apoyo y cercanía de familiares y amigos: "Fue muy duro durante las primeras semanas: mis padres viven a unas pocas horas de distancia, por lo que no lo conocieron al recién nacido hasta que cumplió las 6 semanas, y el plan original era que mamá viniera y nos apoyara; obviamente eso no pasó"<sup>29</sup>.

En contraposición, muchas familias encontraron esa política de restricción de visitas como un punto a favor, ya que ofrecía la posibilidad de descansar y pasar un rato de intimidad con el recién nacido y la pareja, fomentando el vínculo y la lactancia sin interrupciones<sup>8,15</sup>.

Otro de los colectivos muy afectados fueron las matronas, que tuvieron que adaptar su forma de trabajar a la situación que se estaba viviendo. En un estudio se muestra cómo las matronas vivieron la atención a mujeres gestantes infectadas por COVID-19, en el que referían la barrera que suponía el uso del EPI para comunicarse o moverse. Otra matrona en este mismo estudio también refiere el miedo que las madres tenían ante la posibilidad de contagiar a los profesionales: "Apenas entras por la puerta, ella grita 'no entres, no quiero a nadie'. 'Yo no quiero contagiar a nadie', dice". Algunas matronas expresaban la intención de dejar la profesión durante el periodo de la pandemia: "Estoy pensando en jubilarme. La pandemia me impactó y me ha cansado mucho". A raíz de todo esto, estuvo mucho más presente en estos profesionales el síndrome de *burnout*<sup>18</sup>.

En otro trabajo publicado tras la pandemia, las matronas referían que tenían miedo y ansiedad ante la posibilidad de contagiarse, pero sobre todo por poder contagiar a sus familiares y amigos. Además, se enfrentaron al estigma público, la desconfianza y el temor que la población tenía de estos profesionales ante la posibilidad de transmitir el virus fuera del hospital<sup>12</sup>.

## Discusión

Todos los cambios ocurridos a raíz de la pandemia por COVID-19 han tenido consecuencias negativas para todas las partes implicadas en el proceso de embarazo, parto y puerperio, afectando no solo a las mujeres gestantes, ya que existen otros grupos que viven el proceso de cerca y sufren también similares consecuencias: los acompañantes de estas gestantes y las matronas que las atienden.

Con respecto a las mujeres gestantes, las consecuencias observadas se centran especialmente en el plano emocional, como angustia, trauma y tristeza en las embarazadas, así como pérdidas de atención clínica esencial durante el embarazo y el posparto, confusión en los consejos que recibían, falta de información, falta de comunicación sobre los distintos cambios que el sistema sanitario iba sufriendo y cómo esto afectaría a su atención médica e incluso falta de personal que las atendiera. Además, en estas mujeres existía una preocupación doble: sobre cómo podría afectar la infección a su propia salud y, de forma simultánea, miedo a la transmisión e infección del virus al feto/recién nacido, a lo que se vio añadido un profundo sentimiento de soledad debido a la falta de visitas de seguimiento de embarazo y dificultad de acceso a los servicios hospitalarios, como se ha comentado anteriormente.

Toda esta situación que han vivido las mujeres gestantes sin precedentes a corto plazo y la enorme falta de información que han sufrido, ha dado lugar a una gran incertidumbre sobre ellas mismas, el estado de su hijo, del curso del embarazo, o sobre lo que pasaría en el parto, siendo esta una de las grandes preocupaciones que más angustiaba a las madres<sup>9,27,28</sup>.

Se ha de tener en cuenta que existen pocos estudios aún que hablen acerca de cómo esta situación ha llegado a afectar a la salud mental de las mujeres gestantes, siendo en sí mismo un tema que anteriormente a la pandemia no se le ha mostrado demasiado interés. A lo largo de los años, los estudios y el grueso de las inversiones iban destinados en su gran mayoría a patologías físicas más tangibles, frente a la salud mental, un tema un tanto olvidado y menospreciado. Por fortuna, la salud mental es un tema cuyo estudio y comprensión va poniéndose en auge hoy en día.

El embarazo en sí es una situación vulnerable que puede llevar consigo un enorme aumento de estrés materno debido al miedo a que el feto/recién nacido pueda sufrir alguna consecuencia nociva debido a cualquier afección, por lo que si además se añade la situación que estas madres han estado y están viviendo durante la pandemia, los resultados con respecto a la salud mental pueden ser devastadores. Algunos estudios publicados en Canadá, China, Turquía e Italia ya muestran cómo las tasas de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas se han multiplicado con creces en comparación con estudios realizados antes de la pandemia por COVID-19<sup>30</sup>.

No se ha de olvidar que todos estos cambios que ha supuesto la pandemia en la atención perinatal también han afectado de forma paralela a un colectivo que ha convivido con las mujeres gestantes durante estos tiempos de desconcierto: las matronas. Y es que muchas de estas profesionales al principio sintieron que estaban viviendo una situación totalmente descontrolada, donde nadie sabía qué hacer, ni se sabía cómo manejar de forma segura los residuos procedentes de pacientes COVID-19 positivos ni siquiera cómo colocarse/retirarse correctamente un EPI<sup>19</sup>.

Además de esta situación de completa desinformación, las matronas también se encontraron con algunas barreras que dificultaron aún más su asistencia profesional:

- Falta de información y coordinación. Decepción con respecto al cambio constante de protocolos y normalmente poco actualizados con respecto a la evidencia disponible.
- Sintieron que no brindaban el apoyo necesario a las mujeres gestantes por las restricciones, puesto que se recomendaba pasar el mínimo tiempo posible con las mujeres gestantes. "La preocupación de dar a luz sola es algo que las matronas se toman muy en serio". Se produjo una deshumanización del parto.
- Aumento de las cargas de trabajo debido en algunos casos al cierre de algunas maternidades. Falta de apoyo.
- Falta de EPI.
- Miedo al contagio, no solo de ellas mismas, sino de sus familias también.
- Miedo y ansiedad para afrontar el trabajo durante la pandemia<sup>12,19,20</sup>.

A pesar de esto, las matronas mostraron un gran sentimiento de empatía y lucharon por prestar los mejores cuidados posibles a estas mujeres gestantes, siempre con el objetivo de mejorar la atención prestada a estas usuarias. A pesar de esto, muchas profesionales sintieron una profunda insatisfacción con su labor, ya que en muchas ocasiones no podían brindarles la experiencia que hubieran querido<sup>16,19</sup>.

Otro de los grandes pilares que no se ha olvidar, puesto que también se vieron afectados en el proceso de maternidad, parto y puerperio durante la pandemia, fueron las parejas o los acompañantes de las mujeres gestantes.

Cuando llegaron las restricciones fue uno de los colectivos más sacrificados, ya que fue excluido de numerosas visitas de seguimiento de embarazo, ecografías, el proceso de dilatación e incluso en algunas circunstancias el parto, debido a que los riesgos de contagio por COVID-19 se volvieron una preocupación superior incluso frente a las consecuencias psicológicas que esto podría tener tanto en las mujeres gestantes como en los mismos acompañantes<sup>6,15</sup>. En algunos casos, incluso las mujeres gestantes se vieron solas con la responsabilidad de tomar decisiones importantes con res-

pecto al transcurso y la evolución del embarazo y no contaron con el apoyo que sus parejas o acompañantes, generando una situación de miedo, estrés y ansiedad<sup>16</sup>.

El impacto de excluir a las parejas y acompañantes de la etapa de la maternidad es potencialmente grave, tanto para las mujeres gestantes como para el propio acompañante. Ya anteriormente a la pandemia por COVID-19, muchas parejas se sentían excluidas por algunos profesionales de salud que se centraban exclusivamente en la diada madre-hijo, puesto que, por un lado, la mujer es la que gesta y por ende a la que hay que seguir más de cerca porque su salud va a repercutir en la salud del feto y, por otro lado, y de manera inconsciente, en el caso de parejas masculinas debido a los roles de género comúnmente asignados, los sentimientos como el miedo o la ansiedad, así como la propia sensibilidad o las múltiples dudas que surgen durante el embarazo eran atributos que se han asociado tradicionalmente a las mujeres, dejando un poco de lado a la figura de la pareja. Este sentimiento de exclusión se ha visto incrementado a raíz de la COVID-19 y las restricciones impuestas no solo por algunos profesionales sino por el propio sistema de salud. Esto dio lugar a que estas personas se sintieran aisladas durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal<sup>15,17</sup>.

Esto, en muchas ocasiones, fue el detonante para que muchas de las mujeres gestantes optaran por un cambio en su plan de parto, dejando la asistencia pública y optando por la atención privada, donde uno de los mayores reclamos era el poder tener un acompañante durante todo el proceso de la maternidad e incluso la disponibilidad de habitaciones individuales, reduciendo otra de las grandes preocupaciones que tenían: el contagio en las áreas hospitalarias<sup>8,16</sup>.

## Conclusiones

La pandemia por COVID-19 ha traído consigo numerosos cambios en la atención recibida por parte de las mujeres gestantes que necesitaron ingreso hospitalario con una infección por COVID-19 confirmada, produciendo estas modificaciones de los distintos servicios de obstetricia y ginecología una serie de efectos y repercusiones en las experiencias vividas por los tres grupos en los que se centra esta revisión.

Los principales cambios fueron vividos por las propias usuarias de estos servicios, las mujeres gestantes, las cuales se sintieron desinformadas, con un elevado grado de miedo y estrés ante la posibilidad de que la enfermedad le afectase a ella o a su hijo, y en algunos casos, abandonadas ante la pérdida de visitas de embarazo o dificultad de acceso a los sistemas sanitarios.

Con respecto a los acompañantes y parejas de estas mujeres gestantes, si ya antes de la pandemia se sentían en un segundo plano, con la llegada de la misma este sentimiento

se multiplicó con creces, ya que debido a las medidas de aforamiento y distanciamiento social, se vieron excluidos de numerosas visitas de seguimiento de embarazo, e incluso en los ingresos hospitalarios o el propio parto, generando en ellos una sensación de impotencia y estrés ante el no poder saber qué le estaba pasando a su acompañante o al bebé, lo que en muchos casos terminó por dar lugar en un sentimiento de aislamiento del proceso de la maternidad.

Por último, el grupo de las matronas, además de la falta de información generalizada a los tres grupos y que no fue distinto en este, reflejó principalmente sentimientos de miedo frente al contagio, y no solo al propio contagio sino también ante la posibilidad de llevar la infección a sus familias, puesto que, sobre todo al comienzo de la pandemia, no contaban con las medidas de protección adecuadas. También reflejaron sentimientos de gran impotencia y tristeza, ya que sentían que no estaban brindando una asistencia de calidad a las mujeres gestantes que estaban a su cuidado.

### Futuras líneas de investigación

Tras la realización de esta revisión se ha comprobado cómo la falta de información y estudios acerca de esta temática es bastante evidente y con limitadas referencias de suficiente calidad científica y metodológica, por ello se hace necesario profundizar en su investigación antes de dar recomendaciones con un alto grado de evidencia científica. Además, la gran mayoría de investigaciones efectuadas sobre la COVID-19 y el embarazo se centran en estudios de metodología cuantitativa, quedando solo una bibliografía muy reducida de estudios cualitativos, los cuales son de gran importancia en el campo de la enfermería para poder conocer las respuestas humanas, sentimientos y emociones, pilar fundamental en nuestro trabajo diario.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Financiación

Ninguna.

### Bibliografía

1. Czeresnia RM, Trad ATA, Britto ISW, Negrini R, Nomura ML, Pires P, et al. SARS-CoV-2 and Pregnancy: A Review of the Facts. *Rev Bras Ginecol E Obstetricia*. 2020; 42:562-8.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información básica sobre la COVID-19 [internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 18 nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-COVID-19>
3. Mizrak Sahin B, Kabakci EN. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women Birth*. marzo de 2021; 34(2):162-9.
4. Silverio SA, De Backer K, Easter A, von Dadelszen P, Magee LA, Sandall J. Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: A qualitative investigation. *Midwifery*. noviembre de 2021; 102:103116.
5. Fumagalli S, Ornaghi S, Borrelli S, Vergani P, Nespoli A. The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2021; S1871-5192(21)00001-9.
6. Keating NE, Dempsey B, Corcoran S, McAuliffe FM, Lalor J, Higgins MF. Women's experience of pregnancy and birth during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Ir J Med Sci*. 2022; 191(5):2177-84.
7. Smith V, Flaherty SJ, Matvienko-Sikar K, Delaney H. Maternity care during COVID-19: a protocol for a qualitative evidence synthesis of women's and maternity care providers' views and experiences. *HRB Open Res*. 2021; 4:21.
8. Wilson AN, Sweet L, Vasilevski V, Hauck Y, Wynter K, Kuliukas L, et al. Australian women's experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey. *Birth Berkeley Calif*. 2022; 49(1):30-9.
9. Anderson E, Brigden A, Davies A, Shepherd E, Ingram J. Pregnant women's experiences of social distancing behavioural guidelines during the COVID-19 pandemic "lockdown" in the UK, a qualitative interview study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):1202.
10. Riley V, Ellis N, Mackay L, Taylor J. The impact of COVID-19 restrictions on women's pregnancy and postpartum experience in England: A qualitative exploration. *Midwifery*. 2021; 101:103061.
11. Ghanchi A. Adaptation of Coronavirus Disease (COVID-19) Protocols to a Parisian Maternity Unit During the 2020 Pandemic: A Managerial Perspective. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020; 1-4.
12. Shorey S, Chan V. Lessons from past epidemics and pandemics and a way forward for pregnant women, midwives and nurses during COVID-19 and beyond: A meta-synthesis. *Midwifery* 2020; 90:102821.
13. Nosratabadi M, Sarabi N, Masoudiyekta L. A Case Report of Vaginal Delivery at Home due to Fear of COVID-19. *Iran J Psychiatry* 2020; 15(4):366-9.
14. Schmitt N, Mattern E, Cignacco E, Seliger G, König-Bachmann M, Striebich S, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternity staff in 2020 - a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(1):1364.
15. Vasilevski V, Sweet L, Bradfield Z, Wilson AN, Hauck Y, Kuliukas L, et al. Receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: Experiences of women's partners and support persons. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2021; S1871-5192(21)00078-0.

16. Hijdra R, Rutten W, Gubbels J. Experiences of Dutch Midwives Regarding the Quality of Care during the COVID-19 Pandemic. *Healthc Basel Switz.* 2022; 10(2):304.
17. Díaz CR. El padre: ¿participante o espectador del embarazo y parto?: Relato biográfico de un padre primerizo. *Arch Mem.* 2006; (3):7.
18. Küçüktürkmen B, Baskaya Y, Özdemir K. A qualitative study of Turkish midwives' experience of providing care to pregnant women infected with COVID-19. *Midwifery.* 2022; 105:103206.
19. González-Timoneda A, Hernández Hernández V, Pardo Moya S, Alfaro Blázquez R. Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* 2021; 34(5):465-72.
20. Bender WR, Srinivas S, Coutifaris P, Acker A, Hirshberg A. The Psychological Experience of Obstetric Patients and Health Care Workers after Implementation of Universal SARS-CoV-2 Testing. *Am J Perinatol.* 2020; 37(12):1271-9.
21. Sweet L, Wilson AN, Bradfield Z, Hauck Y, Kuliukas L, Homer CSE, et al. Childbearing women's experiences of the maternity care system in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* 2021; S1871-5192(21)00158-X.
22. Combellick JL, Basile Ibrahim B, Julien T, Scharer K, Jackson K, Powell Kennedy H. Birth during the COVID-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience. *Birth Berkeley Calif.* 2022; 49(2): 341-51.
23. Patabendige M, Gamage MM, Jayawardane A. The Potential Impact of COVID-19 Pandemic on the Antenatal Care as Perceived by Non-COVID-19 Pregnant Women: Women's Experience Research Brief. *J Patient Exp.* 2021; 8:2374373521998820.
24. Chatwin J, Butler D, Jones J, James L, Choucri L, McCarthy R. Experiences of pregnant mothers using a social media based antenatal support service during the COVID-19 lockdown in the UK: findings from a user survey. *BMJ Open.* 2021; 11(1):e040649.
25. Rice KF, Williams SA. Making good care essential: The impact of increased obstetric interventions and decreased services during the COVID-19 pandemic. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* 2021; S1871-5192(21)00182-7.
26. Boukoura ME, Sarantaki A. COVID-19 Pandemic and Birth Experience. The Monopoly of Caesarean Sections. A Critical Realist Review. *Maedica.* 2021; 16(2):274-80.
27. Sanders J, Blaylock R. "Anxious and traumatised": Users' experiences of maternity care in the UK during the COVID-19 pandemic. *Midwifery.* 2021; 102:103069.
28. Rudrum S. Pregnancy During the Global COVID-19 Pandemic: Canadian Experiences of Care. *Front Sociol.* 2021; 6:611324.
29. Sweet L, Bradfield Z, Vasilevski V, Wynter K, Hauck Y, Kuliukas L, et al. Becoming a mother in the "new" social world in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Midwifery.* 2021; 98:102996.
30. Motrico E, Bina R, Domínguez-Salas S, Mateus V, Contreras-García Y, Carrasco-Portiño M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on perinatal mental health (Riseup-PPD-COVID-19): protocol for an international prospective cohort study. *BMC Public Health.* 2021; 21(1):368.

<sup>1</sup> María Moreno Vera  
<sup>2</sup> M<sup>a</sup> Dolores Pozo Cano  
<sup>3</sup> Encarnación Martínez García  
<sup>4</sup> M<sup>a</sup> Ángeles Pérez Morente

## Impacto de cáncer de cérvix en el embarazo

<sup>1</sup> Enfermera. Hospital de Alta Resolución de Estepona. Málaga (España). Hospital de Poniente. Granada (España).  
<sup>2</sup> Matrona. Doctora. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. España. <sup>4</sup> Enfermera. Doctora. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén. España.  
<sup>3</sup> Matrona. Doctora. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Hospital de Guadix (Agencia Pública) E-mail: pozocano@ugr.es

Fecha de recepción: 15 de julio de 2021.

Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2022.

### Cómo citar este artículo:

Moreno Vera M, Pozo Cano MD, Martínez García E, Pérez Morente MA. Impacto de cáncer de cérvix en el embarazo. *Matronas Hoy* 2022; 10(3):39-48.

### Resumen

**Introducción:** la incidencia del cáncer de cérvix en el periodo gestacional es un hecho poco frecuente.

**Objetivos:** conocer el impacto del cáncer de cérvix en el embarazo, así como sus opciones terapéuticas. Identificar cómo afectan estos tratamientos a la fertilidad de la mujer. Reconocer el papel de la enfermería especializada (matrona) en esta etapa.

**Metodología:** revisión de la literatura de los últimos cinco años, se utilizaron cinco bases de datos y dos ecuaciones de búsqueda: "pregnancy" [AND] "cancer" [AND] "nurse" y "cervical cancer" [AND] "pregnancy" respectivamente. Tras aplicar criterios de inclusión y realizar una valoración, se seleccionaron 18 artículos

**Resultados y discusión:** las opciones terapéuticas varían dependiendo del trimestre de gestación. En el primero se aconseja no usar quimioterapia para no afectar al feto. En el segundo, traquelectomía radical acompañada de quimioterapia hasta la maduración pulmonar fetal. Desde la 14 hasta la 35 semana de gestación, quimioterapia neoadyuvante (NACT). Tratamientos como conización, traquelectomía simple, traquelectomía radical mínimamente invasiva y quimioterapia neoadyuvante se aconsejan en mujeres que desean conservar su capacidad fértil. Se reconoce la importancia de enfermería, sobre todo si es especializada como la matrona, como fuente de información y prevención acerca de esta neoplasia, realizando pruebas diagnósticas y apoyo a la mujer gestante.

**Conclusiones:** esta neoplasia diagnosticada en la gestación presenta una serie de complicaciones durante la misma, que comprenden desde la prematuridad hasta el aborto.

Se deben tener en cuenta las características del tumor, el estadio del embarazo y el deseo de preservar la fertilidad para elegir un tratamiento. La histerectomía radical y la traquelectomía radical junto con la quimioterapia neoadyuvante son tratamientos con buen pronóstico materno-fetal.

La traquelectomía abdominal y quimioterapia neoadyuvante constituyen el tratamiento con mejores resultados sobre de fertilidad femenina.

El papel de la enfermería, sobre todo si es especializada como la matrona, consiste en proporcionar a la mujer apoyo e información sobre prevención y cuidados en este problema de salud.

**Palabras clave:** cáncer de cérvix; embarazo; matrona.

### Abstract

*Impact of cervical cancer on pregnancy*

**Introduction:** the incidence of cervical cancer on the pregnancy period is an unusual event.

**Objectives:** to understand the impact of cervical cancer on pregnancy, as well as its treatment options. To identify the impact of these treatments on female fertility. To acknowledge the role played by specialized nurses (midwives) at this stage.

**Methodology:** a review of the literature from the past five years; five databases and two search equations were used: "pregnancy" [AND] "cancer" [AND] "nurse" and "cervical cancer" [AND] "pregnancy" respectively. After applying inclusion criteria and conducting an evaluation, 16 articles were selected.

**Results and discussion:** treatment options vary depending on the pregnancy trimester. During the first one, it is recommended not to use chemotherapy in order to prevent affecting the fetus. In the second trimester, radical trachelectomy alongside chemotherapy until fetal lung maturation. From week 14 until week 35 of pregnancy, neoadjuvant chemotherapy (NACT). Treatments such as conization, simple trachelectomy, minimally invasive radical trachelectomy and neoadjuvant chemotherapy are recommended for women who wish to preserve their fertility. The importance of nurses is acknowledged, even more if specialized like midwives, as source of information and prevention for this neoplasia, by conducting diagnostic tests and offering support to the pregnant woman.

**Conclusions:** this neoplasia diagnosed during pregnancy presents a series of complications that range from prematurity to miscarriage.

In order to select treatment, the tumour characteristics must be taken into account, as well as the pregnancy stage and the wish to preserve fertility. Radical hysterectomy and radical trachelectomy alongside neoadjuvant chemotherapy are treatments with good fetomaternal prognosis.

Abdominal trachelectomy and neoadjuvant chemotherapy represent the treatment with best results in terms of female fertility.

The role of the nurses, and even more if specialized like midwives, consists in providing support and information to women about prevention and care for this health issue.

**Key words:** cervical cancer; pregnancy; midwife.

## Introducción

El cáncer es el término usado para abarcar a una serie de enfermedades que pueden afectar a distintas estructuras y órganos del cuerpo. Estas neoplasias o tumores malignos se caracterizan por la rápida multiplicación de células anormales, que pueden invadir otras estructuras y órganos del cuerpo, provocando así una metástasis<sup>1</sup>. El cáncer de cuello uterino es el resultado de un crecimiento descontrolado por una mutación o cambio en el ADN de las células, que aparecen en la parte baja del útero extendiéndose hacia la vagina. Previamente al desarrollo de este se producen cambios premalignos en las células, diferenciando así entre neoplasia intraepitelial cervical (CIN 1), también llamado lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL); neoplasia intraepitelial de grado medio (CIN 2) o lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL); y carcinoma *in situ* (CIN 3) o lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) de menor a mayor riesgo. Con respecto a este último, hasta un 20% de mujeres con este tipo de lesión evoluciona a cáncer invasivo, con un tiempo promedio de 10 a 15 años<sup>2</sup>.

La principal causa de este tumor se debe a la infección del virus del papiloma humano (VPH) por transmisión sexual. Con respecto a su incidencia, es el segundo cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial, después del cáncer de mama. Sin embargo, en países del tercer mundo esta neoplasia suele ser la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, superando al de mama. Afortunadamente, en la actualidad los casos se están reduciendo desde el inicio de la vacunación contra el VPH<sup>2</sup>.

En España se diagnosticaron 2.100 y 1.957 nuevos casos de cáncer de cérvix, en 2019 y 2020 respectivamente, cifras consideradas bajas con respecto a su incidencia a mundial<sup>2,3</sup>.

Por otra parte, el embarazo abarca ese periodo de nueve meses en los que se desarrolla un feto en el útero materno<sup>4</sup>. Se considera embarazo a término aquel que está comprendido entre la semana 37 y la semana 42. Esta gestación se calcula partiendo del primer día de la última menstruación<sup>4</sup>. El embarazo comienza tras el proceso de implantación, donde el blastocito se adhiere a la pared uterina (de forma posterior a la fecundación) y atraviesa el endometrio. Posteriormente, y una vez completado la implantación, comienza el proceso de anidación y con ello, el embarazo<sup>5</sup>.

El hecho de padecer cáncer en estado de gestación es, afortunadamente, un suceso poco común y dada su incidencia que se estima en 1 de cada 1.000 embarazos<sup>6</sup>.

Sin embargo, hoy en día las mujeres se convierten en madres a una edad más tardía y es por eso que se prevé que la incidencia del cáncer durante este periodo se incremente en un futuro<sup>7</sup>.

Uno de los grandes problemas en este tipo de crecimiento maligno es que la sintomatología puede estar enmascarada

bajo la gestación, haciendo más difícil su diagnóstico. La mayoría de estudios señalan al cáncer de cérvix como una de las neoplasias malignas más frecuentes en esta etapa<sup>6</sup>.

Para tratar esta neoplasia durante el periodo gestacional, existen diversos tratamientos. Los más utilizados son la traquelectomía radical, la histerectomía radical y la quimioterapia neoadyuvante y algunos casos se acompañan de linfadenectomía pélvica.

La traquelectomía radical es una opción de tratamiento que permite conservar la fertilidad en mujeres jóvenes y con cáncer de cuello uterino es estadio temprano. Esta cirugía puede realizarse por vía vaginal o abdominal, aunque se muestran mejores resultados con respecto a la fertilidad en las mujeres con traquelectomía radical vaginal<sup>8</sup>.

Por otra parte, la histerectomía radical es otra opción terapéutica por excelencia en estos casos, con la cual se obtienen buenos resultados. Sin embargo, este tratamiento sacrifica la opción de ser madre<sup>9</sup>.

La quimioterapia neoadyuvante se emplea en pacientes con esta patología en estadio avanzado y es una manera de comenzar el tratamiento y mantener el embarazo. Posteriormente al nacimiento, se inicia el tratamiento definitivo. Esta terapia se debe iniciar en el segundo o tercer trimestre<sup>10</sup>.

El papel de la enfermería con la figura de la enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona) es crucial en la prevención de estas neoplasias ya que, dada la especificidad de su formación en el área ginecológica, es la encargada de efectuar el examen preventivo de cáncer de cérvix (citología/Papanicolaou)<sup>11</sup>.

Además, la atención prenatal es un momento clave para la detección precoz de cáncer de cérvix. Por otra parte, la desinformación y el desconocimiento son dos factores sólidos por los que la prevención de enfermedades pierde importancia, a pesar de tener un papel fundamental en la salud pública. Es por ello que recae en el ámbito de la enfermería especializada (matrona) la responsabilidad de evitar esta falta de información y promover la salud basándose en la prevención<sup>12</sup>.

En el caso de las mujeres embarazadas con este tipo de neoplasia, el proceso de una gestación oncológica es muy complejo y debe implicar un enfoque multidisciplinar, donde además de la información y el tratamiento necesario, el apoyo y la ayuda por parte de enfermería es un pilar fundamental en la toma de decisiones. Más aún, cuando se recomienda actuar cuanto antes, aunque este tratamiento se pueda retrasar hasta la madurez fetal si la gestación está en el tercer trimestre<sup>13</sup>.

La transcendencia de este problema supone un reto para las enfermeras especialistas (matrona) y su práctica clínica, por su importante papel en la prevención y en el apoyo y la información para sus pacientes.

### Objetivos

- Conocer el impacto del cáncer de cérvix en el embarazo, así como sus opciones terapéuticas.
- Identificar cómo afectan los tratamientos del cáncer de cérvix en la fertilidad de la mujer.
- Conocer el papel de la enfermería especializada (matrona) en esta etapa.

### Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica entre diciembre de 2020 y mayo de 2021. Se utilizaron cinco bases de datos: Pubmed, CINAHL, Cuiden, Web of Science y Scopus; y dos ecuaciones de búsqueda: "pregnancy" [AND] "cancer" [AND] "nurse" y "cervical cancer" [AND] "pregnancy".

Con respecto a los criterios de inclusión, se escogieron aquellos estudios realizados en los últimos cinco años, a texto completo, exclusivamente en humanos y publicados en inglés y español. Posteriormente se seleccionaron por resumen, se eliminaron los duplicados y tras la lectura completa se incluyeron 18 artículos (Figuras 1 y 2).

### Resultados y discusión

El tratamiento estándar de cáncer de cérvix se basa en la quimiorradioterapia concurrente o la quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía; sin embargo, la opción óptima no es tan clara cuando la neoplasia se diagnostica durante la gestación<sup>14,15</sup>.

Además, los tratamientos varían en función al deseo de la madre de conservar o no su capacidad reproductora. Algunos investigadores indican que lo más apropiado es comenzar a tratar la neoplasia de manera inmediata, sobre todo en el segundo y tercer trimestre. Sin embargo, esto puede suponer un mayor riesgo para el feto, por lo que estas estrategias no son firmes y varían según el caso<sup>16</sup>. Cabe destacar que se recomienda examinar los ganglios linfáticos, ya que en caso de que estos estén afectados, no está indicado realizar procedimientos para preservar la fertilidad<sup>16</sup>.

Debido a la aparición de este tipo de neoplasia en las mujeres gestantes, está indicado llevar a cabo parto por cesárea, disminuyendo así los riesgos de un parto vaginal (laceración del tumor, obstrucción de canal del parto, hemorragia abundante o implantación de células malignas en la cicatriz del perineo posparto)<sup>17</sup>.

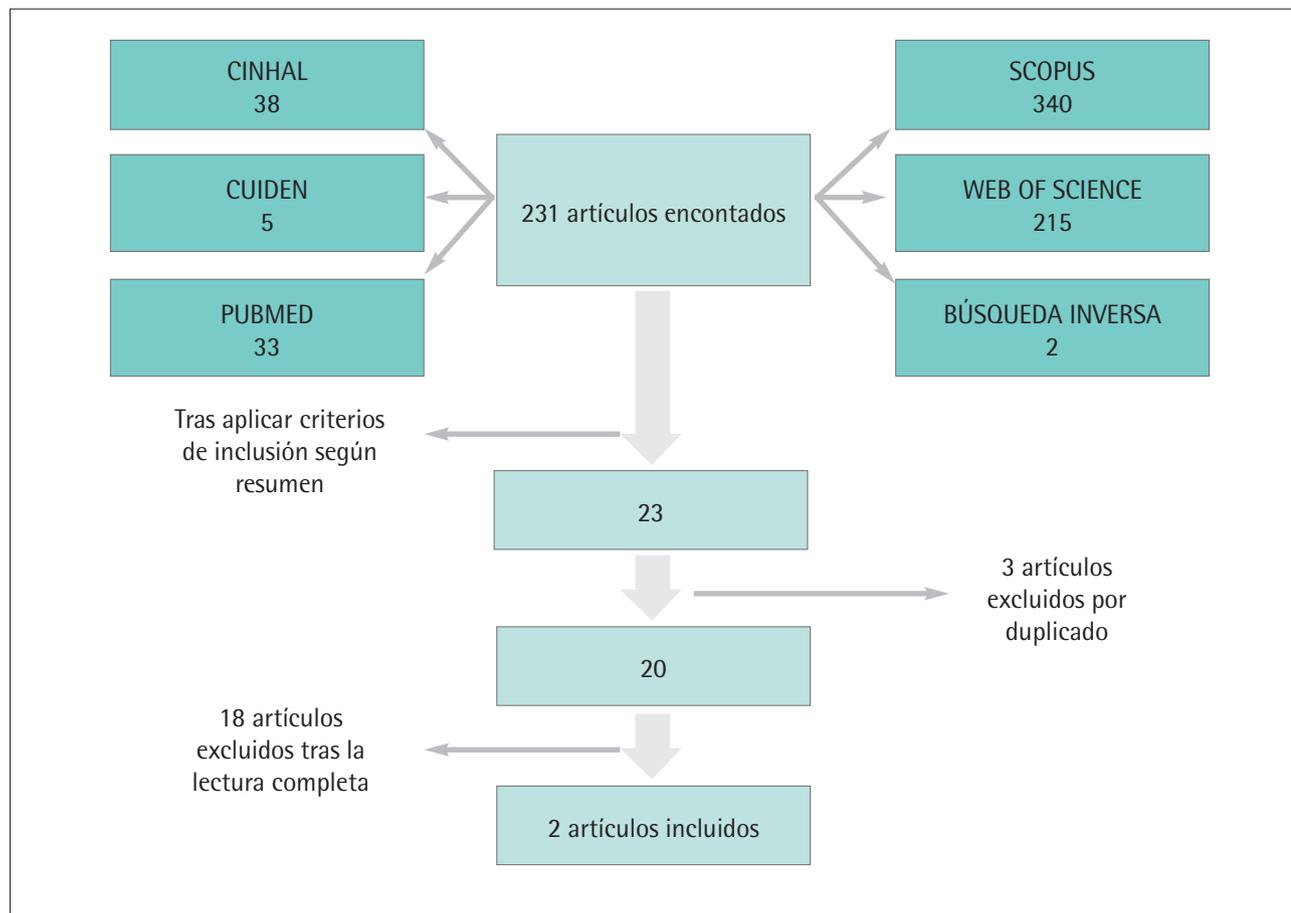


Figura 1. Diagrama de flujo de 1ª búsqueda ('pregnacy' [AND] 'cancer' [AND] 'nurse')

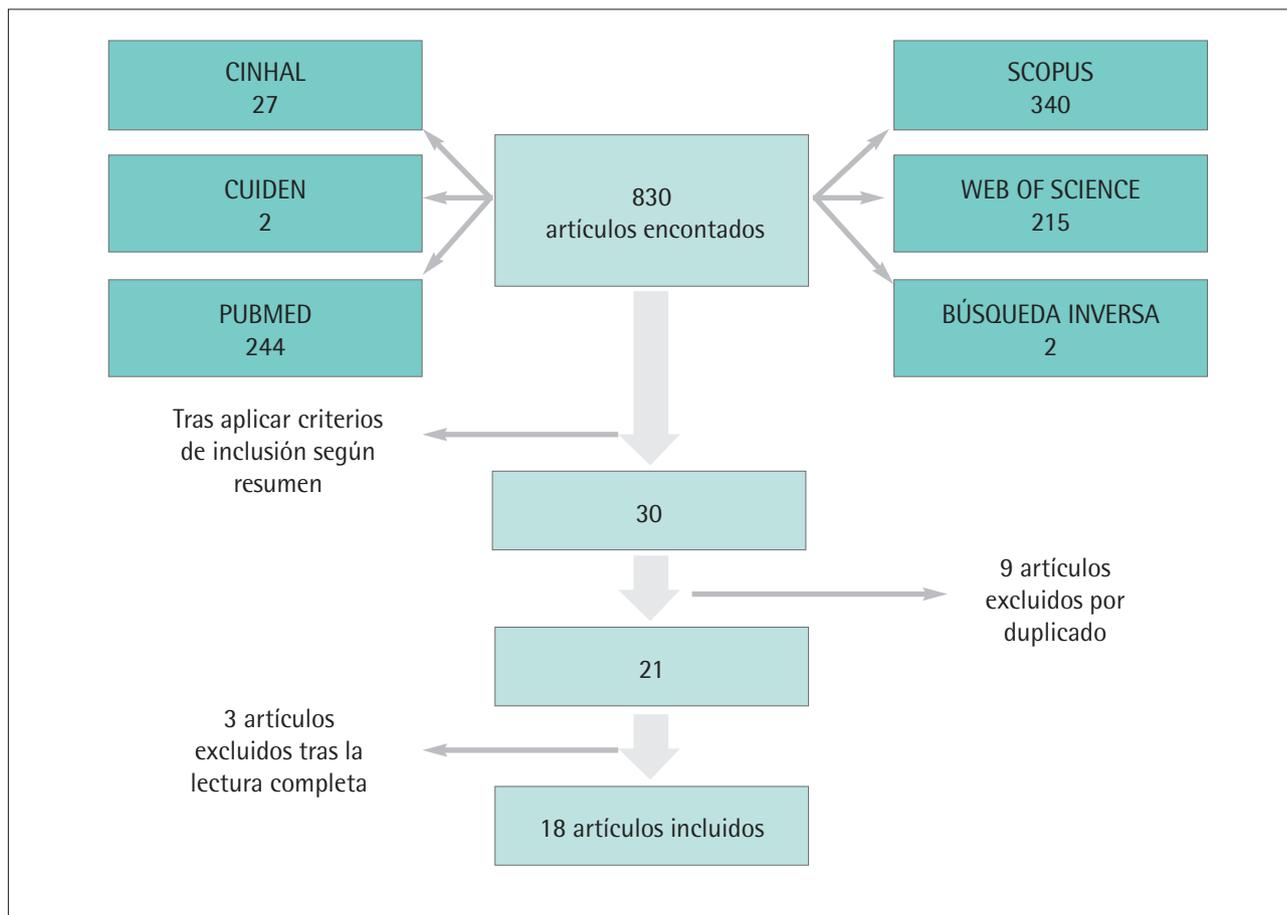


Figura 2. Diagrama de flujo de 2ª búsqueda ('cervical cancer' [AND] 'pregnancy')

La literatura consultada señala diferentes opciones terapéuticas según la edad gestacional y el estadio de la neoplasia (Tabla 1).

Cuando se diagnóstica en el **primer trimestre**, existe la opción de retrasar el tratamiento porque durante este periodo el uso de la quimioterapia no está indicado, ya que aumenta el riesgo de que se produzcan malformaciones fetales, aborto espontáneo e incluso muerte fetal<sup>14</sup>.

Si se diagnostica en el segundo trimestre, algunos estudios recomiendan recurrir a la traquelectomía radical, que debe realizarse en tumores de estadio temprano<sup>9,18</sup>, aunque Yoshihara et al.<sup>18</sup> observaron que también se llevó a cabo en mujeres con esta neoplasia en un estadio más avanzado.

Otros investigadores recomiendan la histerectomía radical (el tratamiento por excelencia para tratar el cáncer de cérvix y prevenir futuras recidivas) acompañada de quimioterapia hasta la maduración pulmonar del feto. Sin embargo, esta cirugía supone ciertos peligros en el embarazo, llegando incluso a la interrupción del mismo. Además,

este tratamiento supone sacrificar la opción de volver a ser madre<sup>9,19</sup>.

Durante el tercer trimestre, en pacientes con estadios más avanzados se administra frecuentemente quimioterapia neoadyuvante (NACT), que se realiza a base de platino<sup>16</sup>. Con este tratamiento se puede proporcionar un mayor control de la enfermedad, así como estabilidad y prevención de diseminación del tumor.

Esta opción de tratamiento es factible desde las 14 semanas de gestación hasta la 35. No está indicada realizarla posteriormente a esa semana, pues se necesita un tiempo para la recuperación de las médulas materno-fetal. Este periodo ventana debe ser de unas tres semanas entre el último de ciclo de NACT y el momento del parto<sup>20</sup>.

Para elegir este tratamiento se debe sopesar el riesgo para el feto y la supervivencia de la madre, ya que algunos estudios relacionan esta terapia con prematuridad, retraso en el crecimiento uterino y un bajo peso al nacer. También se observaron en algunos casos efectos adversos como náuseas y vómitos, anemia, reacciones alérgicas, etc.<sup>14,21</sup>.

Tabla 1. Artículos seleccionados

Título/Año	Autores	Tipo de estudio	Objetivo	Principales resultados y conclusiones
<i>Efficacy of neoadjuvant platinum-based chemotherapy during the second and third trimester of pregnancy in women with cervical cancer: an updated systematic review and meta-analysis.</i> 2018	Song Y, Liu Y, Lin M, Sheng B, Zhu X	Metanálisis y revisión sistemática	Evaluar la eficacia y seguridad de la quimioterapia neoadyuvante (NACT) a base de platino durante el embarazo en mujeres con cáncer de cérvix	Se demostró que la NACT podría ser una opción favorable para el tratamiento de estas pacientes en el segundo y tercer trimestre
<i>Neoadjuvant chemotherapy for locally invasive cervical cancer in pregnancy: two case reports.</i> 2019	Li M et al.	Estudio retrospectivo	Evaluar las diferentes reacciones a un NACT en dos casos de embarazadas con cáncer de cérvix	NACT es una opción atractiva y viable para tratar el cáncer de cérvix avanzado en el embarazo. Esta se puede usar hasta en la paciente cuyo tumor no fue sensible a la NACT para mantener la gestación
<i>Locally advanced cervical cancer complicating pregnancy: A case of competing risks from the Catholic University of the Sacred Heart in Rome.</i> 2018	De Vicenzo et al.	Estudio retrospectivo	Destacar las opciones de tratamiento de una mujer gestante con CC en estadio IB2 a las 27 semanas de gestación y comprobar la viabilidad para la madre y su feto	Se realizó una histerectomía radical por cesárea tras ciclos de quimioterapia neoadyuvante con buenos resultados para la madre. Sin embargo, el feto fue diagnosticado con leucemia a los 22 meses, el cual no puede atribuirse directamente al tratamiento materno. Se necesitan estudios de ensayo aleatorizado con un mayor seguimiento fetal
<i>A case of successful maintained pregnancy after neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery for stage IB3 cervical cancer diagnosed at 13 weeks.</i> 2020	Guo Y, Zhang D, Li Y, Wang Y	Estudio retrospectivo	Cómo afecta la NACT en una paciente embarazada diagnosticada de cáncer de cérvix a las 13 semanas de gestación	Se sugiere que la NACT junto con cirugía radical podría ser una estrategia de mantenimiento del embarazo en el cáncer de cuello en estadio IB3
<i>The Safety and Effectiveness of Abdominal Radical Trachelectomy for Early-Stage Cervical Cancer During Pregnancy.</i> 2018	Yoshihara K et al.	Estudio retrospectivo	Comprobar la efectividad y seguridad de la traquelectomía radical abdominal en mujeres embarazadas con un estadio temprano de cáncer de cérvix	Se recomienda la traquelectomía radical como opción de tratamiento en mujeres gestantes con CC en estadio IB1, que debe realizarse entre las 15 y 17 semanas de gestación
<i>Neoadjuvant Chemotherapy of Cervical Squamous Cell Carcinoma during Pregnancy: A Case Report.</i> 2018	Hasanzadeh M, Yousefi Z, Jafarian AH, Saeed S, Shirinzadeh L, Davachi B et al.	Estudio retrospectivo	Examinar el resultado de la quimioterapia neoadyuvante en una embarazada con cáncer de cuello uterino	La quimioterapia neoadyuvante con taxol y platino fue un tratamiento exitoso en la paciente, junto con una histerectomía radical y linfadenectomía

Tabla 1. Artículos seleccionados (continuación)

Título/Año	Autores	Tipo de estudio	Objetivo	Principales resultados y conclusiones
<i>Outcome and subsequent pregnancy after fertility-sparing surgery of early-stage cervical cancers</i>	Lee CY, Chen YL, Chiang YC, Cheng CY, Lai YL, Tai YJ et al.	Estudio retrospectivo	Investigar resultados y embarazos posteriores en mujeres con cáncer de cuello en estadio temprano que se sometieron a cirugía para preservar la fertilidad	Las cirugías para preservar la fertilidad, incluidas la LEEP, la conización y la traquelectomía radical, pueden ser alternativas seguras a la histerectomía en pacientes jóvenes seleccionadas con cáncer de cuello uterino en etapa temprana que desean conservar su fertilidad. Recomendamos una consulta detallada antes de la cirugía, someterse a un tratamiento definitivo si está indicado y una vigilancia posoperatoria
<i>Management of Cervical Cancer in Pregnant Women: A Multi-Center Retrospective Study in China. 2020</i>	Li M et al. (LIM)	Estudio retrospectivo	Describir las características epidemiológicas, clínicas y el manejo de pacientes con CC en la gestación y evaluar resultados maternos e infantiles	La mayoría de las pacientes con esta neoplasia no se había sometido a pruebas de detección de CC en más de 5 años. Un tratamiento de quimioterapia neoadyuvante a base de platino podría ser una opción favorable para tratar el CC en el segundo y tercer trimestre
<i>Risk of preterm birth in women with cervical intraepithelial neoplasia grade one: a population-based cohort study. 2018</i>	Heinonen A, Gissler M, Paavonen J, Tapper AM, Jakobsson M	Estudio de cohortes	Estudiar la asociación entre la neoplasia intraepitelial cervical, el grado 1 y la escisión de electrocirugía de asa, con el parto prematuro	El procedimiento de escisión de electrocirugía con asa diatérmica aumenta el riesgo de parto prematuro. La neoplasia intraepitelial cervical de grado 1, como tal, no aumenta el riesgo de prematuridad
<i>Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Vaginal Radical Trachelectomy as Fertility-Preserving Treatment for Patients with FIGO 2018 Stage 1B2 Cervical Cancer. 2020</i>	Zusterzeel PLM, Aarts JWM, Pol FJM, Ottevanger PB, Van Ham MAPC	Estudio de cohortes	Evaluar los resultados oncológicos y fertilidad en pacientes que recibieron NACT junto con traquelectomía radical para preservar la fertilidad	El estudio mostró que este tratamiento podría ser una opción segura y que asegura la fertilidad. Mostró resultados prometedores con el 78% de las pacientes
<i>Minimally invasive versus open radical trachelectomy for early-stage cervical cancer: protocol for a multicenter randomized controlled trial in China. 2020</i>	Xiaopei C	Ensayo aleatorio controlado	Comparar los resultados oncológicos y de fertilidad de los pacientes tratados con traquelectomía radical mínimamente invasiva o traquelectomía radical abdominal de forma aleatoria y controlada en China	Este estudio sugiere que la ART supone un proceso de aprendizaje menor y obtiene una mayor radicalidad oncológica. Para comparar los resultados es fundamental la experiencia

Tabla 1. Artículos seleccionados (continuación)

Título/Año	Autores	Tipo de estudio	Objetivo	Principales resultados y conclusiones
<i>Single-Port-Access Laparoscopic Radical Trachelectomy in Early Stage Cervical Cancer with Successful Pregnancy Outcome: A Case Report.</i> 2021	Rattanaburi A, Jung Y, Ahn JH, Lee KH, Yoo J	Estudio retrospectivo	Comprobar la eficacia de la traquelectomía radical en una paciente con cáncer de cérvix	A la paciente se le realizó dicha cirugía de forma exitosa y meses después tuvo un embarazo viable. La traquelectomía radical es segura cuando la efectúa un cirujano con experiencia y se lleva a cabo en pacientes con cáncer de cérvix en estadio temprano y que quieren conservar su fertilidad
<i>Multicenter research on tumor and pregnancy outcomes in patients with early-stage cervical cancer after fertility-sparing surgery.</i> 2019	Wang, A, Cui G, Jin C, Wang Y, Tian X	Estudio retrospectivo	Investigar los resultados de los tumores y el embarazo después de la cirugía para conservar la fertilidad realizada en neoplasias de cérvix	Solo un paciente mostró recidivas después de la cirugía y aproximadamente el 78% de pacientes tuvo embarazos. Por lo que se consideró la traquelectomía radical como segura y eficaz para mantener la fertilidad en jóvenes con CC de estadio temprano
<i>Pregnancies after vaginal radical trachelectomy (RT) in patients with early invasive uterine cervical cancer: Results from a single institute.</i> 2020	Shinkai S et al.	Estudio retrospectivo	Comprobar si la traquelectomía radical (RT) tiene buen pronóstico entre las mujeres que quieren conservar su fertilidad	Tanto el pronóstico obstétrico como el oncológico después de la RT vaginal se han vuelto favorables en pacientes sometidas a esta cirugía
<i>Infertility after abdominal trachelectomy.</i> 2018	Egashira K et al.	Estudio retrospectivo	Aclarar problemas de infertilidad surgidos en pacientes tras someterse a una traquelectomía abdominal	Algunos pacientes tienen complicaciones por esta operación, como síndrome de Asherman, provocando infertilidad
<i>Effects of Educational Intervention on Nurses' Knowledge and Attitude Towards Providing Cervical Cancer Screening Information in Selected Health Facilities in Ibadan, Nigeria.</i> 2019	Ndikom CM, Ofi BA, Omokhodion FO, Bakare PO, Adetayo CO	Estudio prospectivo	Identificar los conocimientos de las enfermeras antes y después de recibir educación sobre el cáncer de cérvix	Se comprobó diferencia notoria de conocimientos en aquellas enfermeras que habían recibido esta educación y en las que no, mejorando su práctica
<i>Experience of Japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care.</i> 2020	Kozu M, Masujima M, Majima T	Estudio cualitativo	Identificar las experiencias de mujeres embarazadas con cáncer en la toma de decisiones y el papel de enfermería en estos casos	La experiencia de estas mujeres embarazadas en la toma de decisiones tiene dos vertientes: comunicación verbal y no verbal con su entorno y reflexión. El papel de la enfermería es garantizarles canales de comunicación continuos y un diálogo abierto y sincero para ayudarlas en sus necesidades informativas y toma de decisiones

Algunos estudios proponen este tratamiento junto con una cirugía. Zusterzeel et al.<sup>22</sup> aseguran en su investigación que el tratamiento de NACT y traquelectomía radical vaginal es una opción segura y con buenos resultados, conservando la fertilidad del 78% de mujeres. Incluso otros investigadores subrayan que el pronóstico es similar para una mujer gestante y una paciente no embarazada que se sometan a este tratamiento<sup>23</sup>.

La NACT se considera buena opción terapéutica incluso cuando el tumor no es sensible a este tipo de quimioterapia, ya que permite finalizar la gestación y comenzar un tratamiento definitivo de forma posterior al parto<sup>15</sup>.

La literatura diferencia varios tipos de tratamientos según el deseo de la paciente de preservar o no la fertilidad. Para aquellas que sí desean conservar su capacidad reproductiva se realizan tratamientos como: conización, traquelectomía simple, traquelectomía radical mínimamente invasiva, traquelectomía radical abdominal y quimioterapia neoadyuvante<sup>24</sup>.

Diversas investigaciones concuerdan con la efectividad de la traquelectomía radical, que sustituiría a la histerectomía radical para poder preservar el embarazo. Esta cirugía se recomienda para mujeres embarazadas jóvenes y con cáncer de cérvix en estadio temprano<sup>9,20,25</sup>.

Un estudio retrospectivo mostró cómo la incidencia de recidivas de esta cirugía suponía tan solo un 1,2% de las pacientes, y coincide con la investigación realizada por Zusterzeel et al.<sup>22</sup> en el alto porcentaje de pacientes que conservó su fertilidad<sup>26</sup>.

Sin embargo, la traquelectomía radical supone un aumento en el riesgo de parto prematuro, a causa de una falta de soporte mecánico del cuello uterino residual<sup>27</sup>. Por otra parte, Egashira, et. al.<sup>28</sup> discrepan con respecto al uso deliberado de esta cirugía, ya que en algunas pacientes se pueden desarrollar complicaciones secundarias a la intervención (insuficiencia ovárica prematura o síndrome de Asherman), comprometiendo su fertilidad<sup>28</sup>.

La histerectomía radical es la cirugía por excelencia, siempre y cuando la paciente decida renunciar a su fertilidad<sup>17</sup>. En este caso, el tratamiento más señalado por los estudios consta de quimioterapia neoadyuvante, cesárea seguida de histerectomía radical y linfadenectomía pélvica para evitar recidivas<sup>9,16</sup>.

En cuanto al papel de la enfermería especialista (matrona) en este proceso, abarca desde la prevención hasta la potencialidad de la enfermedad, además de su intervención en el control del bienestar fetal durante el embarazo. Con respecto a la prevención, esta profesional es la encargada de aportar información a la paciente, así como de realizar las pruebas diagnósticas necesarias, como es el caso de la citología. Esto supone una formación continuada por parte de las matronas para estar al tanto de los avances en la evidencia científica<sup>29</sup>.

Por otra parte, cuando la neoplasia pasa de lo potencial a lo real, la intervención estaría más enfocada al apoyo y la co-

municación porque en esta situación la mujer gestante se enfrenta a decisiones muy complejas y determinantes para su embarazo. La matrona debe establecer una vía comunicativa plena con la mujer embarazada donde se ofrezca un diálogo abierto, en el que la paciente pueda expresarse libremente y donde se le garantice una información continuada y clara consensuada entre el equipo de atención para ofrecer a la mujer un mensaje único, que responda todas las dudas y resulte de ayuda en la resolución de problemas.

Además, las intervenciones enfermeras deben proporcionar una atención integral y multidisciplinar, pudiendo realizar incluso una derivación a psiquiatría si fuese necesario<sup>30</sup>.

### Limitaciones del estudio

Con respecto a las limitaciones de esta revisión, no se encontraron estudios con seguimiento a largo plazo para comprobar la eficacia de los tratamientos y los posibles efectos secundarios.

### Implicaciones para la práctica clínica

Para intentar reducir este problema se debería hacer aún más hincapié en llevar a cabo citologías para conseguir un diagnóstico precoz, así como hablar sobre este tema a las mujeres embarazadas y sobre las diversas opciones terapéuticas para obtener información suficiente.

También desde la consulta de Atención Primaria de la matrona, se debería establecer una prevención primaria incidiendo en la importante labor de educación sanitaria destinada a evitar hábitos de riesgo (tabaquismo, inicio precoz de las relaciones sexuales, promiscuidad, etc.) y la administración de la vacuna del VPH. Atendiendo al origen vírico del 70% de los casos de cáncer de cérvix, la vacuna del VPH previene tanto el contagio como sus lesiones precursoras de cáncer.

La prevención secundaria se fundamenta en el cribado citológico seriado de todas las mujeres, mediante este examen se pueden objetivar cambios celulares que muestren una lesión premaligna, la cual se puede tratar con éxito si es detectada a tiempo. Es preciso destacar que en el caso de mujeres infectadas por VPH, dado que además no presentan síntomas, su contagio puede pasar inadvertido e igualmente su seguimiento citológico puede alertar con tiempo de cambios que finalmente pudieran derivar en una lesión cancerosa con mayores y más complejas implicaciones para su resolución según el estadio en que se encuentren.

Es aceptado de forma universal que un correcto control ginecológico y la vacunación frente al VPH maximiza la eficacia del programa para combatir el cáncer de cuello de útero.

Una vez que el cáncer se ha hecho presente, y en el caso más complejo de que la portadora sea una mujer gestante, la matrona que forma parte del equipo asistencial tiene una

importante función de apoyo y actividades específicas de cuidado delegadas, para el mantenimiento del bienestar del binomio materno-fetal.

## Conclusiones

Esta neoplasia diagnosticada en el periodo de gestación presenta una serie de complicaciones durante la misma que comprenden desde la prematuridad hasta el aborto.

Se deben tener en cuenta las características del tumor, el estadio del embarazo y el deseo de preservar la fertilidad para elegir un tratamiento. La histerectomía radical y la traquelectomía radical junto con la quimioterapia neoadyuvante son tratamientos con buen pronóstico materno-fetal.

La traquelectomía radical con quimioterapia neoadyuvante es el tratamiento con mejores resultados sobre de fertilidad femenina.

El papel de la enfermería especializada, que corresponde a la matrona, es fundamental en la prevención y cuando el diagnóstico irreversible se ha establecido puede, dentro del equipo multidisciplinar de atención, ayudar en la toma de decisiones, aportando toda la información necesaria tanto del embarazo como de esta neoplasia, previamente consensuada con el equipo para dar a la mujer un mensaje claro y único, aunque la tarea informativa primera, la del diagnóstico y las posibilidades terapéuticas para su resolución, correspondan al ginecólogo encargado de su tratamiento.

Se necesitan más estudios a largo plazo en las implicaciones de la práctica clínica para obtener resultados más concluyentes y poder proporcionar mejor asesoramiento a las mujeres con este problema.

## Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 16 nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/es/>
- Cottreau CM, Dashevsky I, Andrade SE, Li DK, Nekhlyudov L, Rabele MA, Ritzwoller DP, Partridge AH, Pawloski PA, et al. Pregnancy-Associated Cancer: A U.S. Population-Based Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019; 28(2):250-7. Doi: <http://doi.org/10.1089/jwh.2018.6962>
- Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer de cérvix: qué es. *Aecc.es*. [internet] 2020 [citado 16 nov 2022]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 16 nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- López Araque AB, Linares Abad M, López Medina MD. Percepción de síntomas en primigestas con embarazo en vías de prolongación. *Index Enferm* 2015; 24(1-2):35-9. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100008>
- Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [internet]. 2012 [citado 16 nov 2022]; 38(3):333-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog123f.pdf>
- Parazzini F, Franchi M, Tavani A, Negri E, Peccatori FA. Pregnancy-associated cancers: frequency and temporal trends in Italy. *Int J Gynecol Cancer*. 2020; 30(2):241-4. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/IGC.0000000000000904>
- Tato Varela S. Uso de la traquelectomía radical en cáncer de cérvix con histología infrecuente: a propósito de 2 casos. *Prog. Obstet. Ginecol*. 2015; 58(10):456-9. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.pog.2015.04.010>
- Hasanzadeh M, Yousefi Z, Jafarian AH, Saeed S, Shirinzadeh L, Davachi B, et al. Neoadjuvant Chemotherapy of Cervical Squamous Cell Carcinoma during Pregnancy: A Case Report. *Middle East Journal of Cancer* [internet]. 2018 [citado 16 nov 2022]; 9(4):334-8. Disponible en: [https://mej.sums.ac.ir/article\\_42136\\_1ff0bd075c231bcc0ac1f18f74776233.pdf](https://mej.sums.ac.ir/article_42136_1ff0bd075c231bcc0ac1f18f74776233.pdf)
- National Cancer Institute. Tratamiento del cáncer de cuello uterino (PDQ). Bethesda [internet] 2021 [citado 16 nov 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
- Lima AP, Teixeira RC, Correa AC, Oliveira QC. Cáncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisao de literatura. *Ciencia, Cuidado e Saúde* 2009; 8(4):699-706. Doi: <http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i4.9709>
- Rocha Moreira RC, Mendonça Lopes RL. Cervical Cancer Prevention: Unveiling Impersonality in Pregnant Women's Voice. *Ciencia, Cuidado e Saude* 2013; 12(4):768-75. Doi: <http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i4.18973>
- Roberts K, Rezaei N, Edmondson RJ. Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility. *Br. J. of Midwifery* [internet]. 2007 [citado 16 nov 2022]; 15(3):132-6. Doi: <http://doi.org/10.12968/bjom.2007.15.3.23022>
- Song Y, Liu Y, Lin M, Sheng B, Zhu X. Efficacy of neoadjuvant platinum-based chemotherapy during the second and third trimester of pregnancy in women with cervical cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther*. 2018; 13:79-102. Doi: <http://doi.org/10.2147/DDDT.S186966>
- Li M, Zhao Y, Liou YL, Li XP, Zhang XP, Wang Y, et al. Neoadjuvant chemotherapy for locally invasive cervical cancer in pregnancy: two case reports. *Translational Cancer Research* [internet] 2019 [citado 16 nov 2022]; 8(4):1641-6. Disponible en: <https://tcr.amegroups.com/article/view/30687/22213>
- De Vincenzo, Tortorella L, Ricci C, Cavaliere AF, Zannonic GF, Cefalod MG, et al. Locally advanced cervical cancer complicating pregnancy: A case of competing risks from the Catholic University of the Sacred Heart in Rome. *Gynecologic Oncology* [internet]

- 2018 [citado 16 nov 2022]; 150(3):398-405. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825818310138?via%3Dihub>
17. Guo Y, Zhang D, Li Y, Wang Y. A case of successful maintained pregnancy after neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery for stage IB3 cervical cancer diagnosed at 13 weeks. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet] 2020 [citado 16 nov 2022]; 20(1):202. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140335/>
  18. Yoshihara K. The Safety and Effectiveness of Abdominal Radical Trachelectomy for Early-Stage Cervical Cancer During Pregnancy. *Int J Gynecol Cancer* [internet] 2018 [citado 16 nov 2022]; 28(4):782-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5929493/>
  19. Lee CY, Chen YL, Chiang YC, Cheng CY, Lai YL, Tai YJ, et al. Outcome and subsequent pregnancy after fertility-sparing surgery of early-stage cervical cancers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [internet] 2020 [citado 16 nov 2022]; 17(19):7103. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-850916984>
  20. Li M, Zhao Y, Qie M, Zhang Y, Li L, Lin B, Guo R, et al. Management of Cervical Cancer in Pregnant Women: A Multi-Center Retrospective Study in China. *Frontiers in Medicine*. 2020; 7(7):538815. Doi: <http://doi.org/10.3389/fmed.2020.538815>
  21. Heinonen A, Gissler M, Paavonen J, Tapper AM, Jakobsson M. Risk of preterm birth in women with cervical intraepithelial neoplasia grade one: a population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [internet] 2018 [citado 16 nov 2022]; 97(2):135-41. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13256>
  22. Zusterzeel PLM, Aarts JWM, Pol FJM, Ottevanger PB, Van Ham MAPC. Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Vaginal Radical Trachelectomy as Fertility-Preserving Treatment for Patients with FIGO 2018 Stage 1B2 Cervical Cancer. *Oncologist*. [internet] 2020 [citado 16 nov 2022]; 25(7):1051-9. Disponible en: <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1634/theoncologist.2020-0063>
  23. Halaska, MJ, Uzan C, Han S, Fruscio R, Steffensen KD, Van Calster B, et al. Characteristics of patients with cervical cancer during pregnancy: A multicenter matched cohort study. An initiative from the International Network of Cancer, Infertility and Pregnancy. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2019; ijgc-2018-000103. Doi: <http://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000103>
  24. Xiaopei C, Li L, Wu M, Wu H, Ma S, Tan X, et al. Minimally invasive versus open radical trachelectomy for early-stage cervical cancer: protocol for a multicenter randomized controlled trial in China. *Trials*. 2020; 21(1):1022.
  25. Rattanaburi A, Jung Y, Ahn JH, Yoo JG. Single-Port-Access Laparoscopic Radical Trachelectomy in Early Stage Cervical Cancer with Successful Pregnancy Outcome: A Case Report. *J Health Sci Med Res* [internet] 2021 [citado 16 nov 2022]; 39(1):73-8. Disponible en: <https://www.jhsmr.org/index.php/jhsmr/article/view/754>
  26. Wang A, Cui G, Jin C, Wang Y, Tian X. Multicenter research on tumor and pregnancy outcomes in patients with early-stage cervical cancer after fertility-sparing surgery. *IMR* [internet] 2019 [citado 16 nov 2022]; 47(7):2881-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0300060519845974>
  27. Shinkai S, Ishioka S, Mariya T, Fujibe Y, Kim M, Someya M, et al. Pregnancies after vaginal radical trachelectomy (RT) in patients with early invasive uterine cervical cancer: Results from a single institute. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1):248. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02949-1>
  28. Egashira K, Hiasa K, Yokota N, Kawamura T, Matsushita T, Okugawa K, et al. Infertility after abdominal trachelectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018; 97(11):1358-64. Doi: <http://doi.org/10.1111/aogs.13429>
  29. Ndikom CM, Ofi BA, Omokhodion FO, Bakare PO, Adetayo CO. Effects of Educational Intervention on Nurses' Knowledge and Attitude Towards Providing Cervical Cancer Screening Information in Selected Health Facilities in Ibadan, Nigeria. *J Canc Educ* 2019; 34:59-65. Doi: <http://doi.org/10.1007/s13187-017-1267-7>
  30. Kozu M, Masujima M, Majima T. Experience of Japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care. *Jpn. J. Nurs. Sci*. 2020; 17(2): e12300. Doi: <http://doi.org/10.1111/jjns.12300>

<sup>1</sup> Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla  
<sup>1</sup> Alba Díez Ibarbia  
<sup>2</sup> Elena Fernández García

## ¿El fin del modelo de asistencia al parto y nacimiento en los Países Bajos?: la realidad del parto domiciliario en Holanda

<sup>1</sup> *Matronas. Hospital "Marqués de Valdecilla". Cantabria (España).*

E-mail: mamenmp96@hotmail.com

<sup>2</sup> *Matrona. C.S. "Vicente Soldevilla". Madrid (España).*

Fecha de recepción: 23 de febrero de 2022.

Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2022.

### Cómo citar este artículo:

Plata Quintanilla RM, Díez Ibarbia A, Fernández García E. ¿El fin del modelo de asistencia al parto y nacimiento en los Países Bajos?: la realidad del parto domiciliario en Holanda. *Matronas Hoy* 2022; 10(3):49-61.

### Resumen

**Introducción:** históricamente el Ministerio de Salud holandés ha alentado los partos domiciliarios con la teoría de que lo que podía llevarse a cabo fuera del hospital debía mantenerse fuera del mismo. El sistema de asistencia a los partos en los Países Bajos está totalmente orientado a no medicalizarlos.

La estadística holandesa de los partos asistidos en el hogar, que han sufrido una importante caída, aún se distingue de la del resto de los países europeos, de los que ni siquiera los países escandinavos superan el 2% de todos los nacimientos asistidos en casa.

Muchos son los factores que están relacionados con esta inversión en el porcentaje de partos asistidos en casa en los Países Bajos, de los cuales se destaca uno que se estima determinante, como es el de la necesidad de alivio del dolor por parte de las mujeres holandesas.

**Objetivos:** analizar las circunstancias sobrevenidas que, como la oferta de alivio medicamentoso a las mujeres en proceso de parto, especialmente la analgesia epidural, son factor de cambio de la forma de la asistencia al parto en Holanda. Objetivar la realidad de la asistencia actual de la atención al parto y nacimiento en Holanda.

**Método:** revisión de la literatura y los registros y las auditorías de salud holandesas.

**Conclusiones:** necesidad en alza expresada por las mujeres holandesas, por sus demandas, que han inducido a la oferta de analgesia epidural en gran parte de los hospitales de los Países Bajos.

Incremento de las parturientas holandesas que, entre otros factores, buscando alivio del dolor por medios médicos, deciden dar a luz en el hospital en lugar de seguir la tradición de hacerlo en el domicilio.

**Palabras clave:** parto en casa; dolor; analgesia epidural; cultura; matronas; Holanda (Países Bajos).

### Abstract

*The end of the model for delivery and birth assistance in the Netherlands? the reality of home birth in Holland*

**Introduction:** historically, the Dutch Ministry of Health has encouraged home births with the theory that everything that can be done outside hospital should be kept outside it. The delivery assistance system in the Netherlands is completely orientated to non-medicalization.

The Dutch statistics for assisted home births have experienced a major reduction, but they are still different from the rest of Europe, where not even Scandinavian countries exceed 2% of all assisted home births.

There are many factors associated with this reversal in the proportion of assisted home births in the Netherlands, but one stands out and is considered determining: the need for pain relief by Dutch women.

**Objectives:** to analyse the circumstances such as the offer of medication relief to women during delivery, particularly epidural analgesia, which are a factor of change for the model of birth assistance in Holland. To provide objective data about the reality of the current assistance for delivery and birth care in Holland.

**Method:** a review of literature and Dutch health records and audit reports.

**Conclusions:** there is an increasing need, expressed by the demands of Dutch women, that has prompted the offer of epidural analgesia in the majority of hospitals in the Netherlands.

There is an increase in Dutch women in labour who decide to give birth at hospital, looking for pain relief by medical means among other factors, instead of following the tradition of home births.

**Key words:** home birth; pain; epidural analgesia; culture; midwives; Holland (The Netherlands).

## Introducción

Históricamente, el Ministerio de Salud holandés ha alentado los partos domiciliarios con la teoría de que lo que podía mantenerse fuera del hospital, debía mantenerse fuera. El sistema de asistencia a los partos está totalmente orientado a no medicalizarlos.

La estadística holandesa de los partos asistidos en el hogar se distingue de la del resto de los países europeos, de los que ni siquiera los países escandinavos superan el 2% de todos los nacimientos asistidos en el hogar: la segunda tasa más alta de partos domiciliarios corresponde a Dinamarca con 1,4% (Suecia, el 1%; Finlandia, el 0,2%) y el tercero de los países es Alemania con 1,3%<sup>1</sup>.

Se ha mantenido que la elección de los partos domiciliarios por parte de las mujeres holandesas es una cuestión de actitud, pero no parece que esta circunstancia sea exclusiva, porque la organización social, política y cultural del parto son las influencias que determinan la elección del lugar del parto, por ejemplo, el seguro de salud en Holanda no cubría el costo total de un parto hospitalario, a menos que hubiera un imperativo médico real (Gráfico 1).

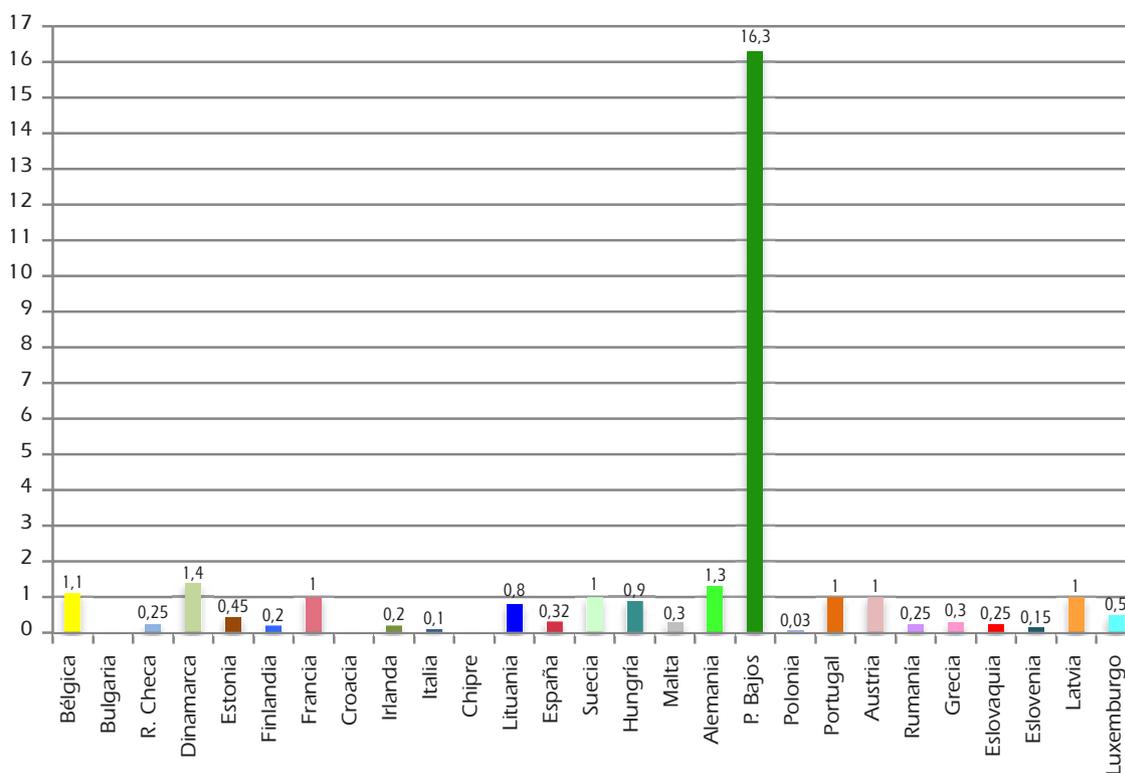
En los Países Bajos, el modelo de partería en la atención del parto se define como un proceso fisiológico normal y un evento

familiar. El sistema de atención holandés se enfoca en mantener la Atención Primaria de embarazo-parto con matronas y médicos generales, siendo estos los que canalizarían la atención especializada a un obstetra en caso de necesidad.

Además, mantener los partos fuera del hospital es rentable para el sistema de atención de salud, ya que es menos oneroso que la asistencia hospitalaria<sup>2</sup>.

En 2003, el primer estudio Peristat<sup>3</sup> mostró que la mortalidad perinatal en los Países Bajos en 1998-2000 fue la más alta dentro de la entonces Unión Europea, lo que ha generado controversias en torno a la seguridad de la asistencia de los partos en el hogar en Holanda, y con toda probabilidad han sido el motivo que ha influido en el descenso de este tipo de asistencia al parto. Sin embargo, conjuntamente, ha entrado en escena un factor importante, como es el manejo del dolor que, se cree, también ha incidido en el cambio de modelo asistencial con repercusión clara en la importante bajada de las tasas de partos domiciliarios.

Mientras que en 1955 se cifraban los partos domiciliarios en Holanda en más del 75%, en 1965 ya solo representaban dos tercios del total, proporción que en los siguientes 25 años se ha invertido con más de dos tercios de los nacimientos en el hospital<sup>4</sup> y menos de un tercio en casa.



Elaboración propia. Fuente: datos de *Galkoba*<sup>1</sup>

Gráfico 1. Porcentaje de partos domiciliarios en Europa

## Objetivos

- Analizar circunstancias sobrevenidas que, como la oferta de alivio medicamentoso a las mujeres en proceso de parto, especialmente la analgesia epidural, son factor de cambio de la forma de la asistencia al parto en Holanda.
- Objetivar la realidad de la asistencia actual de la atención al parto y nacimiento en Holanda.

## Método

Revisión de la literatura y de los registros y auditorías de salud holandeses a través del Registro Holandés Perined, fundamentalmente con el propósito de conocer la calidad de la atención brindada y descubrir oportunidades para mejorarla, gestiona los datos sobre la atención del parto en nombre de las cuatro asociaciones profesionales que los suministran: la KNOV (Real Organización Holandesa de Matronas), la LHV (Asociación Nacional de Médicos Generales, incluidos los médicos generales obstétricamente activos unidos en la VVAH), la NVOG (Asociación Holandesa de Obstetricia y Ginecología) y la NVK (Asociación Holandesa de Pediatría).

Una dificultad sobreañadida ha sido el manejo del idioma holandés (desconocido para las autoras) de la mayoría de las fuentes consultadas, que han podido resolver utilizando el sistema multilingüe de traducción automática, desarrollado y proporcionado por Google.

Las palabras clave utilizadas han sido parto domiciliario, dolor, analgesia epidural, cultura, matronas, Holanda (Países Bajos).

## La percepción del dolor de las mujeres holandesas

No se ha de olvidar que el trabajo de parto es un periodo crítico y muy importante en la vida de una mujer. Sin embargo, la mayoría de las mujeres sufre dolor de alta intensidad durante el trabajo de parto<sup>5</sup>.

Lowe<sup>6</sup> manifestaba la paradoja de la asociación del parto como proceso fisiológico con dolor agudo. Afirmaba que *"la experiencia del dolor durante el trabajo de parto es el resultado de un procesamiento complejo de múltiples factores fisiológicos y psicosociales en la interpretación individual de una mujer de los estímulos nociceptivos del trabajo de parto."*

Baste el ejemplo al respecto, ya célebre en la historiografía contemporánea, de la descripción que Estrabón en su libro III, dedicado a la Península Ibérica, relataba no sin asombro los partos de las mujeres cántabras así: *"las mujeres cultivan la tierra, y apenas dan a luz ceden el lecho a sus maridos y los cuidan. Con frecuencia paren en el momento en el*

*que se encuentran en plena labor, de forma que lavan al recién nacido inclinándose sobre la corriente del arroyo, y lo envuelven luego"*<sup>7</sup>.

El historiador griego narra una costumbre social relacionada con el parto, la de la covada; y por otra parte, ponía de manifiesto la valentía y la estoicidad frente al dolor de las mujeres cántabras para afrontar un hecho fisiológico no exento de dolor, lo que etiquetaría a estas mujeres de poseer un alto poder de afrontamiento del dolor.

La aplicación de la anestesia en el parto (cloroformo) ha dejado anotaciones importantes como la de Merriman (1848), sobre el influjo cultural y social negativos en la percepción del dolor de parto que fue registrándose con la evolución social: *"Es indudable que en el estado incivilizado a veces ocurren dificultades en el nacimiento, pero parece que ocurren muy raramente; el avance de la civilización, sin embargo, siempre aumenta su número. Por muy alto que podamos estimar el valor de la civilización, y es justo que así lo estimemos, existe esta desventaja inseparable de ella, y es que a medida que la civilización se vuelve más perfecta, la forma de vivir se vuelve más artificial, y el sistema humano, en consecuencia, más dispuesto a ser influido perjudicialmente por la condición artificial en que se encuentra la humanidad."*

*En las naciones civilizadas existen muchas tentaciones de transgredir o ir más allá de las simples exigencias de la naturaleza; las restricciones de la moda, la abundancia o escasez de alimentos, la ansiedad mental, la excitación nerviosa de varios tipos y otras causas, inducen formas de delicadeza de constitución, que reaccionan, mecánicamente o funcionalmente, sobre el proceso del parto, y lo hacen más o menos difícil"*<sup>8</sup>.

Estos pensamientos de Merriman, en el siglo XVIII, los resume Moscoso en el siglo XXI en su *Historia cultural del dolor* afirmando que *"no es barbarie, sino el exceso de civilización, el que ha modificado el umbral perceptual, convirtiendo un acontecimiento natural en una crisis nerviosa"*<sup>9</sup>.

Andando el tiempo también vimos que, entre otros, los discípulos del ruso Pavlov (fisiólogos, psicólogos, ginecólogos), en función de las investigaciones de su maestro sobre los reflejos condicionados, explicaban que el parto no ha sido siempre doloroso, pero se ha hecho tal en el curso de los tiempos a causa de los "reflejos condicionados", derivados de una transmisión negativa creada por el ambiente, que indudablemente provoca el temor del alumbramiento y el temor a los dolores terribles que lo acompañan. Por ello, al inicio de la dilatación surge la reacción de defensa del dolor, el cual provoca una contracción muscular y esta, a su vez, un incremento de dolor. Por ello, sin negar el dolor, esta escuela mantenía que este se derivaba de una causa falsamente interpretada: a las contracciones uterinas le acompañan sensaciones que si no son interpretadas por los órganos cen-

trales como simples funciones naturales, en virtud de los reflejos condicionados, y en particular del enorme temor, se convertían en sensaciones dolorosas.

Estas son meros recuerdos históricos que explican cómo la experiencia del dolor en general, y en concreto el de parto, ha sido modificada por pautas y patrones culturales; así la representación social femenina del proceso del parto cada vez más asocia el concepto de sufrimiento y dolor con el parto normal, situación que intimida y asusta a las mujeres durante el embarazo. Los sentimientos reflejan los significados de su entorno, son ecos de conceptos culturales sobre el parto alimentados por la desinformación, los medios de comunicación, los relatos de otras mujeres y el modelo de atención obstétrica e incluso se puede incluir la influencia de los medios de comunicación en la construcción o refuerzo simbólico del miedo al dolor en el parto normal.

En consecuencia, las dimensiones socioculturales del dolor y su impacto en la búsqueda de alivio del mismo en la mujer en el parto hace tiempo que emprendieron una escalada ascendente.

El manejo eficiente del dolor se ha convertido en una parte importante del plan de atención de la mujer en edad fértil de muchos ministerios de salud de diferentes países del mundo y las mujeres, cada vez más, solicitan anestesia epidural, confirmada como la técnica más efectiva de alivio del dolor, entre los métodos farmacológicos<sup>10</sup>.

En la literatura científica hemos descubierto un artículo muy interesante elaborado por profesionales del Departamento de Sociología de la Universidad de Gante, en Bélgica, titulado en español: "Aceptación del dolor y control personal en el alivio del dolor en dos modelos de atención materna: una comparación transnacional de Bélgica y los Países Bajos"<sup>11</sup>. En el citado trabajo se comparan dos países, Bélgica y los Países Bajos, países vecinos que comparten la misma lengua, sistema político y geografía, aunque se caracterizan por una organización diferente de la atención de salud, sobre todo en la atención a la maternidad.

En Bélgica los riesgos médicos del parto se enfatizan, pero quedan neutralizados por una fuerte creencia de fondo en el modelo médico. El dolor de parto se percibe como una molestia innecesaria fácilmente resuelta por medio del uso de medicamentos para el dolor. Mientras que en los Países Bajos, el modelo de atención de partería define el parto como un proceso fisiológico normal y un evento familiar. El dolor de parto es percibido como un aliado en el proceso de parto.

A pesar del hecho de que las mujeres belgas y holandesas de la muestra compartían las mismas actitudes ante el dolor, el uso de medicamentos para el dolor difiere fuertemente entre los grupos. Más del 47,8% de las encuestadas belgas frente al 14,5% de las holandesas recibían, por las fechas en las que se realizó el estudio (2010), alivio farmacológico del dolor.

Esto podría ser una indicación de una necesidad insatisfecha entre las encuestadas holandesas. Por lo tanto, los autores concluyen en que "aunque la aceptación del dolor es un atributo personal, la eficacia de la aceptación del dolor en la reducción del uso de la medicación para el dolor depende del contexto de la atención". En este trabajo, en el que se comparaban dos modelos de cuidados en sendas maternidades en Bélgica y los Países Bajos, los resultados desmontan en parte la actitud estoica y de aceptación del dolor de las mujeres holandesas, de las que desde tiempo inmemorial se viene afirmando que asumen el dolor del parto como un aliado en el proceso de parto y nacimiento. Precisamente en ese contexto de atención es indudable que la atención del parto en casa, en la que no es posible ofrecer alivio medicamentoso del dolor, influye decisivamente en las actitudes de cambio hacia la elección del hospital como lugar de atención del parto.

### El debate social en torno a la analgesia en el parto en Holanda

Raymond de Vries es profesor emérito en el Departamento de Aprendizaje de Ciencias de la Salud y en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Michigan, también ha sido profesor invitado en la Escuela CAPHRI de Salud Pública y Atención Primaria de la Universidad de Maastricht, Países Bajos; él ha estudiado en profundidad las cuestiones sociales, éticas y políticas asociadas con la medicalización del embarazo y el parto en Holanda. Ha hecho una profunda investigación de las costumbres históricas, sociales y culturales responsables de la forma de nacimiento holandés, que abre una nueva página en el análisis de la atención médica y determina factores determinantes en la reforma de la atención materna en ese país: uno de ellos el empleo de analgesia epidural.

Relacionado con la anestesia en el parto, cita este autor<sup>12</sup> la intervención de la revista feminista *Opzij* fundada en 1972, durante la segunda ola feminista de los Países Bajos, y que ha estado a la vanguardia de la emancipación de la sociedad holandesa empujando en favor de los derechos de la mujer, como la que abrió el debate social en torno a la analgesia epidural, aunque es probable que ya en el imaginario colectivo de algunas mujeres este deseo estuviera latente.

Cuenta que la redactora Anke Manschot, en 1993, fue la autora del artículo *Is all this suffering still necessary? (¿Todavía es necesario todo este sufrimiento?)* publicado en esta revista, el que desató un fuerte debate público en torno a esta opción. La redactora afirmaba que el sistema sanitario holandés estaba actuando de forma patriarcal al denegar el acceso a la anestesia epidural frente a las protestas de algunos sectores feministas que afirmaban que el dolor del parto era necesario para mantener la identidad de la mujer y la fe en sí misma.

En respuesta a esta afirmación hecha por algunas feministas holandesas, Manschot respondía:

*"Cuando se trata de una apendicetomía o la perforación de un diente, nadie sugiere que estos sean intervenidos en su acogedora casa, con su música favorita, sin anestesia, para potenciar la fortaleza del afectado... El único argumento que debería contar para evitar un parto doloroso es el grado en que una epidural pudiera dañar a madre e hijo".* Luego criticó la disposición del país para ofrecer un alivio del dolor de parto en los Países Bajos: *"Parece que hay pocas razones médicas para negar la anestesia a una mujer durante el nacimiento. Sin embargo, esto sucede en nuestro país".*

El artículo de Manschot inspiró un intercambio acalorado de cartas en los siguientes dos números de *Opzij*, sigue relatando de Vries. Por un lado, las de quienes afirmaban que el uso generalizado de la epidural daría como resultado el final del parto en el hogar, dado que no es factible administrar epidurales en casa, y la pérdida de control sobre la experiencia del parto en el propio ambiente. En el lado opuesto, estaban las que felicitaban a Manschot por romper el tabú sobre este tema y que etiquetaron a quienes negaban el alivio del dolor al nacer como "sádicos".

De Vries refiere que las respuestas que generó este artículo presagiaban un cambio en la forma de nacimiento holandés, algo que él mismo pudo confirmar a partir de 1994, cuando comenzó su investigación, con los resultados obtenidos, que eran reflejo de cambios significativos en la forma en que se abordaba ya el nacimiento en los Países Bajos. Estos sugerían, según su criterio, que los pilares sobre los que se apoyaba el sistema holandés de atención al parto se estaban debilitando.

### Acciones del sistema de salud holandés a expensas de la demanda de analgesia epidural en el parto

Los profesionales que implementarían el proyecto de anestesia epidural en Holanda, a partir de 2008, expresaban en el prólogo de su guía que *"la incertidumbre y la frustración entre las mujeres embarazadas y los proveedores de atención obstétrica se abre paso regularmente en los medios de comunicación"*. Por otra parte, informaban de que ya en 1998 un pequeño grupo de trabajo elaboró el proyecto "Analgesia epidural durante el parto", pero no fue adoptado por la asamblea general de la Asociación Holandesa de Anestesiología (NVA)<sup>13</sup>.

Invariablemente los mismos sentimientos que expresaban los desarrolladores de la guía holandesa, en la que se consignaba la utilización de la analgesia epidural, se produjeron anteriormente en España, a propósito, cuna del descubrimiento de la analgesia epidural, invención centenaria del comandante Fidel Pagés Miravé (1921).

Una implementación de una oferta sanitaria de este calado requiere un potente motor financiero, organizativo y estructural. En el caso de nuestro país, España, la propuesta de oferta de analgesia epidural se incluyó en el 1<sup>er</sup> Plan Integral de Asistencia a la Mujer de 1998, uno de sus objetivos por entonces era el de aumentar la analgesia epidural en el parto, estableciéndose una cobertura del 40% de los partos vaginales en 1998 y del 100% en el año 2.000 de los partos en los que se demandara esta analgesia. Con una población diana, población en edad fértil según TSI de octubre de 1997, estimada en 3.736.260 mujeres, se calculó el coste adicional para los dos primeros años en 1.241.460.800 ptas (actualmente 7.461.329,68 euros) para la implementación de la oferta de analgesia epidural. Se determinó un método de evaluación del programa anual, uno de cuyos ítems era el porcentaje de partos vaginales atendidos con analgesia epidural sobre el total de partos vaginales llevados a cabo. Finalmente se anexó el Protocolo Analgesia Epidural en el Parto<sup>14</sup>.

Desde los propios estamentos gubernamentales se instaba a que el ministerio cumpliera su compromiso de que a partir de 1998 todos los hospitales españoles pudieran aplicar la anestesia epidural a las mujeres embarazadas de forma totalmente gratuita<sup>15</sup>.

El debate continuó pasado unos años de la paulatina implementación de la analgesia epidural en el parto, siendo considerada su oferta durante 24 horas, 365 días al año, elemento de calidad. Aun asumiendo que la cobertura de partos con anestesia epidural había ido incrementándose desde el año 1998 (en 2001, 45,38%), eran tema de debate en la Cortes Generales las variables en este tema que justificaban el problema existente de la desigualdad de oportunidades en la aplicación de esta técnica a todas las mujeres que la deseaban y eran susceptibles de que les fuera aplicada: por una parte, que las mujeres que no conocían esta técnica tampoco la pedían; y, por otra parte, que los anestesiólogos tenían que hacer cursos de reciclaje para perfeccionarla.

El interpelado Secretario General de Sanidad afirmaba que el ministerio estaba haciendo un esfuerzo y estaba incrementando las plazas de anestesiólogos y la formación de estos<sup>16</sup>.

Por su parte, la prensa se hacía eco de las novedades en torno a la aplicación de la anestesia epidural, algo que fue calando en el imaginario colectivo y generando una necesidad entre las mujeres y consecuentemente una demanda al alza hasta conseguir casi una oferta universal en la mayoría de los hospitales de España, centros a los que en aquellos primeros años se les incentivó incluso económicamente para elevar las tasas de la oferta.

Obviamente, la reclamación del derecho de las mujeres a esta técnica por las desigualdades en su aplicación generó reivindicaciones, que lo mismo se debatieron en Cortes au-

tonómicas, que eran trasladadas al Defensor del Pueblo<sup>17</sup>, a las gerencias de los hospitales y servicios de salud. Se da el caso de una paciente (que se sepa) que interpuso reclamación patrimonial<sup>18</sup> por tener que soportar un parto sin anestesia epidural pese a encontrarse en una situación de "dolor insoportable". La demanda fue desestimada por la Audiencia Nacional, ya que habiendo sido advertida previamente la mujer gestante de que la aplicación de la epidural solo sería posible en caso de que se considerase indicada clínicamente y fuese estructuralmente posible, la presencia en el hospital de un solo anestesista de guardia impidió su actuación en previsión de casos más graves y la paciente tuvo que conformarse con la administración de analgésicos y sedantes en vez de la epidural.

Todas las reclamaciones y los avances se convirtieron en perchas informativas para los medios de comunicación que ponían de manifiesto su interés por el propio interés social suscitado.

Volviendo a Holanda, se ha ido viendo que la demanda social creciente de alivio de dolor en el parto era un hecho y es indiscutible que ello, entre otras circunstancias, fue forzando a la administración sanitaria holandesa a ofrecer esta cobertura sanitaria a las parturientas, de forma similar a lo que sucediera en España, aunque nuestro país fuera por delante en su implementación y no tuviera de lidiar con el factor organizativo y cultural del específico modelo de atención de partería holandes.

Hemos estudiado los esmerados registros de Atención perinatal en los Países Bajos iniciados en 2002 y precisamente en el del año 2003<sup>19</sup> se incluía por primera vez un párrafo relativo a la analgesia epidural, que avanzaba una respuesta a la población demandante de la técnica: "Holanda se ha distinguido tradicionalmente por la baja utilización de alivio del dolor durante el periodo de trabajo de parto. En los últimos años parece haber algún cambio y NVOG, junto con los anestesistas, ha tomado la iniciativa de dar la oportunidad de ofrecer analgesia epidural las 24 horas del día en todos los hospitales". Se aplicó analgesia epidural en la fase de dilatación solo en el 3,6% de todos los partos.

En el mismo documento de registro de 2004<sup>20</sup> y 2005<sup>21</sup>, la expresión al respecto era la siguiente: "El objetivo de los Países Bajos está puesto en ofrecer a las mujeres analgesia epidural en todos los hospitales 24 horas al día, siete días a la semana. Esta voluntad a mediados de junio de 2008 se aplicará en una directriz de la Centraal BegeleidingsOrgan, CBO ( Instituto Holandés de Calidad para el Cuidado de la Salud), donde todas las asociaciones profesionales implicadas en la atención obstétrica cooperan. Todavía hay en los Países Bajos escaso grado de utilización de la analgesia epidural durante el periodo de dilatación (...). Todavía se hace en los Países Bajos poco uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación. De las mujeres que finalmente dieron a luz espontáneamente, el 4,8% recibió analgesia epidural".

Tres años más tarde, en 2008, cambiaban el relato introduciendo la confirmación de la directriz: "El objetivo en los Países Bajos es poder ofrecer a las mujeres en trabajo de parto analgesia epidural las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto se ha establecido en una guía a la que han contribuido todas las asociaciones profesionales involucradas en la atención obstétrica. En los Países Bajos, en comparación con los países que nos rodean, todavía se usa de forma limitada la analgesia epidural durante el periodo de dilatación. En las mujeres que finalmente dieron a luz espontáneamente, se administró analgesia epidural al 8,1%, un aumento del 1,3% con respecto a 2007"<sup>22</sup>.

En 2008 se materializa la *Guía para el tratamiento médico del dolor durante el parto* (Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling)<sup>13</sup>, elaborada por la Sociedad Holandesa de Anestesia (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie) conjuntamente con la Sociedad Holandesa de Ginecología y Obstetricia (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie). En ella se expresaba el deseo de dar cobertura a las mujeres que solicitaran alivio del dolor de parto con una epidural y lo incluían en la Recomendación 1:

*"Las puntuaciones altas de dolor, tanto en primíparas como en multíparas, justifican la disponibilidad de tratamiento adecuado del dolor durante el parto, tanto para unas como para otras".*

El propio grupo de trabajo responsable de esta guía, debido a la vasta extensión del texto de la misma (141 páginas), presentó un artículo resumen<sup>23</sup> que, bajo el subtítulo "La petición de la mujer basta como indicación", escribían: "razones sociales, culturales y económicas se interponen y se han interpuesto en el camino de una generosa política de dolor durante el parto en los Países Bajos. Sin embargo, las mujeres de la generación actual que desean tener hijos podrán controlar la forma en que traen a su hijo al mundo".

El objetivo de la Guía era el de servir de documento de recomendaciones e instrucciones de actuación para apoyar la práctica diaria del manejo del dolor durante el parto (Imagen 1). En particular, se destacan los aspectos organizativos, que habían sido un obstáculo hasta la fecha para provocar el cambio, como los mismo autores apuntaban; la extensa de guía se dividía en:

La implicación gubernamental y todo el trabajo de estos años de los profesionales sanitarios involucrados está dando mayormente respuesta a la demanda social de analgesia epidural que, como se puede observar, sigue una línea ascendente e imparable también en los Países Bajos.

En la estadística de salud de 2020 se consignaba que las mujeres embarazadas que recibieron Atención Primaria al inicio del trabajo de parto y finalmente fueron trasladadas durante el trabajo de parto a la segunda línea (hospital), "con mucho, la razón más común para la transferencia fue el deseo de alivio del dolor (28,3%)"<sup>24</sup> (Gráfico 2).

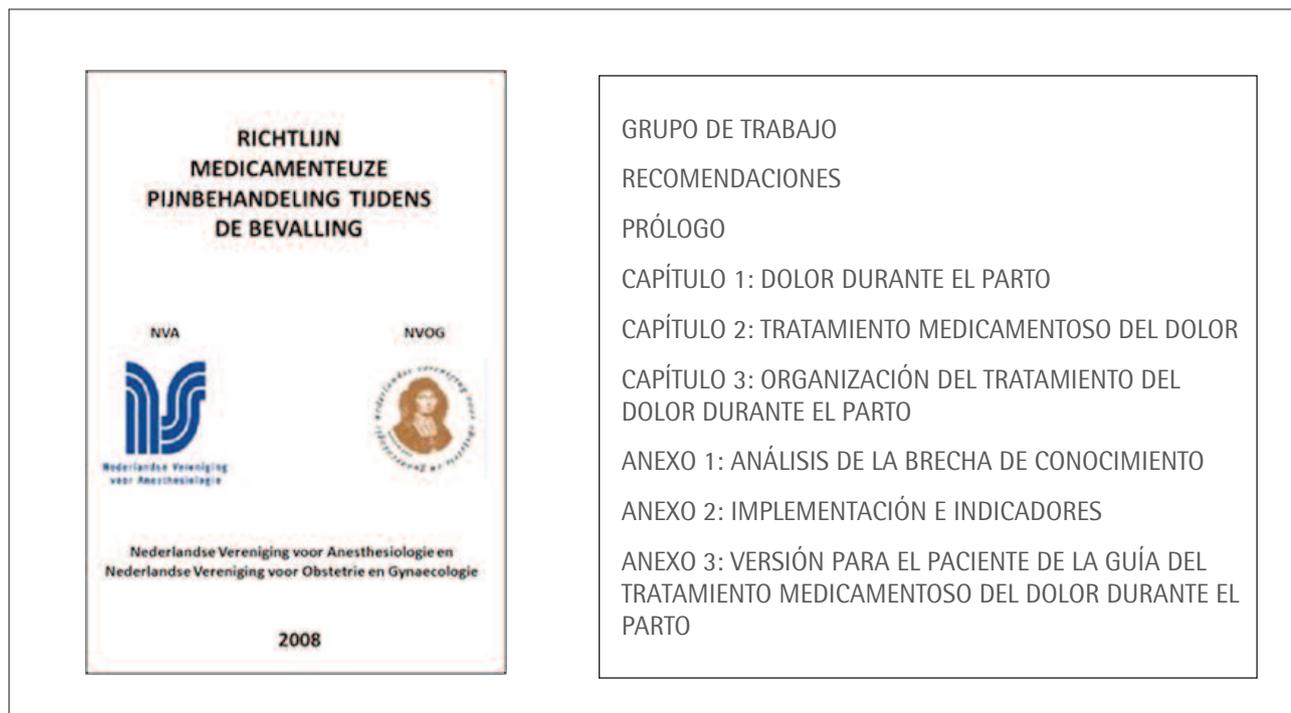


Imagen 1. Guía para el tratamiento médico del dolor durante el parto (*Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling*)

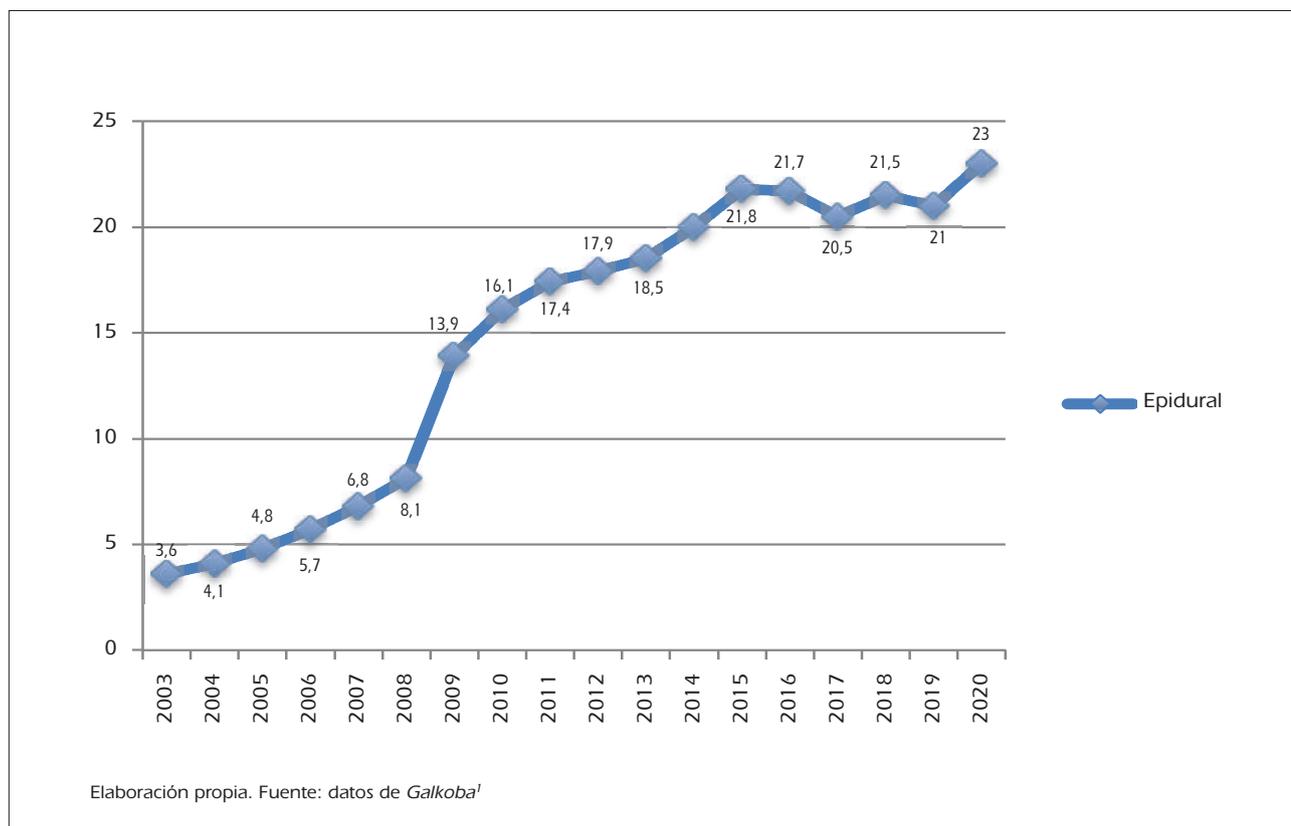


Gráfico 2. Elaboración propia. Datos: Perined (<https://www.perined.nl>)

## El descenso progresivo del parto en casa

A todas luces esta controversia también ha incidido en la forma de asistencia a la maternidad en Holanda al remover en muchos casos los prejuicios, los miedos y los cuestionamientos sociales, familiares, culturales y asistenciales.

Holanda, el ejemplo mundial de asistencia domiciliaria al nacimiento, viene sufriendo una regresión importante de la que nadie puede augurar con certeza si será el final del modelo de partería y de nacimiento actuales, por tantos años vigente en este país.

Una cita del periodista alemán Frist Kieff<sup>25</sup>, atribuida equivocada y repetitivamente al poeta alemán Heinrich Heine, decía: *"Cuando llegue el fin del mundo, me mudaré a Holanda porque todo allí sucede cincuenta años después"*. Y puede ser que esto esté ocurriendo con los partos en casa en Holanda a la vista de lo ocurrido en España a partir de la década de los 60-70, que acabó con la transferencia total de los partos domiciliarios al hospital, lo mismo que en otros países.

Sin embargo, hay ciertos grupos de matronas, cuidadores de maternidad y (futuros) padres que están haciendo un esfuerzo para salvaguardar la cultura holandesa del parto en casa, debido a aspectos culturales y por razones médicas. Han conseguido que en abril de 2021 la "Cultura del nacimiento en el hogar" se haya agregado a la lista de patrimonio intangible holandés KEIN (Centro de Conocimiento del Patrimonio inmaterial de los Países Bajos)<sup>26</sup>.

Su objetivo es proteger la integridad cultural de los partos a domicilio, contrarrestando el miedo entre los futuros padres y proporcionando información precisa sobre el proceso de parto en casa.

Las matronas afiliadas a la *Royal Dutch Organisation of Midwives* (KNOV) y las enfermeras de maternidad afiliadas a la *Dutch Professional Association for Maternity Caregivers* (NBvK) supervisan los partos en el hogar y brindan apoyo durante el periodo posparto.

Estas dos organizaciones profesionales reconocen el parto domiciliario como parte de la identidad y la cultura holandesas, y se comprometen a salvaguardar esta práctica de manera segura y responsable, en colaboración y coordinación con las organizaciones de matronas y ginecólogos. El objetivo es evitar que se medicalice innecesariamente un proceso natural e interpretar los valores médicos y culturales del parto domiciliario. Muchas matronas y enfermeras de maternidad experimentan su contribución al parto domiciliario y al periodo de maternidad como una vocación.

Además, KIEN afirma que la profesión del cuidado de la maternidad tiene una "imagen algo polvorienta" y quieren hacerla más atractiva para la nueva generación mejorando la percepción que se tiene de ella.

## Factores del abandono del parto en casa

Ya se apuntaba hace más de dos décadas como causas del cambio factores socio-políticos como la atención de partos en hospitales de corta estancia, instalaciones hospitalarias para matronas independientes, mayores tasas de derivación de la Atención Primaria a la secundaria, cambios en la proporción de los diferentes profesionales involucrados en la atención de la maternidad, la tecnología médica y la demografía<sup>4</sup>.

Lo cierto es que los cambios demográficos que se anunciaban hace décadas respecto a las mujeres que optarían por la maternidad son una realidad actualmente en la mayoría de los países del mundo, y Holanda no ha sido una excepción.

Las mujeres holandesas han elevado su edad a la hora de la maternidad y con ello las complicaciones relacionadas con esta, factor que determina en gran medida la necesidad de las mujeres de ser atendidas en un hospital. Como era de esperar, se han añadido otras causas médicas como la frecuencia de embarazos múltiples que se ha incrementado, un mayor número de enfermedades preexistentes, etc.

Incluso hay quienes advierten de que las mujeres se hayan convertido en parte de un "comercio": *"debido a la financiación por parto y la tendencia a la baja en el número de nacimientos, los ginecólogos han puesto en marcha una campaña: Todas las personas tienen derecho a un parto sin dolor... y eso solo es posible en un hospital. El cabildeo de los medios tiene éxito; las revistas femeninas toman el mensaje y siguen la tendencia. La batalla se endurece a medida que la crisis económica hace que el número de nacimientos caiga aún más"*.

*Las matronas lo hacen lo mejor que pueden, pero los ginecólogos están mucho mejor organizados y son mucho más poderosos. La pieza final de este proceso es la introducción de la financiación integral en obstetricia. Esta comenzó en 2011 y está entrando en su fase final. La iniciativa la tienen los hospitales (universitarios) y los ginecólogos. Este desarrollo es un ejemplo clásico de asimetría de información: las mujeres embarazadas resultan sensibles al parto sin dolor y no se les proporcionan argumentos en contra o estos son insuficientes"*<sup>27</sup>.

En consecuencia, son un buen número de factores socio-demográficos políticos y culturales los que, en conjunto, están conduciendo a una mayor demanda de atención especializada para la atención al parto en Holanda (Gráfico 3).

En el informe *The State of the World's Midwifery 2021*<sup>28</sup>, las matronas holandesas comunicaban que en los Países Bajos trabajan de forma independiente, en la comunidad en grupos o en hospitales. Las mujeres se remiten a una matrona para la atención de la maternidad. Las matronas co-

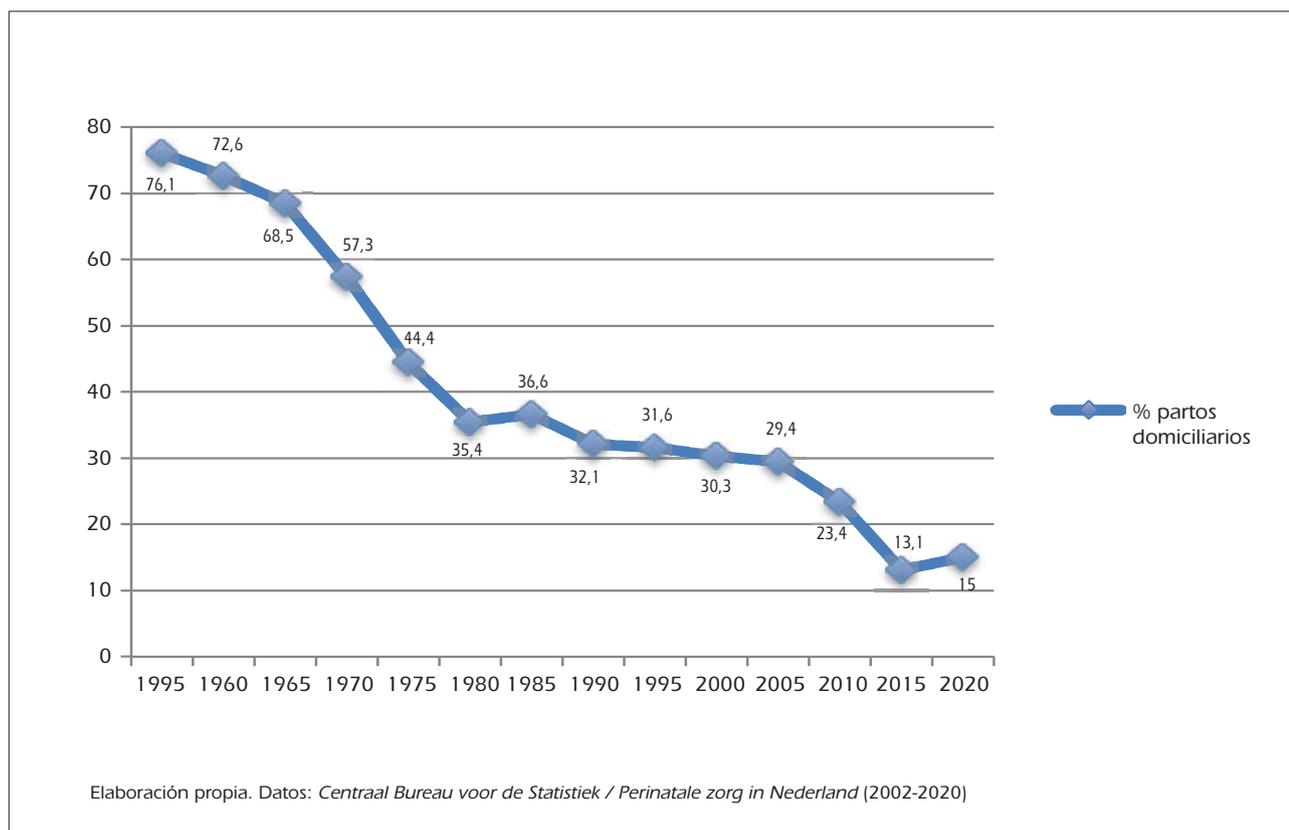


Gráfico 3. Parto domiciliario en Holanda

munitarias brindan atención de varias maneras: en los centros ambulatorios de los establecimientos de salud, en centros de maternidad, en el hospital, en el hogar (trasladándose a la atención dirigida por un obstetra cuando fuera necesario). Tanto las matronas de la comunidad como las de los hospitales asisten a las mujeres durante los partos normales.

Los partos con asistencia de matrona fueron más del 75% de los de todas las mujeres que dieron a luz, y la asistencia autónoma de matrona sobre el total fue del 57% (2019-2020).

### ¿Qué pasará con el sistema holandés de atención domiciliaria a los partos?

Sería arriesgado predecir este extremo, pero la tendencia es hacia la desaparición o si acaso a una permanencia residual en comparación con los porcentajes de partos en domicilio históricamente atendidos en este país y en otros (Gráfico 4).

Dependerá de muchos factores como se viene insistiendo, porque será preciso hacer un análisis desde una perspectiva social y, por supuesto, económica en el momento presente; esto es, sobre la realidad de la atención al parto en Holanda, cuyos resultados, extraídos de su propio sistema de registro, se muestran en la Tabla 1.

Finalmente, los datos del enorme descenso de partos en domicilio son evidentes y preocupan a las matronas. A pesar de una tasa de natalidad decreciente, la opción de recibir atención de una matrona independientemente del entorno ha mantenido a la partería en el centro del desarrollo del sistema de salud para la salud materna y neonatal y ahora ven que la desaparición del parto en el casa podría disminuir la autonomía de su profesión. Las matronas se sintieron desafiadas por la necesidad de equilibrar su actitud profesional hacia el parto normal y el trabajo con el dolor de parto con el cambio en la sociedad hacia una mayor aceptación de medicamentos para el dolor y el uso de analgesia epidural durante el parto<sup>30</sup>.

Las organizaciones que representan a los usuarios de atención de maternidad temen que la elección sobre el lugar de parto ofrecida a las mujeres holandesas se limite. De hecho, a finales de la década de 1990 se formó una organización para promover y proteger los intereses del consumidor en la atención del nacimiento. El *Stichting Perinatale Zorg en Consumenten* (Fundación para el cuidado perinatal y los consumidores) se creó en gran parte debido a la preocupación de que la tasa de nacimiento en declive en el hogar eventualmente eliminaría esta elección para las mujeres holandesas<sup>12</sup>. Y aunque este organismo desapareció en 2006, el *College Perinatal Care* (CPZ), que consta de siete representantes de todas las asociaciones profesionales, organizaciones

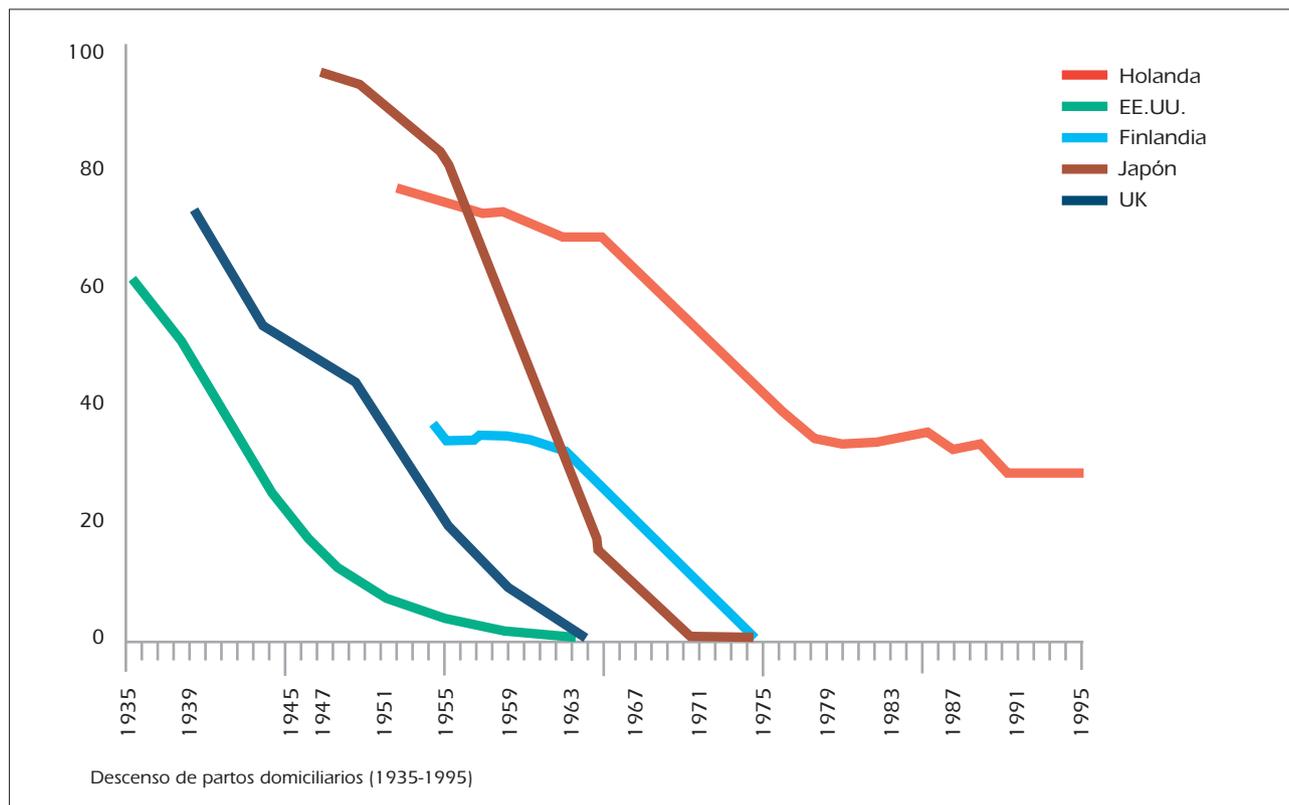


Gráfico 4. Porcentajes de partos en domicilio en distintos países

Tabla 1. Datos asistenciales del parto en Holanda 2020

<b>Año 2020</b>							
Partos	161.717	Matronas	3150 * 29% Hospital	Hemorragia posparto	7%	Lac. mat. 6 meses	39%
RN	164.264	Gineco-obs.	850	Mort. perinatal	5/1.000	Nivel de atención Nulíparas inicio embarazo/ embarazo avanzado/ parto	
Múltiparas	55%	Parto instrumentado	7%	Mort. neonatal precoz	2,3/1.000	1 <sup>er</sup> nivel 2 <sup>o</sup> nivel	90,6/50,5/33,1% 9,4/49,5/93,3%
Primíparas	45%	Cesárea	17%	Mort. fetal	2,8/1.000	Transferencias en trabajo de parto	66,9% **
Edad Materna		Episiotomía	16%	Prematuros < 37 semanas	7%	Nivel de atención Múltiparas inicio embarazo/ embarazo avanzado/ parto	
<20	1%						
20-29	36%						
30-39	60%						
>40	4%						

Tabla 1. Datos asistenciales del parto en Holanda 2020 (continuación)

<b>Año 2020</b>							
Partos en casa	15 %***	Desgarros de 3 <sup>er</sup> y 4 <sup>o</sup> grd.	2%	Bajo peso edad gestacional	10%	1 <sup>er</sup> nivel 2 <sup>o</sup> nivel	89,1/47,8/43,3% 10,9/52,2/65,7%
Partos en AP	12%		22%*	Apgar < 7 a los 5'	2%	Transferencias en trabajo de parto	28,2%
Partos hospitalarios	69%	Inducciones	2%	Defectos congénitos graves	1%		
A. epidural	23%	Desgarros de 3 <sup>er</sup> y 4 <sup>o</sup> grd. Inducciones	22%*	Lac. mat. inmediata	80%		

Datos: *Perinatale zorg in Nederland anno 2020*<sup>28</sup>/ KNOV 2017<sup>29</sup>

\* Datos publicados por la KNOV (Asociación Holandesa de Matronas) en 2020, pertenecientes a 2017<sup>29</sup>

\*\* Se apunta en el registro perinatal que las mujeres embarazadas que recibieron Atención Primaria al inicio del trabajo de parto y fueron trasladadas durante el trabajo de parto a la segunda línea, la razón más común para la transferencia fue el deseo de alivio del dolor (28,3%)<sup>28</sup>

\*\*\* El incremento se atribuye al efecto COVID

sectoriales, aseguradoras de salud y organizaciones de consumidores relacionadas con la atención obstétrica: la Federación Holandesa de Pacientes y Consumidores (NCPF), la Asociación Holandesa de Obstetricia y Ginecología (NVOG), la Real Organización Holandesa de Matronas (KNOV), la Asociación Holandesa de Pediatría (NVK), Actiz (atención de maternidad), Aseguradoras de Salud de los Países Bajos (ZN) y la Asociación Holandesa de Hospitales (NVZ), sigue intentando que el parto en casa con seguridad no desaparezca en los Países Bajos<sup>31</sup>.

## Conclusiones

- Creemos que como factor independiente, la influencia de la oferta-demanda de analgesia epidural, aunque no es el único factor a la hora de escoger las mujeres holandesas el lugar de parto, sí está influyendo en la decisión de estas de elegir un parto hospitalario en detrimento del domiciliario, fundamentalmente en las primíparas, de las que solo un 33,1% inicia el trabajo de parto en domicilio, siendo las tasa de transferencia al hospital de estas del 66,9% durante el trabajo de parto, de las que el 28,3% la razón más común expresada para la transferencia fue el deseo de alivio del dolor.
- A pesar del condicionante cultural del dolor del parto en Holanda como inherente y necesario, parece que está cambiando y apareciendo mujeres con un menor grado

de afrontamiento que les inclina a mayor petición de analgesia en el parto.

- La curva de descenso que siguen los partos domiciliarios en Holanda parece que augura la práctica desaparición de estos o, si acaso, una permanencia residual en comparación con los porcentajes de partos en domicilio históricamente atendidos en este país y en otros del entorno europeo.
- El sistema autónomo de partería ejercido por las matronas holandesas, que ha estado situado en el centro del desarrollo del sistema de salud para la atención materna y neonatal, está en riesgo de ser transformado en un sistema de atención dependiente y subordinado a la jerarquía médica si el contingente de matronas paulatinamente se ve obligado al ejercicio institucional por falta de usuarias que demanden su trabajo libre en los partos domiciliarios.

## Bibliografía

1. Galková G, Böhm P, Hon Z, Heřman T, Doubrava R, Navrátil L. Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*. [internet] 2022 [citado 28 nov 2022]; 9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333794X211070916>

2. Hendrix MJ, Evers SKM, Basten MC. Cost Analysis of hebDutch Obstetric Syste: low-risk nulliparous woen preferring home of short –stay hospital birth a prospective non–randomised controlled study. *BMC Health Ser. Res* [internet] 2009 [citado 28 nov 2022]; 9:211. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-211>
3. Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN), maart 2013. Landelijke invoering van perinatale audit 2009-2012 [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-221778.pdf>
4. Wiegers TA, van der Zee J, Keirse MJNC. Maternity care in the Netherlands; the changing home birth rate. *Birth* [internet] 1988 [citado 28 nov 2022]; 25(3):190-7. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/13519309\\_Maternity\\_Care\\_in\\_The\\_Netherlands\\_The\\_Changing\\_Home\\_Birth\\_Rate](https://www.researchgate.net/publication/13519309_Maternity_Care_in_The_Netherlands_The_Changing_Home_Birth_Rate)
5. Rachmawati I. Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *British Journal of Midwifery* [internet] 2012 [citado 28 nov 2022]; 20:263-70. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/224826391\\_Maternal\\_reflection\\_on\\_labour\\_pain\\_management\\_and\\_influencing\\_factors](https://www.researchgate.net/publication/224826391_Maternal_reflection_on_labour_pain_management_and_influencing_factors)
6. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol.* [internet] 2002 [citado 28 nov 2022]; 186(5):S16-S24. Disponible en: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4486323/mod\\_resource/content/1/Labor%20pain.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4486323/mod_resource/content/1/Labor%20pain.pdf)
7. Estrabon Libro III, capítulo 4. Trad: Meana MJ, Piñero F. Madrid: Gredos, 1998.
8. Merriman SWJ. Arguments against the indiscriminate use of chloroform in midwifery. *Woodlibrary Museum* [internet] 1848 [citado 28 nov 2022]. Disponible en: [https://www.woodlibrary-museum.org/wp-content/uploads/rare-books/S\\_ADHT.pdf](https://www.woodlibrary-museum.org/wp-content/uploads/rare-books/S_ADHT.pdf)
9. Mosocoso J. Historia cultural del dolor. Madrid: Taurus; 2011.
10. Pietrzak J, Mędrzycka-Dąbrowska W, Tomaszek L, Grzybowska ME. A Cross-Sectional Survey of Labor Pain Control and Women's Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* [internet] 2022 [citado 28 nov 2022]; 19(3):1741. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8835069/>
11. Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* [internet] 2010 [citado 28 nov 2022]; 10:268. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944275/>
12. De Vries R. *Pleasing Birth: Midwives and Maternity Care in the Netherlands.* Amsterdam: University Press; 2005.
13. NVA-NVOG. Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling [internet] [citado 28 nov 2022] 2008. Disponible en: [https://www.babyfriendlynederland.nl/web/filemanagement/Documenten/NieuweMap/RL\\_MedicamenteuzePijnbehandeling\\_bij\\_de\\_partus\\_2008.pdf](https://www.babyfriendlynederland.nl/web/filemanagement/Documenten/NieuweMap/RL_MedicamenteuzePijnbehandeling_bij_de_partus_2008.pdf)
14. INSALUD. Plan de Atención Integral a la Mujer INSALUD [internet] 1998 [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/en/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/mujer.pdf>
15. Diario de Sesiones. Cortes Generales, Comisiones Mixtas, núm. 81, de 10/12/1997 [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L6/CORT/DS/CM/CM\\_081.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L6/CORT/DS/CM/CM_081.PDF)
16. Diario de Sesiones. Congreso de los Diputados, Comisiones, núm. 727, de 01/04/2003 [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L7/CONG/DS/CO/CO\\_727.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L7/CONG/DS/CO/CO_727.PDF)
17. Boletín Oficial de las Cortes Generales (BOCG). Sección Cortes Generales, serie A, núm. 442, de 03/06/2003 [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L7/CORT/BOCG/A/CG\\_A442.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L7/CORT/BOCG/A/CG_A442.PDF)
18. Audiencia Nacional. Sentencia. REF. 74/03. Anestesia. Actualidad de Derecho Sanitario [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://www.actualderechosanitario.com/Anestesia.htm>
19. PERINED. Perinatale Zorg in Neterland 2003. Perinet [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/e534df3a-a2ff-4148-a313-664d7354ea7f.PDF>
20. PERINED. Perinatale Zorg in Neterland 2004. Perinet [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/af288cda-09d1-4482-b8ae-bd5a603ffe5c.pdf>
21. 16PERINED. Perinatale Zorg in Neterland 2005 [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/2f0a701a-d8f3-4cbd-98a1-2c4e588cf435.pdf>
22. PERINED. Perinatale Zorg in Neterland 2008 [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/cfbcb761-07d4-424e-b1ee-79382b7183ba.pdf>
23. Frans JME, Roumen en Josien B. de Boer\* Richtlijn 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling' Het verzoek van de vrouw voldoet als indicatie Anke Schuurhuis, *Ned Tijdschr Geneesk.* [internet] 2009 [citado 28 nov 2022]; 153:A551. Disponible en: <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a551.pdf>
24. 19PERINED. Perinatale zorg in Nederland anno 2020 Duiding door landelijke perinatale audit en registratie. Perined [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/3d6a2b46-aa8a-417e-a55e-de0184fe2078.pdf>
25. Hoenjet H. De raadselachtige reizen van Heinrich Heine. *CuBra.nl* [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <http://www.cubra.nl/edschildersboekencolumn/21092003heine.htm>
26. Kenniscentrum Inmaterieel Erfgoed Nederland. De Nederlandse Thuisbevalcultuur [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://www.immaterieelerfgoed.nl/nl/page/3821/de-nederlandse-thuisbevalcultuur>
27. De Wildt Jan Erik. Thuisbevallingen in Nederland<1. MEI 2016 [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: [http://www.deeerstelijns.nl/wp-content/uploads/2016/05/DEL-nr4\\_2016\\_Geboortezorg\\_LR.pdf](http://www.deeerstelijns.nl/wp-content/uploads/2016/05/DEL-nr4_2016_Geboortezorg_LR.pdf)

27. UNFPA, OMS, ICM. The State of the World's Midwifery [internet] 2021 [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://www.knov.nl/english>
28. Perinatale zorg in Nederland anno 2020 Duiding door landelijke perinatale audit en registratie. Assets. [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://assets.perined.nl/docs/3d6a2b46-aa8a-417e-a55e-de0184fe2078.pdf>
29. KNOV. Midwifery in Netherlands. Assets [internet] [citado 28 nov 2022]. Disponible en: [https://assets.knov.nl/p/557056/none/PDFs/Over%20KNOV/Samenwerken/Midwifery\\_in\\_The\\_Netherlands\\_versie\\_2017.pdf](https://assets.knov.nl/p/557056/none/PDFs/Over%20KNOV/Samenwerken/Midwifery_in_The_Netherlands_versie_2017.pdf)
30. Klomp T, de Jonge A, Hutton EK, Hers S, Lagro-Janssen AL. Perceptions of labour pain management of Dutch primary care midwives: a focus group study. BMC Pregnancy Childbirth. [internet] 2016 [citado 28 nov 2022]; 16:6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715289/>
31. NATAAL.NL. Interview Chiel Bos, Voorzitter van het College Perinatale Zorg: "We Houden elke regio een spiegel voor". Nataal.nl [internet] 2012 [citado 28 nov 2022]. Disponible en: <https://www.nataal.nl/artikelen/artikelen/geboortezorg-zakelijk/chiel-bos-voorzitter-van-het-college-perinatale-zorg-we-houden-elke-regio-een-spiegel-voor-3722/>

**MÁSTER EN**

**ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN**

**60  
ECTS**



Universidad  
Pontificia  
de Salamanca

## ¡Máster en Enfermería 100% online!



Programa desarrollado  
por expertos profesionales



Tutor personalizado  
durante todo el máster



Formación online,  
flexible y de calidad



Acceso exclusivo a la  
biblioteca digital Enferteca



Manual impreso  
del temario completo



Videoteca con más de  
60 contenidos audiovisuales



[www.daeformacion.com](http://www.daeformacion.com)



## ECHANDO LA VISTA ATRÁS



### *De los gremios de matronas a la Unión Matronal de las Matronas de Madrid y su relación con la AEM*

Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla

*Matrona. Presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM)*

La profesión de matrona, originalmente un oficio de mujeres para mujeres que a día de hoy la antropología sitúa pareja al origen de la humanidad, ha pasado (y sigue pasando) infinidad de vicisitudes que motivaron, a raíz de su academización y normalización de su ejercicio a partir siglo XVIII<sup>1</sup>, a conjuntar la fuerza del colectivo, pequeño en número y lastrado por razón de género en una sociedad androcentrista, para defender sus intereses profesionales.

Las matronas, al igual que los gremios que proliferaron en el Medievo, intentaron también crear, enmarcadas dentro de las profesiones de orden civil, bajo el mismo epígrafe que cirujanos de tercera y comadrones<sup>2</sup>, sus primeras entidades asociativas gremiales con su propia matrícula industrial y ajustadas a tarifa fiscal por actividad<sup>3</sup>, para gestionar los asuntos concernientes a la profesión que abarcaban desde la defensa de su profesión, objeto de fuerte intrusismo en la época<sup>4</sup>, del cual por cierto no nos hemos librado ni en el siglo XXI, al desarrollo profesional y el bienestar económico de la clase.

Este fue el germen de las primeras entidades asociativas de las matronas españolas, que tendría el colofón en la creación de sus propios colegios profesionales oficiales provinciales, reunidos en el órgano máximo de representación, el Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas, al igual que practicantes y enfermeras tuvieron sus propias secciones. Desgraciadamente para la profesión, sobre todo para las matronas, los colegios profesionales les fueron arrebatados por la O.M. de 1977, que impuso la integración de las tres ramas auxiliares en un mismo Colegio (y Consejo), aludiendo a la injustificada separación profesional por razón de género<sup>5</sup>.

Sin embargo, este motivo no era cierto en el caso de las matronas, pues no era el género lo que les separaba de enfermeras y practicantes, ya que las matronas ejercían una profesión distinta a la de estos, que sí era similar para ambos.

La citada O.M y la posterior Resolución de la Dirección General de Sanidad por la que se desarrollaba esta<sup>6</sup> resultaron no ajustadas a derecho, como confirmó la primera sentencia de la Audiencia Nacional<sup>7</sup> y la siguiente ratificada por el Tribunal Supremo, en el Contencioso-administrativo interpuesto. De este, se hizo cargo por parte de las matronas, que reclamaban por la arbitrariedad en su consideración, ya desaparecida la Sección de de Matronas del Consejo, la entonces creada Asociación Nacional de Matronas (desde el año 2000 AEM).

La no ejecución de estas sucesivas sentencias supuso una violación del derecho a la tutela judicial efectiva, recogida en el art. 24.1 de la Constitución, dando como resultado práctico la pérdida colegial y un sinfín de problemas subsiguientes que llegan a la actualidad<sup>8</sup>.

Pero volvamos atrás para investigar sobre la labor asociativa que sus matronas realizaron hasta la conformación del colegio oficial a raíz de la otorgación del derecho de colegiación. En el caso de las matronas, una de las tres profesiones auxiliares del momento, esta concesión fue hecha en 1930<sup>9</sup> tras la de los practicantes de 1929<sup>10</sup> y ambas anteriores a la de las enfermeras en 1944<sup>11</sup>.

Como la colegiación obligatoria de las matronas no es el tema de este artículo, al que incluso ya me he referido en otro anterior<sup>12</sup> y existen algunos otros trabajos importantes sobre el particular,<sup>13</sup> retrocedamos nuevamente al último cuarto de



siglo circunscribiéndonos a la demarcación de Madrid. La capital de España será punta de lanza en los afanes asociativos, tanto por tener uno de los primeros centros de estudio para matronas, y consecuentemente mayor número de matronas que en otras regiones, como por la propia condición de capitalidad de España en la que se localizaban las sedes de las instituciones supremas de la comunidad política.

### Colegio de "Profesoras Titulares en Partos" de Madrid

Una de las noticias más sustanciosas del siglo XIX relacionada con las matronas, encontrada en hemeroteca, es un dictamen de la Comisión de Beneficencia, proponiendo desestimar la solicitud de varias profesoras en partos, que solicitaron la creación de un Cuerpo de Matronas para la Beneficencia provincial. Esta desestimación tuvo la defensa de Gálvez Holguín (por entonces concejal) combatiendo el dictamen por considerarlo infundado e injusto, puesto que afirmaba que se negaba "el ejercicio de Profesión a unas señoras que tienen los títulos necesarios, y cuyos servicios son convenientes y perfectamente compatibles con los de los tocólogos"; él mismo pidió a la Comisión que retirase el dictamen "hasta que modificado el reglamento de la Casa de Maternidad en el sentido que la ciencia y la humanidad aconsejan, se pudiera resolver acerca de la petición de las Matronas"<sup>14</sup>.

Este fue un problema que no se solucionó hasta bien entrado el siglo XX y quizá fue el motivo, aunque no único, por el que en 1895 los periódicos de la época recogían la noticia de la formación de un colegio denominado de "Profesoras titulares en Partos"<sup>15-17</sup>, que se hizo realidad en julio de ese mismo año, siendo la propia Junta Directiva la que transmitió personalmente al presidente de la Diputación provincial, Sr. España, su constitución<sup>18</sup>. La primera Junta Directiva fue la integrada por:

- Presidenta: Dña. Dorotea Porqueras.
- Vicepresidenta: Dña. Petronila Pérez.
- Vocales: Dña. Inés Echevarría, Dña. Carmen Pando, Dña. Dolores Casal, Dña. Rosa Figuerola, Dña. M<sup>a</sup> Ibarren.
- Secretaria: María Caselles.
- Vicesecretaria: Dolores Petisme<sup>15</sup>.

La anécdota fue que meses después de su constitución formal, un reportero anunció una Junta Directiva distinta, noticia que indujo a suponer que había dimitido la anterior sin especificar que era una nueva, lo que obligó a desmentidos y aclaraciones<sup>19-22</sup>.

Algunas de las anteriores matronas de la primitiva junta se integraron en esta nueva, que quedó constituida de la siguiente manera:

- Presidenta: D<sup>a</sup> María del Amparo Ramírez.
- Vicepresidenta: D<sup>a</sup> Francisca M. Vives.
- Tesorera: D<sup>a</sup> Lucía Pavo Segovia.
- Secretaria primera: D<sup>a</sup> María Casellas.
- Secretaria segunda: D<sup>a</sup> Dolores Petisme.
- Vocales: D<sup>a</sup> Rosalía Solana, M. Filiberta García, Ignacia Miguel, Francisca Llozas, Teodora Soriano y Rosa Figuerola.

La misma noticia instaba a las matronas a su colegiación en la sede elegida, que era un local de la Corredera Alta de San Pablo, 4, primero<sup>19,20</sup>.

La verdad es que este colegio tuvo un recorrido posiblemente tan ilusionado como fugaz, pues su rastro desaparece en 1896; sin embargo, desconociendo otras acciones que a buen seguro llevaran a cabo, como tratar del intrusismo, consiguieron arrancar su primera y única reclamación de la que hay constancia a través del Ministerio de Hacienda: la de promover un expediente solicitando que se les rebajara la cuota que satisfacían por contribución industrial, en función de que era necesario aumentar el ejercicio profesional de las matronas, sumamente limitado en el momento, entre otras cosas, por las cargas fiscales<sup>23,24</sup>.

Finalmente, la comisión permanente del Consejo de Estado, aunque no fue hasta 1905, consideró las circunstancias aducidas por las matronas referentes a la situación de la profesión, y recomendó la reforma propuesta de la rebaja de las cuotas por tramos poblacionales<sup>25-29</sup>.

### Colegios no oficiales de matronas

Ávila Olivares, en su amplio y bien documentado trabajo<sup>13</sup>, relata que en los años anteriores a la colegiación obligatoria "hay datos de que en Madrid se llegó a formar un Colegio de Matronas, pero fracasó. No obstante, sigue diciendo, la semilla estaba plantada y 1906 podía ser un buen año para que brotaran iniciativas en este sentido [...] Mientras un grupo de matronas está intentando la reconstrucción del Colegio de Matronas de Madrid, y poder llevar a cabo un modelo asociativo para las matronas españolas, les llega la noticia de la existencia de un movimiento asociativo de matronas en Barcelona con la intención de centralizar, en dicha ciudad, la representación de este colectivo a nivel nacional". "Esta iniciativa, de arrogarse la representación nacional de las matronas, por parte de las matronas catalanas, no gustó al colectivo de matronas de Madrid, sobre todo por no haber contado con el resto de compañeras de otras partes de España para constituir dicha asociación. Además, el distanciamiento de los poderes públicos centrales, y el ampararse en un colegio sin apenas historia, como era el de Barcelona, pensaban que en nada ayudaría a solucionar los problemas de las matronas".

En el interin hubo intentos por parte de los practicantes de que las matronas se unieran a ellos en sus colegios con manifestaciones del tipo: *"lo importante que es para todos la verdadera unión general, tanto los Practicantes como las Matronas, pues es el único y exclusivo medio el que podemos valernos para transformar nuestra inicua situación"*<sup>30</sup>. Parecen paradójicas estas afirmaciones cuando es bien sabido que los practicantes, en el fondo, siempre tuvieron enemistad profesional con las matronas porque, desde su autoarrogada superioridad científica, despreciaban la formación de las matronas que consideraban inferior a la suya. Llegado a extremos de proponer que fuera suprimida la carrera de Matronas<sup>31</sup>, aunque codiciaron su labor y en numerosas ocasiones practicaban el intrusismo en la atención a los partos.

Seguramente a la inveterada misoginia que practicaban los hombres, mayormente machistas en la época, se deba la imperdonable e insultante discriminación de género reflejada en la adición hecha a su Reglamento de 1911, por el que permitiendo a practicantes y matronas asociarse en sus colegios, se consignaba en el art. 1, en su base 6 que *"no podrían ser elegidas para cargos en las Juntas Directivas las Matronas ni las Practicantes"*<sup>30</sup>.

A través del Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía nos llega información de que por 1915 se estaba intentando nuevamente constituir el colegio de matronas de Madrid y no solo eso, sino el fuerte recelo y desprecio hacia las matronas en general, ya mencionado anteriormente en una carta que presumiblemente transmitía el sentir más bien generalizado por parte de los practicantes: *"Hoy se está constituyendo el colegio de matronas ¿y sabéis cuál es el primer punto que quieren tocar? Oídlo bien: el que los practicantes no asistan a partos en las poblaciones que excedan de diez mil habitantes, es decir, se disponen a hacer cumplir la disposición de la que antes os he hecho mención (se refiere Real Decreto de diciembre de 1914) y seguramente vosotros estaréis pensando como yo, ¡ah, si las matronas se atrevieran!, nosotros entonces, con el derecho que nos asiste, las prohibiríamos hicieran masaje, pusieran inyecciones, curaran enfermos y otras mil cosas que por atención a que son mujeres no hemos tratado de prohibir. Pero pensado también que por este mismo hecho, es decir, por pertenecer al sexo débil, a ellas las harán caso en sus peticiones y a nosotros nos ocurrirá lo que siempre, nos dejaremos pisotear, no ya del médico, que debiera ser nuestro protector, sino de ellas mismas, que como sabéis no estudian más que los practicantes.*

*Por tanto, es necesario prevenirse a la lucha, no desmayar por nada ni por nadie y pedir antes de que se celebre esa Magna Asamblea de que nos habla nuestra Directiva, el libre ejercicio de los partos normales, pero de una manera terminante"*<sup>32</sup>.

Mientras, las matronas de Madrid recibían otra negativa a la proposición hecha nuevamente en 1916 para la creación

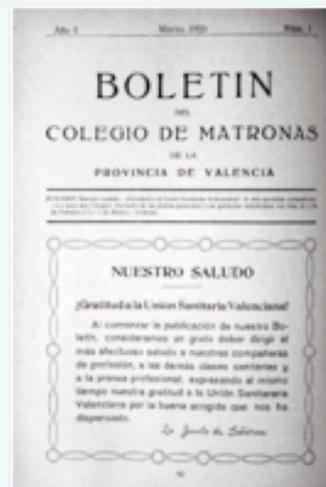
de un cuerpo de matronas o comadronas para asistir a los partos naturales en la Beneficencia municipal, petición que la corporación municipal despachó diciendo que resultaría *"una considerable carga para el presupuesto y que no añadiría garantía alguna de acierto en la prestación del servicio, puesto que este se verifica en la actualidad por un Cuerpo de Tocólogos perfectamente organizado"*<sup>33</sup>.

Es de imaginar que la problemática de las matronas fuera similar en todas las ciudades, y avanzando el tiempo, convencidas de la necesidad de la fuerza del colectivo para sus reclamaciones, fundaron sus propios colegios matronales, aun sin reconocida oficialidad. El primero de ellos fue el de las Matronas de Valencia al inicio de 1920<sup>34-38</sup>, compartiendo espacio con el de practicantes y se adhieron igualmente que estos, a la Unión Sanitaria Valenciana en cuyo salón se conmemoró tal efeméride de lo que da cuenta un diario de la época<sup>39</sup>.



Banquete de celebración de la fundación del Colegio

Foto: Mundo gráfico (Madrid). 28/4/1920



1<sup>er</sup> Boletín del Colegio de Matronas de Valencia  
marzo (1920)



Las matronas de Valencia fueron especialmente activas en labores divulgativas y de formación, e incluso desde marzo de 1920 llegaron a editar su propio boletín, el denominado "Boletín de Colegio de Matronas de la provincia de Valencia"<sup>34</sup>, en unión del Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana<sup>40</sup>.

Seguidamente se funda, finalizando el mismo año 1920, el Colegio de Matronas de Almería que, como prácticamente la totalidad de ellos (y los de los practicantes), hacen del tema del intrusismo una cruzada prioritaria<sup>41</sup>, conscientes de la afectación que suponía para la clase no solo de forma económica, sino de desprestigio profesional.

A estos se fueron sumando otros más, aunque había matronas que seguían sin pertenecer a ninguna entidad asociativa, aunque en ambos casos públicamente se hacían ver, hasta que en 1922 se funda el Colegio de Matronas de Madrid, sito originariamente en la calle del Barco 15, colegio que andando el tiempo, además de cambios en la junta, adoptaría los nombres de Unión de Matronas de Madrid o "Unión Matronal de Madrid"<sup>42</sup>.

### **El Colegio no Oficial de Matronas de Madrid, futura "Unión Matronal de Madrid"**

La historia de las matronas desgraciadamente parece que no ha interesado a nadie y la realidad es que poquito a poco, porque apenas existen documentos corporativos de su existencia en este país, vamos rescatando personas interesadas, entre las cuales nos encontramos algunas matronas, como en este tema concreto que ya avanzó Ruiz Berdún<sup>43</sup>. Esta tarea la hacemos con tesón y esfuerzo, rebuscando entre cantidades ingentes de registros de otros profesionales como los de los practicantes, hemerotecas, archivos académicos y de la Administración, etc., a falta de los archivos institucionales.

Se da el caso más que punible de que los archivos ya oficiales de la segunda mitad del siglo XX desaparecieron de forma inaudita cuando, tras la forzada unificación, la entonces Junta Provisional de Matronas, origen de la Asociación Española de Matronas (AEM), a quien la sección Matronas del Consejo Nacional había delegado la custodia de su patrimonio documental, los traspasó al Consejo General de Enfermería a la firma del acuerdo de Unificación en 1985<sup>44</sup>. Solo se salvaron las Actas de este organismo, el máximo de representación de las matronas, porque aquella Junta provisional de Matronas constituida en la AEM, guardó y sigue custodiando con celo estos documentos históricos.

Por eso, es difícil relatar puntualmente la sucesión de hechos históricos, pero en lo que se refiere al colegio de Madrid hay un documento de excepcional valor que, bajo el título "Un nuevo organismo Sanitario, el Colegio de Matronas" da cuenta de su fundación y circunstancias en torno a ella, por lo que se inserta en su integridad:

*"Cumpliendo un acuerdo del Colegio de Practicantes, los entusiastas compañeros señores Reigón y Sancho (D. Venancio) tomaron a su cargo la tarea de agrupar en colegiación a las matronas de esta villa y corte, aisladas y desorganizadas hasta la fecha, con gran detrimento de sus intereses, así materiales como morales, culturales y hasta sociales. El que estas señoras, compañeras indiscutibles nuestras, se colegiasen (urgía) tanto más cuanto que la Federación Sanitaria de Madrid y su provincia ha de ser un hecho muy en breve, y en ella no podrían ingresar esa respetabilísima clase de auxiliares médicos, sin cumplir previamente el requisito de constituirse en asociación.*

*El éxito logrado por nuestros queridos compañeros en su empresa ha superado a los cálculos más optimistas. Una vez transcurridas las imperiosas vacaciones del verano, se hicieron las invitaciones para una primera reunión preparatoria, el día 6 de octubre, en el domicilio social del colegio de practicantes; y en esa primera reunión, expuestas por los comisionados las razones de toda índole que aconsejaban la conveniencia de que rama tan importante de los auxiliares del médico no persistiese en su aislamiento y desorganización societaria, después de tener la satisfacción de ver acogidos con verdadero calor y entusiasmo sus razonamientos por aquellas a quienes se dirigían, quedó designada una comisión organizadora, exclusivamente de matronas, encargada de iniciar los trabajos preliminares (asesoradas por los practicantes) y convocar a una segunda reunión para el día 14 del mismo octubre.*

*Con la fecha de esta segunda convocatoria coincidió la presencia en esta de las dignísimas matronas de Barcelona, las Sras. Roche Muñiz y Gordo Bermejo (presidenta y secretaria de la sección correspondiente del Colegio de Practicantes y Matronas de aquella capital) y las señoras presidenta y secretaria del Colegio de Matronas de Valencia, unas y otras en viaje de propaganda venían a tratar de colegiar a sus compañeras de esta.*

*Lástima que las premuras del viaje impidieron a las señoras de Barcelona asistir, como lo hicieron las de Valencia, a esta segunda reunión de Matronas madrileñas, y apreciar el verdadero entusiasmo de neófitas de tan cultas y archisimpáticas compañeras.*

*La noche del 14 de octubre de 1922 nació a la vida pública el colegio de Matronas de Madrid y su provincia. Y nació fuerte y vigoroso, pletórico de vida y sentido práctico. En esa noche quedó elegida la Junta Directiva que lo ha de regir y encauzar en estos primeros pasos, hasta que minuciosamente discutido y elaborado el reglamento por que se ha de regir en lo sucesivo, encontrándose ya capacitadas legalmente para dirigirlo confíe sus poderes a aquellos miembros que juzguen más capacitados para dirigirlo.*

*El naciente organismo es perfectamente autónomo, ni admite ni tiene por qué admitir, injerencias extrañas en su*

*gobierno interno; será auxiliado en todo cuanto él reclame por el Colegio de Practicantes que, por boca de los Sres. Reigón y Sancho, ha puesto a su disposición local social y periódicos, por si juzgara conveniente comunicarse por este medio con los elementos exteriores, y suponemos que tratará de mantener las relaciones obligadas con las demás entidades Sanitarias, hasta llegar a formar parte integrante de la Federación Sanitaria de Madrid*

*Sea bienvenido el nuevo Colegio que, los que siempre hemos acariciado la idea de su constitución, acogemos con aplauso, acepte el desinteresado apoyo que los practicantes madrileños han ofrecido, vengán a formar en las filas sanitaria, para la conquista de las justas reivindicaciones de todos y cada uno"<sup>45</sup>.*

Es una lástima que no tengamos recogidos los comentarios de las matronas, porque los de los practicantes aquí expuestos sorprenden por el tono paternalista utilizado que, aunque envuelto en buenos modales y razones, en cualquier caso parece un tanto vejatorio el tono infantilizante y de superioridad utilizados. Al menos desde mi consideración y conociendo los intereses de los practicantes y el desprecio histórico ejercido contra las matronas, la actitud protectora y la posición de superioridad de la que hacen gala los practicantes es una actitud irritante. Probablemente una forma de disimular su rancio autoritarismo además contra quienes supuestamente compiten con ellos (o algo necesitan de ellas) aunque sean mujeres, visto con ojos del siglo XXI.

Como ya relaté en otro artículo<sup>12</sup> hubo casos de matronas, que unidas a colegios de practicantes por insuficiencia de número para formarlo ellas solas, se vieron amenazadas y presionadas por presidentes de colegios de practicantes en los que se habían colegiado cuanto intentaron, tiempo después abandonar el colegio para inscribirse en el propio, como en el caso del de Tarragona ya comentado. Los practicantes, es de suponer, por codicia para que no se resintieran las cuotas colegiales, no querían perder asociados, aunque además, reitero, la sensación ejercida de fuerza y poder sobre el colectivo de matronas tampoco era un motivo desdénable para ellos.

### **Matronas: lastradas por el número y el género**

Cierto es que en 1921, los practicantes estaban organizados en 54 colegios provinciales por toda España y eran cerca de 5.000 colegiados, y se "*sentían verdaderos y legítimos auxiliares del Médico*"<sup>46</sup>, para ellos, un marchamo de auténtica distinción; las matronas a ese respecto estaban en inferioridad de condiciones, por número, e insisto, por género, e incluso por disensiones dentro de la profesión.

De la diferencia en número de las matronas e incluso de la consideración de este trabajo, y del de la mujer en general, es especialmente ilustrativo el comentario que se incluía en un diario madrileño en 1924:

*"La matrícula del último quinquenio, manifestándose oscilante y poco movable, no acusa sensiblemente aumento o disminución sistemático en el contingente universitario, aunque los dos últimos cursos es ya perceptible la tendencia al aumento. Este se manifiesta sobre todo en el elemento femenino. Hasta hace pocos años, salvo las matronas, que constituyen carrera especial de la mujer, o alguna rarísima cursante de Medicina, no se veía en nuestras aulas mujer alguna, contrastando con su afluencia en Madrid y en alguna otra parte. En los últimos cinco años, las señoritas han prodigado su presencia en Medicina, han hecho su aparición en Ciencias y Letras (que no contaba con ninguna aún en 1919 y ha tenido 14 en el curso último), aumentan en la carrera de practicantes, y hasta se inician, muy tímidamente aún, en Derecho, donde existe ya una joven estudiante y una abogada en ejercicio. El caso es grandemente halagüeño para los que somos entusiastas de que la mujer se ponga intelectual y pecuniariamente al nivel que debe, pero conquistando la independencia con el esfuerzo, como hacemos los varones"<sup>47</sup>.*

En la Tabla 1 se recoge el histórico de enseñanza de matronas a cargo de la Facultad de Medicina.

Finalmente, el 5 de diciembre de 1922 fue presentado por Petronila Lahoz y Concepción Marín, colegiadas fundadoras, al Gobernador Civil de Madrid el Reglamento del Colegio de Matronas de Madrid y su provincia, siendo aprobado por él mismo el 10 de diciembre de 1922<sup>48</sup>. Un extenso documento de setenta y cuatro artículos, incluidos en ocho capítulos.

El objetivo general del Colegio Matronas de Madrid, según se desprende del Reglamento presentado, era el de favorecer que las matronas alcanzasen el mayor grado de mejora, progreso y formación, para lo cual determinaron seis líneas estratégicas de acción:

1. Defensa constante y decidida de los intereses de las clases colegiadas.
2. Estrechar los lazos de unión de las colegiadas, único modo de conseguir el respeto y la consideración que merecen por la importancia y la nobleza de sus actos.
3. Solicitar de los poderes públicos aquellas mejoras convenientes a las colegiadas, que sean compatibles con los intereses generales.
4. Defender los derechos de las clases sanitarias, en general, apoyando cuantos asuntos les interesen y practicando todas aquellas gestiones que puedan resultar.
5. Procurar que se ejerza la profesión con moralidad y decoro.
6. Amparar los intereses que representa la salud pública, persiguiendo las intrusiones.

**Tabla 1. Enseñanza de matronas a cargo de la Facultad de Medicina. Cursos de 1919-1920 a 1923-1924**

	1919-20	1920-21	1921-22	1922-23	1923-24	1919-20	1920-21	1921-22	1922-23	1923-24	1919-20	1920-21	1921-22	1922-23	1923-24
<b>CURSOS MATRONAS</b>	<b>Matriculas hembras</b>					<b>Exámenes</b>				<b>Títulos</b>					
Enseñanza oficial	8	6	4	5	5	7	5	0	4	5					
Enseñanza no oficial	19	20	30	24	27		33	-	23	27					
TOTAL	27	26	34	29	32	26	38	-	27	32	13	19	14	11	14
															71
<b>CURSOS PRACTICANTES</b>	<b>Matriculas varones-hembras</b>					<b>Exámenes</b>				<b>Títulos</b>					
Enseñanza oficial	50-1	59-4	57-3	86-5	82-8	47	58	55	83	90					
Enseñanza no oficial	55-2	54-5	139-13	143-7	146-3	54	-80	151	154	149					
TOTAL	103-3	113-9	196-16	229-12	228-11	101	138	206	237	239	47	58	49	82	85
															321


**Reglamento del Colegio de Matronas de Madrid y su Provincia**

Realmente las fundadoras plasmaron una sistematizada y completa organización que hubiera propiciado el adecuado funcionamiento de la institución colegial y con ello los intereses de las matronas; sin embargo, desconociendo los problemas que surgieron, la unidad colegial se vio alterada tiempo después, de hecho las matronas madrileñas se dividieron en dos grupos, al igual que sucedió en Barcelona y tampoco las de Valencia estuvieron libres de disensiones en el seno de su colegio.

Fueron años, no obstante, en los que se luchó por el asociacionismo general antes de conseguir la colegiación obligatoria, por los derechos y problemas de la clase, y hubo iniciativas importantes como la creación de revistas en diferentes asociaciones colegiales, celebraciones patronales que congregaban a numerosas matronas alentando al colectivo siempre a la unidad, la creación de la Federación Matronal, la celebración de congresos, el de mayor trascendencia el nacional de 1929 (del que surgió el pendón del que pasaremos a hablar), etc. Muchas fueron las actividades que ocuparon el tiempo y el esfuerzo de las matronas para dinamizar al colectivo y lograr ganar peso específico ante los poderes públicos e institucionales en pro de la profesión, a pesar de lo cual siguió patente con las divisiones en la colectividad, la falta de corporativismo y el compromiso del colectivo.

### El pendón de la "Unión Matronal" regalado a la AEM

El cristianismo en España tiene una larga historia, siendo la religión católica la religión oficial del país desde el siglo XV hasta 1931 y, posteriormente, entre 1939 y 1978 en que la Constitución Española, para solucionar la cuestión religiosa en la política española, abandona la forma de la confesionalidad del Estado y tiene lugar un proceso de secularización que ha supuesto una progresiva disminución en la práctica religiosa. Sin embargo, la herencia cultural y antropológica del cristianismo ha dejado una impronta importante tanto en la cultura, como en la propia vida social y política.

El nacionalcatolicismo que se impuso en la época franquista otorgó a la Iglesia un papel preponderante hasta el extremo



de que podía ejercer el control de determinados e importantes espacios sociales y políticos, de forma que la moral pública y los comportamientos sociales, la educación y, en general, cualquier expresión cultural quedaba sometida a la autoridad y las normas eclesíásticas de la jerarquía católica, incluso a su censura previa.

Por eso, no es de extrañar que el recién creado Consejo Nacional de Matronas, en 1952, poco tiempo después de sus inicios intentara encontrar una figura religiosa que, a nivel nacional, se convirtiera en patrón o patrona del cuerpo matronal. Se hizo la propuesta, previa consulta al P. Peyro<sup>49</sup>, la de la Visitación de la Virgen<sup>50</sup>, petición que fue tramitada por el Cardenal Arzobispo Primado de Toledo, al Excmo. Arzobispo de Sión, encargado de la diligencia ante la Santa Sede, por la que accedió a la petición de las matronas españolas<sup>51</sup>.

De esta forma quedó institucionalizada la patrona de las matronas españolas el 31 de mayo, día de la Visitación de la Virgen María, y por tal motivo desde el Consejo Nacional se remitía a los colegios oficiales de matronas del país los carnets y las insignias para las nuevas colegiadas, así como un cuadro de la patrona que presidiera las diferentes sedes colegiales<sup>52</sup>.

Tras la desaparición del Consejo Nacional de Matronas en 1977, la conmemoración de esta festividad la retomó la AEM, celebrando un encuentro lúdico-festivo para las matronas el 31 de mayo de cada año.

Precisamente en la fiesta de 1985, celebrada en El Pardo (Madrid), una antigua vocal de la Unión Matronal, tantos años atrás desaparecida, y socia fundadora de la AEM, Aurea Mateos, hizo entrega de la que fuera la primera bandera (pendón), emblema de aquella primera organización de las matronas de Madrid a la AEM, reconociéndola así como legítima heredera de la defensa de la profesión. Hasta 2009, la AEM no pudo afrontar la restauración de la pintura del reverso del pendón, muy deteriorada por el tiempo y una inadecuada conservación.

Recién vuelta la obra a la sede de la asociación, y ya dispuesta para su exhibición permanente en una urna de metacrilato, hecha exprofeso, una enfermera que se encontraba en el colegio de Enfermería de Madrid, enterada de la restauración, quiso verla. Al pronto, ella, versada en arte sacro, reconoció la imagen de la Virgen de la Paloma, sacándonos del error que hasta ese momento habíamos mantenido pensando que la imagen se trataba de la de la Visitación, nuestra patrona. En el momento, además de admitir nuestro desconocimiento en arte sacro, con más reflexión, concluimos por añadidura que la atribución mariana de nuestra patrona era incluso ilógica porque esta representación era de 1929 y a las matronas españolas no nos fue concedida la patrona hasta 1954.



De izqda a dcha. Maribel Bayón, Tesorera de la AEM; M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta; Joaquín Ortega, Secretario del Colegio de Enfermería de Madrid; y Aurea Mateos de la antigua Unión Matronal, haciendo entrega del histórico pendón a la AEM

Esta información obligó a la AEM a investigar sobre la obra, pesquisas que por circunstancias hemos demorado tanto tiempo en publicar, pero hoy las traemos a estas páginas para rescatar otro periodo de la historia de las matronas.

La Virgen de la Paloma, otra de las muchas advocaciones marianas de Madrid que se convirtió en la patrona popular de los madrileños, aunque la de Atocha fuera patrona de la corte y la de la capital lo sea la de la Almudena, tiene una curiosa historia en la que se mezclan hechos históricos y quizá algo de leyenda en el contexto de la religiosidad de la época.

Francisco Azorín, que ha desgranado en sus libros la historia y las leyendas de Madrid, decía: *"la Paloma no es patrona de Madrid, pero sí reina plenamente en muchos corazones humildes que habitan en la Villa"*; en su honor se celebra una gran verbena que ha sido inmortalizada en la célebre zarzuela de Tomás Bretón<sup>53</sup>, también fue inspiración para un drama histórico-fantástico-religioso en prosa y en verso<sup>54</sup>, en el que se representaba la historia de esta castiza Virgen, a quien el alcalde Álvarez del Manzano impuso en 1995, por decisión unánime de todos los grupos políticos del ayuntamiento, la medalla de honor de la villa; la misma que en el año 2002 fue coronada canónicamente por Mons. Rouco Varela. Se trata de una virgen a la que rezan los toreros en su capilla de las Ventas y a la que eligieron el Real Madrid y el Cuerpo de los Bomberos como patrona. También a partir del siglo XVIII se instauró la costumbre de dirigirse las mujeres embarazadas en busca de la protección mariana para tener un buen parto y a presentar a sus hijos recién nacidos para que les cuidara su salud<sup>55</sup>.



## Historia de la Virgen de la Paloma

Es necesario remontarse al siglo XVI cuando Isabel de Valois, dirigiéndose a España para contraer matrimonio con Felipe II, traía en su dote el cuadro de "Nuestra Señora de la Soledad de la Victoria", que San Francisco de Paula había regalado a su padre, el rey de Francia Enrique II, y este a ella por su casamiento.

Por aquellas fechas se habían establecido en Madrid los frailes de la Orden de los Mínimos de San Francisco de Paula para quienes se construía el Convento de Nuestra Señora de la Victoria; dichos frailes solicitaron a la ya reina el mencionado cuadro para que presidiera la iglesia de su convento; la soberana no aceptó, pero en cambio dio su consentimiento para que el escultor Gaspar Becerra realizase una imagen de bulto semejante a la que aparecía en el cuadro. El escultor talló la cabeza y las manos de una imagen vestidera que hubo de repetir tres veces, porque su obra no complacía a la soberana, hasta que consiguió la representación que resultó del agrado de la reina; fue vestida con túnica y toca blancas y manto negro cubriendo la cabeza, vestimenta habitual de la Camarera Mayor de Isabel de Valois, la condesa viuda de Ureña, que donó sus ropas para la imagen tallada por Becerra y desde ese momento presidió el altar de los monjes<sup>56</sup>.

Entre los siglos XVI y XVIII se popularizó el culto mariano a esta advocación y se hicieron innumerables copias pictóricas y escultóricas de esta, que fueron repartidas por todos los lugares de culto de la geografía española y muchos de sus hogares.

Sin embargo, este fervor mariano fue disminuyendo en el transcurso del siglo XVIII hasta que un hecho fortuito llegó al rescate de esta devoción.

Se cuenta que por el año 1787, en un solar cercano a la Puerta de Toledo, propiedad de las monjas de Santa Juana y dedicado a matadero de cerdos por entonces, llegó un cuadro al que desmontaron de su viejo bastidor de madera para utilizarlo como leña, quedando a disposición de unos chiquillos que jugaban por el lugar; el lienzo estaba muy deteriorado y estos intentaban hacer una cometa para divertirse. A tal tiempo, Andrea Isabel Tintero, apodada "La Beata", portera de una de las corralas cercanas que vivía en la calle de La Paloma, lo vio y se lo compró a los niños, uno de los cuales era su sobrino, por cuatro cuartos, según cuenta la tradición. Ella lo limpió y comprobó que era una imagen de la Virgen de la Soledad, por lo que colocó el lienzo en un marco rústico y lo colgó en el portal de su casa, alumbrándolo con un farolillo, como era costumbre, bastante extendida en la época.

Pronto se le atribuyeron a la Virgen varios milagros, entre ellos, la curación del futuro Fernando VII de España cuando era un niño y la devoción fue creciendo hasta el punto de que el zaguán de Isabel Tintero quedó pequeño para tanto

devoto, lo mismo que la habitación con acceso desde la calle que después habitó. Por eso se construyó una pequeña capilla y finalmente la Iglesia llamada, desde el año 2000, Parroquia de la Virgen de la Paloma y San Pedro el Real<sup>55</sup>.

En 1990, el Ayuntamiento de Madrid puso el nombre de la custodia de la Virgen, Isabel Tintero, a una calle en el barrio madrileño de Embajadores del distrito Centro de Madrid. Esta luce<sup>57</sup> magníficamente señalada con una de las 1.500 obras cerámicas, a modo de placas de calle que decoran el centro de Madrid, obras únicas del artesano talaverano, Alfredo Ruiz de Luna<sup>58</sup>.



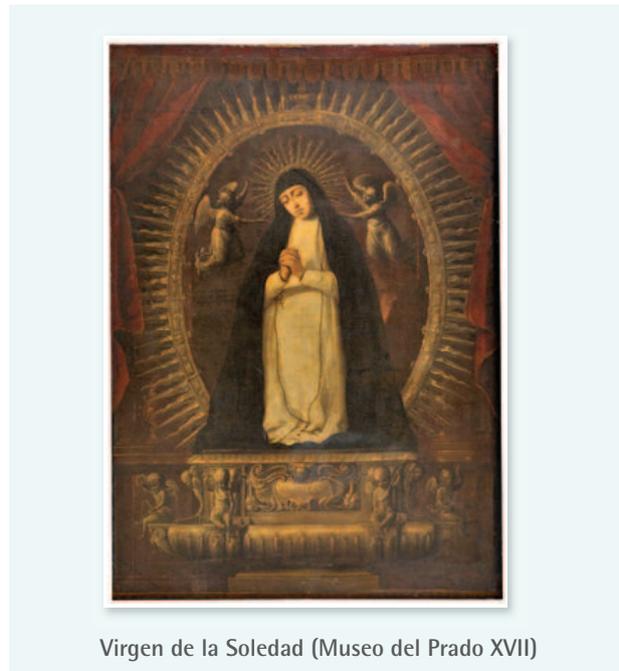
Placa de la Calle Isabel Tintero en Madrid

Sin duda, la Unión Matronal de Madrid y su provincia, re-conversión del colegio no oficial de Matronas de Madrid cuando celebró aquel primer Congreso Nacional de Matronas en España, en 1929, un hito para la profesión, quiso solemnizar su, por entonces, pujante institución que congregaba a unas 700 matronas, de las que acudieron al congreso más de 500<sup>59</sup>; para ello, entre muchas otras relevantes acciones y esmerada organización, presentaron el pendón distintivo de la asociación.

Como mandaban los cánones religiosos de la época, previa a la inauguración del congreso, se celebró en la catedral una solemne misa, en el altar de Nuestra Señora del Buen Consejo oficiada por el párroco, por delegación del obispo, tras la cual fue bendecido el estandarte de la asociación; este fue apadrinado por doña Concepción Marín, presidenta del Congreso y de la Unión, y por D. Guillermo Gómez (practicante), en representación del doctor D. Ramón Hernández del Castillo, asesor médico de la Unión Matronal. Las congresistas señoritas Clara Soria y Encarnación Sánchez fueron las encargadas de sostener las borlas del estandarte en el momento de la bendición<sup>60</sup>.



Pendón de la Unión Matronal cedido a la AEM



Virgen de la Soledad (Museo del Prado XVII)

Hemos podido comprobar que se dio la curiosa circunstancia de que mientras unos reporteros informantes de la noticia se referían a la imagen del pendón como la de la Virgen de la Paloma, añadiendo que en adelante sería patrona de las matronas madrileñas<sup>61</sup>, otros la nombraban como la Virgen de la Soledad<sup>62</sup>.

Apuntar que de la imagen de la Virgen de la Soledad, que fue el origen de la posterior advocación de la Paloma, existe un lienzo del siglo XVII, de desconocida autoría, depositado (no expuesto) en el Museo del Prado tras su traslado desde el desaparecido Museo Nacional de Pintura y Escultura, Museo de la Trinidad, alojado en el antiguo Convento de Nuestra Señora de la Victoria, de mínimos de San Francisco de Paula de Madrid<sup>63</sup>.

Por su parte, la parroquia de la Virgen de la Paloma mantiene la pintura del siglo XVIII rescatada por Isabel Tintero, que diera inicio a esta devoción mariana de la cual informan que *"en origen este lienzo encontrado carecía de cualquier ornamentación. Poco a poco los donativos de fieles y devotos fueron componiendo un ajuar cuyo valor se fue incrementando. Se dotó a la Virgen de una corona adornada con piedras preciosas y después se confeccionó una aureola de rayos"*<sup>66</sup>; más tarde se le proporcionó un marco muy ornamentado de forma que el cuadro supera los 80 kilos.

Esta pieza es descolgada cada 15 de agosto por un miembro del cuerpo de bomberos elegido anualmente y con ayuda de sus compañeros, la ponen en una carroza para la procesión de la festividad.

El resultado del fervor popular, como se puede observar comparando ambas imágenes, ha dado lugar, andando el tiempo y como se ha especificado, a transformar la sobriedad de la imagen original (la custodiada en el Museo del Prado) por otra en la que destaca su lujosa ornamentación.



Virgen de La Paloma (XVIII) con la ornamentación añadida

Como conclusión, en el histórico pendón donado a la AEM aparece en el anverso, bordado en oro sobre terciopelo burdeos, el logo de la Unión Matronal de Madrid y su provincia con la fecha 1929; en el reverso, la pintura de la Virgen de la Soledad de La Paloma, que ha quedado renombrada en la memoria de los madrileños, simplemente como la Virgen de La Paloma debido a su ubicación durante años en esta calle, y no a la presencia de ningún ave que acompañe a la imagen.



Curiosidades de la historia, además, que esta advocación mariana fuera antes que patrona del Cuerpo de Bomberos o del equipo futbolístico del Real Madrid, de las Matronas madrileñas<sup>56</sup>.

## Bibliografía

1. Real Cedula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos, en la Imprenta de don Pedro Marín, 1787. p. 106. Google Libros [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://books.google.es/books?id=DlkOrC7nbE8C&vq=matronas&hl=es&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.es/books?id=DlkOrC7nbE8C&vq=matronas&hl=es&source=gbs_navlinks_s)
2. Boletín Oficial de la provincia de Madrid, a 7 de abril de 1888. Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://bibliotecavirtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid\\_publicacion/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1151428&tposicion=1#search="matronas"](https://bibliotecavirtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid_publicacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1151428&tposicion=1#search=)
3. El Áncora (Barcelona. 1850). 31/1/1851. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=577f49e0-4293-4942-b5ae-552d279a4581&page=11>
4. El País (Madrid. 1887). 6/2/1889. Hemeroteca Nacional Digital [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=3afa-eeed7-cf72-4d0f-b985-24e16d6c95fb&page=2>
5. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 1 de abril de 1977 sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales. BOE [internet] núm. 79, de 2 de abril de 1977, páginas 7425 a 7426. Ministerio de la Gobernación [citado 22 nov 2022]. Disponible: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-8452>
6. Boletín Oficial del Estado (BOE). Resolución de la Dirección General de Sanidad por la que se desarrolla la Orden de 1 de abril de 1977 sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes técnicos sanitarios a las normas de la Ley de Colegios Profesionales. BOE [internet] núm. 103, de 30 de abril de 1977, páginas 9351 a 9353. Ministerio de la Gobernación [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/04/30/pdfs/A09351-09353.pdf>
7. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 8 de agosto de 1980 por la que se dispone la ejecución de la sentencia de la Audiencia Nacional, de 13 de mayo de 1980, por la que se declara la nulidad absoluta de la Orden del Ministerio de la Gobernación de 1 de abril de 1977 y la Resolución de la Dirección General de Sanidad de 27 de abril del mismo año. BOE [internet] núm. 193, de 12 de agosto de 1980, páginas 18208 a 18208. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-17294>
8. Cubillo López IJ. El derecho a la tutela judicial efectiva y el derecho a la ejecución en la jurisprudencia constitucional. Estudios de Deusto [internet] 2018 [citado 22 nov 2022]; 6(2):347-72. Disponible en: <https://revista-estudios.revistas.deusto.es/article/view/1531/1880>
9. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Real orden concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Matronas, y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. BOE [internet] núm. 129, de 9 de mayo de 1930, p. 913 a 915. [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1930/129/A00913-00915.pdf>
10. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Real orden concediendo la ordenación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Ministerio de la Gobernación. BOE [internet] núm. 363, de 29 de diciembre de 1929, p. 2.027 a 2.029 [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1929/363/A02027-02029.pdf>
11. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Jefatura del Estado. BOE [internet] núm. 331, de 26 de noviembre de 1944, páginas 8.908 a 8.936 [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf>
12. Plata Quintanilla R. Constitución del Consejo Nacional de Colegios de Matronas (1952). Matronas Hoy [internet] 2019 [citado 22 nov 2022]; 2(7). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/168/constitucion-del-consejo-nacional-de-colegios-de-matronas-1952/>
13. Ávila Olivares JA. La acción colegial de los auxiliares sanitarios en la última mitad del siglo XX. Elemento clave en la metamorfosis de su profesión. Libro 99. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) [internet] 2017 [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/L99WEBBCD.pdf>
14. Boletín Oficial de la provincia de Madrid. 20/02/1891. Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://biblioteca-virtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid\\_publicacion/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1152327&tposicion=1#search="matrona"](https://biblioteca-virtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid_publicacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1152327&tposicion=1#search=)

15. La Unión Católica (Madrid). 2/7/1895. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=5726516e-5505-462a-b79b-485697b3f468&page=2>
16. El Imparcial (Madrid. 1867). 2/7/1895. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=f290a444-99d3-4ba8-95ba-8d468070859b&page=3>
17. La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XLVI Número 13661-1895 julio 2 . Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=10075856782](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=10075856782)
18. El Imparcial (Madrid. 1867). 6/9/1895. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=104640cc-4c5f-46ec-afa5-c6ef12081620&page=3>
19. La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XLVII Número 13860-1896 enero 17. p. 2. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1007584593](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1007584593)
20. La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XLVII Número 13861-1896 enero 18. p. 2. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1007584412](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1007584412)
21. La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XLVII Número 13864 -1896 enero 21. p. 2. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=a3132548-809a-4bfd-acf2-66afc1febb73&page=3>
22. El Imparcial (Madrid. 1867). 22/1/1896. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=a3132548-809a-4bfd-acf2-66afc1febb73&page=3>
23. La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XLVII Número 13873-1896 enero 30. p. 3. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [//prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1007584606](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1007584606)
24. La Correspondencia de España (Madrid). 31/1/1896, n.º 13.874. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=3a2481e4-5374-47c3-9e44-059e838d6e9d&page=2>
25. Diario oficial de avisos de Madrid (Madrid). 24/8/1905. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=c8562ef0-f5f1-4677-bde9-6e24ef987689>
26. I Siglo futuro (Madrid). 24/8/1905, n.º 9. 205. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=ba712299-256b-48ef-95c4-d26bc35507a1&page=4>
27. Boletín Oficial de la provincia de Tarragona. n.º 1. 1905 enero 1. p. 18. p. 2. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1001539183](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1001539183)
28. Diario de la Marina. Año XXXVII. Número 11367-1905 agosto 24. p. 3. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=2001098914](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2001098914)
29. El Eco de Santiago: diario independiente: Año X Número 3237-1905 agosto 26. p. 2. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=2000744121](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2000744121)
30. Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía Órgano Oficial de los Colegios Unidos. Año 4º N.º. 38 Septiembre 1911. Biblioteca CODEM. Fondo Antiguo. Boletines. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/F9E62859-9786-4F19-AE19-5FDC9AD3524E/188bbb6-f6-099c-429f-8c86-a885b6cc5a99/RA\\_1911-38.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/F9E62859-9786-4F19-AE19-5FDC9AD3524E/188bbb6-f6-099c-429f-8c86-a885b6cc5a99/RA_1911-38.pdf)
31. Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía Órgano Oficial de los Colegios Unidos. Año VII. N.º. 74 septiembre 1914. Biblioteca CODEM. Fondo Antiguo. Boletines. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/2D28EE61-2EE2-4A4B-B39F-9E6141008F5B/523ce884-1af6-4fc3-b493-b56a3e327875/RA\\_1914-74.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/2D28EE61-2EE2-4A4B-B39F-9E6141008F5B/523ce884-1af6-4fc3-b493-b56a3e327875/RA_1914-74.pdf)
32. Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía Órgano Oficial de los Colegios Unidos. Año VII. N.º. 78 enero 1915. Biblioteca CODEM. Fondo Antiguo. Boletines. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/B920D65C-72AF-4FF7-AD9E->



- 349BEDC448/030026c8-dedf-4e94-92b7-fc417d73a2f4/RA\_1915-78.pdf
33. Boletín Oficial de la Provincia de Madrid: 20/07/1916. Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://biblioteca-virtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid\\_publicacion/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1075718&posicion=1#search="matronas"](https://biblioteca-virtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid_publicacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1075718&posicion=1#search=)
  34. Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana 1920. Vol. 1, núm. 3. Universidad de Valencia [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://weblioteca.uv.es/cgi/view.pl?sesion=2022112720312132650&source=uv\\_se\\_b1021852x\\_19200300\\_v1n3&div=64](https://weblioteca.uv.es/cgi/view.pl?sesion=2022112720312132650&source=uv_se_b1021852x_19200300_v1n3&div=64)
  35. La correspondencia de Valencia: diario de noticias: eco imparcial de la opinión y de la prensa: Año XLIII Número 18030-1920 Febrero 23. p. 2. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=2000724996](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2000724996)
  36. La correspondencia de Valencia: diario de noticias: eco imparcial de la opinión y de la prensa: Año XLIII Número 18086-1920 abril 28. p. 1. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=2000672229](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2000672229)
  37. La Independencia: diario de noticias: Año XIII Época Segunda Número 4990-1920 agosto 13. p. 2. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1002607646](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1002607646)
  38. El día: diario reformista. Año VII Número 168-1920 agosto 13. Pag. 2. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=1002603320](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1002603320)
  39. Mundo gráfico (Madrid). 28/4/1920. Hemeroteca Digital Nacional de España. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=20280d48-d0a3-44c2-9e28-38623db0e7cb&page=12>
  40. Diario de Valencia: Año XII Número 3735-1922 enero 3 (03/01/1922) Valencia: [s.n.], p. 4. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=2000675933](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2000675933)
  41. La Acción (Madrid. 1916). 25/1/1921. Hemeroteca Digital Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=ac202120-f132-4b53-ab3a-0c1d0d8f2729&page=5>
  42. La Libertad (Madrid. 1919). 10/1/1923. Hemeroteca Digital Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=23d14bd9-0eb0-474e-b39b-518673eea889&page=7>
  43. Ruiz Berdún D. Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades [internet] 2011 [citado 22 nov 2022]; 31:69-76. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20572/1/CC\\_31\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20572/1/CC_31_09.pdf)
  44. Relación del Acuerdo alcanzado por el Consejo Nacional de Matronas y los Colegios Provinciales en la Junta celebrada el día 7 de noviembre de 1985. Documento. Archivo Histórico AEM.
  45. Boletín Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía Gaceta Oficial de la Federación Nacional de Practicantes. Año XVIII. Nº 170. Noviembre 1922 [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/266A05E0-8DA4-4A08-B639-89D12DB8A5E5/5d35f8a7-60cd-4518-b271-7f280d9704e2/RA\\_1922-170.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/266A05E0-8DA4-4A08-B639-89D12DB8A5E5/5d35f8a7-60cd-4518-b271-7f280d9704e2/RA_1922-170.pdf)
  46. Boletín Oficial de los Practicantes y de Medicina y Cirugía. Gaceta Oficial de la Federación Nacional de Practicantes. Número Extraordinario dedicado a la IV Asamblea Nacional. Junio 1921. Biblioteca CODEM. Fondo Antiguo. Boletines. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/55E2FC7F-DC46-4A52-AD73-F062CE07DB2A/94f0fcab-9974-4666-a1c1-ec4409aa807/RA\\_1921-154.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/55E2FC7F-DC46-4A52-AD73-F062CE07DB2A/94f0fcab-9974-4666-a1c1-ec4409aa807/RA_1921-154.pdf)
  47. Nuestro tiempo (Madrid). 12/1924, n.º 312. Hemeroteca Digital Nacional de España. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=e9d57355-13cf-44f3-a6d1-40cf21a79c70&page=81>
  48. Colegio de Matronas de Madrid y su provincia. Reglamento: aprobado por el Excmo. Señor Gobernador Civil de Madrid, en 10 de diciembre de 1922. Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://bibliotecavirtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid\\_publicacion/es/consulta/registro.do?control=BDCM2009000030](https://bibliotecavirtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid_publicacion/es/consulta/registro.do?control=BDCM2009000030)
  49. Actas Junta de Gobierno de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios-Sección Matronas. Abril 1954-1964. Acta 25 /5/1954. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
  50. Actas Junta de Gobierno de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios- Sección Matronas. Abril 1954-1964. Acta 25/2/1954 Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.

51. Actas Junta de Gobierno de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios- Sección Matronas. Abril 1954-1964. Acta 2 /12/1954. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
52. Actas Junta de Gobierno de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios- Sección Matronas. Abril 1954-1964. Acta 18/11/1956. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
53. Valero García E. El año de la verbena de la Paloma. Madrid, 1894. Historia urbana de Madrid [blog] 2015 [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <http://historia-urbana-madrid.blogspot.com/es/>
54. Omil A, Madrid de J. La Virgen de la Paloma: Drama en cinco actos y en prosa y verso. Libros Google [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://books.google.es/books?id=QrtXAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=QrtXAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
55. Parroquia de la Virgen de la Paloma. Historia del Lienzo de La Virgen De La Paloma. Madrid. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/channel/UCtc92E8HFidZq47SXDM7Ihw>
56. Palacios P. La Virgen de la Paloma: Historia y tradición. Cervantes virtual [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/la-virgen-de-la-paloma-historia-y-tradicion-783799/html/>
57. Ayuntamiento de Madrid. Memoria de Mujeres en el Callejero. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Servicios-sociales/Igualdad-entre-Mujeres-y-Hombres/Publicaciones/Memoria-de-Mujeres-en-el-Callejero?vgnextfmt=default&vgnextoid=ae06e3ad92eb8010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=b4d2adb6fc3d8010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD#>
58. Espacio Madrid. Alfredo Ruiz de Luna: Cerámica, tradición y arte por las calles de Madrid. Espacio Madrid [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <http://www.espaciomadrid.es/?p=38756>
59. El Debate: Año XIX Número 6189-1929 mayo 17. p. 5. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=2001109314](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2001109314)
60. La Nación (Madrid). 16/5/1929. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=1877c8a9-8028-4209-9701-be3279d0257f&page=8>
61. El Sol (Madrid. 1917). 17/5/1929. Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=c151922f-bc52-4f4f-86d7-5b22c0c94c69&page=3>
62. El Debate: Año XIX Número 6189-1929 mayo 17. p. 5. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: [https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/grupo.do?path=2001109314](https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2001109314)
63. La virgen de la Soledad. Ficha Técnica. Museo del Prado. [internet] [citado 22 nov 2022]. Disponible en: <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/la-virgen-de-la-soledad/52382444-2025-4068-84ee-f8378a340f4e>

## Entrevista a DOLORES SÁEZ MANZANO "Loli, la matrona de Melilla"



La mayoría de peninsulares españoles desconoce el lugar y la realidad de Melilla, una de nuestras dos ciudades autónomas, limitando su conocimiento a las aciagas noticias que por los medios de comunicación nos llegan desde este territorio español en el continente africano. Para aquellos que cumplieron antaño el servicio militar en ese destino, y para los que esperaban su vuelta, igual, si no profundizaron en su esencia, fue solo un destino tan obligado como lejano; para algunos turistas impenitentes, para quienes viajar, se ha convertido en una parte de sus vidas, es un hermoso e interesante territorio lleno de contrastes en esa porción alejada del suelo patrio, puente entre Europa y África. Melilla es una ciudad hermosa y vibrante en la que destaca la convivencia histórica de cuatro culturas principales: cristiana, musulmana, hebrea e hindú, a las que se han sumado en este tiempo de globalidad y continuos desplazamientos, muchas otras gentes de diversos orígenes y procedencias. Una multiculturalidad cuya sintonía, reflejo de una convivencia respetuosa y moderna, sorprende a los foráneos.

La Asociación Española de Matronas (AEC) tiempo hace que acuño la frase *"donde haya una mujer debe haber una matrona"* y, como no podía ser de otra manera, las mujeres de Melilla han contado y cuentan con matronas, de entre las que hoy traemos a esta sección una especialmente destacada: Dolores Sáez Manzano, para todos, "Loli, la matrona de Melilla".

**Pregunta.** Empezamos por el principio, Loli. ¿Eres nacida y criada en Melilla?

**Respuesta:** ¡Vaya que sí! Nacida, criada y "vivida" felizmente, en Melilla; solo me he alejado de esta ciudad, a la que quiero desde lo más profundo de mi corazón, los años de mis estudios en Málaga, mi segunda casa, cierto es en el sentido literal lo de 2ª casa, y obviamente, los viajes de placer y conocimiento que me han llevado de un lado a otro, aunque menos de lo que hubiera deseado porque las obligaciones familiares y profesionales me han impedido disfrutar de más tiempo libre. Incluso ahora, que ya llegué a la jubilación,

la familia, cambiante y creciendo, sigue ocupando el primer lugar y tampoco voy sobrada de tiempo para viajar, pero me conformo con mis idas y venidas a "mi Málaga", donde aún conservo familia, amigos y compañeros de promoción con los que sigo manteniendo relaciones, algo de lo que cual me enorgullezco. Por supuesto, el disfrute de las preciosas playas de Melilla no me hacen añorar ninguna otra del mundo porque estas son ¡maravillosas!

**P.** Es inevitable preguntar si en tu caso tuviste predecesores en la profesión o fue una vocación espontánea que además contagiaste a parte de la familia...

**R:** Creo que bien chiquita ¡ya jugaba con las muñecas a ponerles el bebé en la barriguita sin saber cómo era un parto! Luego ese germen fue creciendo de la mano de un médico amigo de mis padres, el Dr. Ríos, urólogo, que me animó a ser enfermera frente a Magisterio, carrera a la que me orientaban mis padres porque se podía cursar en Melilla. Empecé a hacer prácticas en el quirófano del Hospital de Cruz Roja y cuando terminé el bachiller ya estaba decidida a ser enfermera, convirtiéndome en la primera de una saga familiar de profesionales sanitarios. Lo mío fue totalmente vocacional, opino que Dios pone a cada uno en el mundo para desempeñar una función: a mí me eligió para ser matrona y cuidar de las mujeres y los niños. Mis dos hermanas se hicieron enfermeras, incluso cuando una de ellas para entonces ya había cursado Magisterio. Pienso que les transmití la pasión y el sentido que yo encontraba en la Enfermería. Mis hijos también han escogido la rama sanitaria, son fisioterapeutas y con especial orgullo digo que ambos, José Antonio y Sandra, están dotados de gran humanidad y empatía.

**P.** Entiendo que tu decisión de ser enfermera para luego especializarte como matrona no sería fácil porque has mencionado de forma indirecta que Melilla por entonces no contaba con Escuela de Enfermería, ¿es así?

**R.** En efecto, yo me vi obligada a dar el salto a Málaga porque no hubo Escuela de Enfermería en Melilla hasta el año 1976

en que se inauguró la Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja, en la que formamos a grandes profesionales con la ayuda de la Jefa, Dña. María Caba, gran profesional y persona que a mí, personalmente, me ayudó muchísimo en los primeros tiempos y a la que recuerdo con enorme afecto.

**P. ¿Te apoyaron tus padres en tu elección?**

**R.** Claro que mis padres me apoyaron, sobre todo mi padre, quizá porque, además, yo era una adolescente dócil y muy aplicada (lo digo sin falsa modestia), y él estaba especialmente orgulloso de que su hija fuera la primera que tuviera una carrera en la familia. También mi madre me apoyó, por supuesto, pero quizá, muy marcada por los condicionantes de la época respecto al destino de la mujer, lo hizo con menos fuerza, contando además como he mencionado que ambos se inclinaban más porque hiciera Magisterio ya que lo podía cursar en la ciudad.

**P. ¿Qué recuerdos tienes de tu partida hacia Málaga?**

**R.** Uffff... Dios mío, ese barco cuya travesía duraba ocho horas allá por los 60-70 y sigue durando lo mismo, ¡cómo olvidarlo! La cercanía marítima entre Melilla y Málaga que, bien podría augurar una apacible y rápida travesía, sigue siendo tan larga y tediosa como entonces, aunque la habitabilidad de los barcos ha mejorado. Aun con la ilusión de emprender mi carrera, lo que más grabado tengo de aquella primera travesía "independiente" es la tristeza que sentía al abandonar mi casa, mi familia, mi ciudad...

**P. ¿Qué es lo que con más cariño recuerdas de tu formación como enfermera en Málaga? Y por contra, ¿cuáles fueron las mayores dificultades que sufriste allí?**

**R.** Cuando yo empecé mis estudios era el año 64, trabajamos muy intensamente; como en otros hospitales de la época las alumnas eran, junto con una pocas enfermeras tituladas, la fuerza laboral, y aunque fue duro estoy especialmente satisfecha de cuanto aprendimos. Es cierto que carecíamos de muchas cosas, en la España de la época no se nadaba aún en la abundancia y tampoco en los hospitales, pero aprender con fundamento y echando mucho ingenio creo que es la mejor base para adaptarse a todas las novedades de las que más tarde dispusimos. Opino que nadie como nosotras, que carecimos de tanto, supimos valorar las mejoras que traían emparejadas las novedades que se fueron incorporando a nuestro trabajo. Las exigencias de disciplina y esfuerzo entonces eran muy fuertes, pero eso también nos ayudó a forjar un carácter riguroso para el futuro que nos había de llegar y para el desempeño de una profesión tan exigente como la nuestra. Lo más bonito que recuerdo es el cariño que surgió entre todos los de la promoción y especialmente entre las

seis muchachas que nos fuimos juntas desde Melilla, ese cariño por el que nos ayudábamos, compartíamos, nos divertíamos... y el que sigue siendo motivo de recuerdo en nuestras actuales reuniones. Por otro lado, hablo de ILUSIÓN con mayúsculas porque el trabajo duro, desconocido y exigente del hospital no nos quitaba la alegría por aprender y para "jueguear" lo poco que se podía, ¡inolvidables nuestras fiestas de disfraces en el internado! El lado triste era la añoranza de una adolescente de 17 años que deja atrás a sus padres y su hermano, su corta vida social y con exigencias de adulta, empieza a caminar como tal en la vida. El teléfono que no estaba tan disponible como actualmente, acortaba la distancia con la familia y mi querido, por entonces, novio que estudiaba en Cádiz, me traía la alegría cada vez que aparecía en Málaga.



Matrícula



Parte de la Promoción de enfermeras Hospital Clínico Málaga 1964-67



Sala de dilatación del Hospital Civil Provincial de Málaga



Prácticas de enfermería en el Hospital Provincial Civil de Málaga



En los toros

**P.** Tienes una cantidad ingente de fotos, pero esta que encontramos en medio de tus álbumes es bien curiosa. ¿Qué hace una matrona uniformada en una corrida de toros?

**R.** ¡Ah, sí! En el Hospital de Cruz Roja éramos una pequeña gran familia y un día que mis compañeras enfermeras tenían que asistir a las corridas de toros, viendo que yo no tenía ninguna embarazada ni puérpera ingresada y estaba de guardia localizada, me decidí a acompañarles por si podía servir de ayuda en caso de necesidad. Y mira tú por donde, "El Cordobés", cabeza de cartel y por entonces admirado torero que llenaba plazas, quiso agradecer la presencia al equipo sanitario, momento que algún fotógrafo captó en esta instantánea de feliz recuerdo en la que yo aparecí por la coincidencia de circunstancias que os he relatado.



Antiguo Hospital Civil de Málaga

**P.** Después de haber vivido los años de la formación en una ciudad cosmopolita y alegre como Málaga, donde había equipos de trabajo y un sinfín de posibilidades lejos de la, llamémosla, "lejanía opresiva" y soledad en el trabajo que imponía Melilla, ¿tuviste siempre claro que preferías volver a tu ciudad para trabajar en ella?

**R.** Pues sí, porque de siempre he sentido profundamente mi tierra, donde están mis raíces, aunque tengo que reconocer que intenté demorar mi regreso, feliz como estaba en Málaga, incluso planteándome cursar en el Antiguo Hospital Civil de Málaga otra especialidad enfermera como entonces lo eran fisioterapia o podología. Pero al final ganó el lazo familiar que tira inevitablemente de una, mis ganas de ejercer como matrona y el convencimiento de que si no volvíamos las hijas de la tierra no iban a ser las foráneas las que se instalaran en esta ciudad. Creo que en todos los sitios se puede ser feliz y yo en Melilla, además de mis raíces y como digo, el amor por mi ciudad, formé mi familia que te ancla más que nada a la tierra que pisas. Por otra parte, regresar

a Melilla convertida en matrona, la carrera que yo elegí, fue un orgullo que compartí con mi mentor, el Dr. Ríos, a quien de alguna manera mi vuelta fue como agradecerle su apuesta y todo el apoyo que me prestó para lograr mi objetivo.



Delante de la consulta de Pediatría

**P. Melilla por su situación geográfica y cultural, ¿reporta diferencias respecto a la asistencia sanitaria?**

**R.** Sin duda. He crecido y vivido la multiculturalidad, aunque esta realidad para todos los melillenses no es una circunstancia nueva al hilo de los flujos migratorios recientes; en esta ciudad llevamos siglos conviviendo diferentes etnias y culturas, conocemos y aceptamos otros valores culturales y creencias, lo que en mi caso, como profesional sanitario, me ha ayudado para entender además las actitudes, los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad propia de cada cultura, y encontrar la forma más adecuada de relacionarme con las mujeres que he de acompañar y asistir. Os cuento una circunstancia que se convirtió en un nuevo trabajo para las matronas de Melilla a propósito de su especial situación geográfica. Como bien sabéis, mi ciudad es frontera con Marruecos, país desde el que de antaño ha existido una circulación dinámica de droga, convirtiendo el paso a través de Melilla en una de las más importantes rutas de tráfico hacia Europa. Y este fue el motivo que nos reportó una nueva actividad a las matronas. Considerado como un problema de Salud Pública el consumo de droga y obviamente su distribución, un delito que había que cortar, la Delegación de Gobierno contactó con la Dirección Provincial de Sanidad para requerir la ayuda de las matronas en el puerto y aeropuerto. Quienes aceptamos el reto fuimos enviadas a Algeciras para instrucción en radiología, ya formadas regresamos y junto con la Guardia civil trabajamos en la detección de droga transportada por las mujeres. Aún recuerdo a una mujer que le encontramos en vagina ¡una bola de kilo y medio! Indudablemente, fue una importante e inesperada labor que las matronas ejercimos durante tiempo.

**P. Si no me equivoco, fuiste la segunda matrona profesional establecida en Melilla (la primera duró poco tiempo, por cierto). ¿Cuál fue tu primer trabajo en esta ciudad y qué recuerdos tienes de ese tiempo?**

**R.** Cuando regreso titulada como matrona, mi destino es el antiguo Hospital de Cruz Roja, institución singular y de gran historia, ya que en 1921 este edificio, proyectado como grupo escolar, fue reconvertido sin ser estrenado para tal fin en hospital tras el Desastre de Annual. La Duquesa de la Victoria, Carmen Angoloti Mesa, con el beneplácito de la Reina Victoria Eugenia, fue la directora de esta institución y junto con las Damas Enfermeras de la Cruz Roja, voluntarias que arribaron a Melilla y desarrollaron una importantísima labor uniéndose a los esfuerzos sanitarios para atajar la crisis hospitalaria de la ciudad en la situación de guerra que sufrió el territorio melillense desde 1909 hasta 1927.

Pues esta noble institución, reconvertida en hospital civil, fue mi primer destino profesional y ¡qué mal lo pasé en mis inicios como matrona! Eso sí que era estar "sola ante el peligro", porque sola estaba y los dispositivos de uso para las matronas se reducían al estetoscopio y el reloj, sin ecografía y sin tocólogo de presencia física. Yo estaba de guardia 24, 48, 72 horas, ¡siempre! Fui la única matrona durante año y medio, así que me puse a buscar matronas por todo el territorio nacional para repartir aquella tarea. Si no era bastante la lejanía física de Melilla, que entonces suponía mucho (solo se podía llegar por barco), ofrecer un contrato de Cruz Roja (hospital privado) y contar con verdad a las pocas interesadas como era "el negocio" de duro, eran las condiciones que completaban el revulsivo para que no encontrara a ninguna candidata... Tal es así que cuando anuncié mi boda, aunque la dirección del centro no quería mujeres casadas trabajando, no tuvieron otro remedio que aceptarme casada ya, porque mi puesto no se cubría, e incluso tuve que buscar sustituta porque si no ¡no podía casarme! ¡El mejor logro de mis campañas de búsqueda de matronas fue el de convencer a mi compañera Adela, enfermera melillense, para que se hiciera matrona! ¡Qué gusto y un relax trabajar con ella!

**P. Sé que eres una mujer de carácter, decidida, trabajadora e inquieta por todo, y justo detrás de tu familia has situado a esta profesión a la que has dedicado la mayor parte de tu vida. Te formaste también en enfermería comunitaria, de salud pública, etc. y siempre has estado pendiente de cada innovación en la práctica enfermera y de matronas. Tus ganas de estar informada y de impulsar la profesión desde este punto de España desde el que te sentías tan distanciada como cerca querías estar del conjunto profesional ¿fue lo que te motivó a presentarte a la Junta del Colegio de Enfermería?**

**R.** Pues sí, pertencí a la Junta del Colegio de Enfermería como Vocal Matrona desde que tuve la opción. Creía que

desde ahí podía mantenerme informada e intercambiar opiniones y formas diferentes de trabajar con colegas de otras comunidades autónomas. Por otro lado, desde la institución colegial y a través del Consejo General de Enfermería, impulsábamos cursos de Educación para la Salud para colegiados y población hasta el punto de que el local colegial se nos quedó pequeño y teníamos que buscar sedes capaces de acoger la alta demanda de formación, por toda Melilla. Por ello, la Junta de Gobierno nos embarcamos en la compra de dos pisos que nos permitió disponer de un gran salón de actos con un aforo grande para la formación, dependencias aptas para dar un mejor servicio a los profesionales y tener una sede propia como correspondía al cuerpo profesional que representamos. Yo particularmente me he pasado la vida actualizándome hasta mi jubilación, algo que creo absolutamente imprescindible para todo profesional.

**P. Me consta que sin tu compañero de vida, tu marido, tu inestimable José Antonio, no hubieras podido entregarte a la profesión como lo has hecho, por eso indudablemente es justo que le otorgues ese título honorífico de Matrón al que tantas veces aludes con infinito cariño y reconocimiento.**

**R.** Mientras éramos novios, e incluso después ya casados, era inevitable en nuestros encuentros contarle los casos, y conste que teníamos variedad teniendo en cuenta que en los años de mi formación, y hasta mucho después, no contábamos ni con ecografías. Casi lo menos sorprendente eran los casos de partos múltiples inesperados y ¡de esos tuve muchos! Hasta la prensa se hacía eco de los casos de trillizos, de los que me tocaron varios; en el otro lado, el más cruel, también me tocaron anencéfalos y toracópagos, y otros con defectos congénitos graves, así como enfrentarme a casos de patologías maternas que hoy se pueden evitar o tratar mejor. José Antonio, como yo le digo, "un mártir del matroneo", escuchaba pacientemente mis explicaciones parejas a la emoción que había experimentado en cada caso, ya familiarizado con los términos de la obstetricia; él mismo se emocionaba y también sabía consolarme cuando la resolución del parto te dejaba ese pozo amargo de preocupación, aunque afortunadamente solo tuve que lamentar la pérdida de una mujer, y no por el parto, sino por una complicación hematológica sobrevenida, a pesar de lo cual fue una experiencia muy dura que no olvido.

Como en nuestra ciudad hay barrios muy alejados y complejos, cada noche que tenía que salir a un parto domiciliario, él siempre me acercaba y se mantenía a la espera en el coche hasta que me veía aparecer exhausta, para regresar a casa. ¡Mi marido ha desarrollado más paciencia o, al menos la misma, que el Santo Job! Médicos y matronas del entorno le consideran uno más del cuerpo de la sanidad melillense.

## Trillizos en la Cruz Roja

En el hospital de la Cruz Roja se registró ayer un hecho no muy frecuente, el triple alumbramiento de una parturienta. Ya sabemos que el tema no es para echar las campanas al vuelo, pero sí para registrar lo que «no sucede todos los días».

Protagonista fue la musulmana Hadull Mimón Hach Ahmed, domiciliada en la «L» núm. 8 del Monte María Cristina de nuestra ciudad. Ingresó en el Servicio de Maternidad y allí, asistida por el doctor Romano Díaz y matrona doña Dolores Sáez, dio a luz tres criaturas, dos varones y una hembra. También prestaron su colaboración en la asistencia, los servicios de Puericultura y Reanimación del establecimiento, a cargo de los doctores Gómez Montes y Lacal García.

Tanto la madre como los trillizos se encuentran perfectamente.

## ECOS DE SOCIEDAD

El pasado día 4, en el Hospital de la Cruz Roja y asistida por la matrona doña María Dolores Sáez Manzano, dio fe-

lizmente a luz hermosos trillizos doña Carmen Macías Martín, esposa de don Salvador Cortés Gutiérrez.

Tanto la madre como los recién nacidos se encuentran en perfecto estado.

"Añejas" noticias de periódico

**P. Como buena emprendedora, montasteis entre colegas una sociedad cooperativa para atención al embarazo, parto y puerperio. ¿Cómo toma cuerpo esa iniciativa?**

**R.** Mira tú por donde que el local que anteriormente fuera la sede alquilada del Colegio de Enfermería de Melilla, al que tenía gran cariño y me daba tanta pena abandonar cuando adquirimos la sede propia, conseguí alquilarlo. Junto con otras tres compañeras, pusimos en marcha la cooperativa que mencionas inaugurándola con toda la ilusión, un día 5 de mayo, Día Internacional de la Matrona del año 2000,

que llamamos "Centro Integral para la Mujer", surgió para cubrir el vacío existente en este campo para las beneficiarias de seguros privados, cobertura sin embargo implantada en la Seguridad Social desde la década de los 90.

La andadura de este negocio duró desde el año 2000 hasta el 2015, cuando nos jubilamos la socias, y aunque se lo ofertamos a nuestras colegas más jóvenes, ninguna aceptó el reto de continuar. Fue una experiencia muy enriquecedora no tanto crematísticamente, pero sin duda humanamente, lo fue. En este centro no nos bastaba con la educación maternal, así que manteníamos reuniones periódicas con la Consejería de Educación, de la Mujer y colectivos sociales, y fuimos ofertando programas de educación sanitaria a los grupos de mujeres más vulnerables, mujeres en la cárcel, de barrios periféricos, del Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI)... Lugares en donde a veces era difícil la comunicación con las mujeres, pero finalmente conseguimos hacernos entender, ganar la confianza de aquellas mujeres que nos expresaban, al finalizar la formación su satisfacción con respuestas positivas, como el aumento de las citologías durante el desarrollo de los cursos.

La más joven de las matronas del equipo impartía cursos de desarrollo psicoafectivo a adolescentes, anticoncepción, E.T.S, etc., en forma de talleres en horas escolares. El resto trabajábamos sobre el programa de la mujer hasta la menopausia, con grandes resultados respecto a la satisfacción de las participantes, que también se traducía en su concurso en los programas de cribado, con su participación masiva en la toma de citologías.



Grupo de Preparación a la maternidad

**P. Melilla estaba lejos de Madrid y de casi cualquier punto de España, pero tú acertabas distancias y acudías a todos los Congreso de Matronas, que por aquel entonces solo organizaba la Asociación Española de Matronas. ¿Qué buscabas en ello?**

**R.** Siempre he estado convencida de que la máxima "actualizarse o morir" es absolutamente cierta, es nuestro propio crecimiento personal el que está en juego, nuestro trabajo debe evolucionar al ritmo del conocimiento científicotécnico y de las demandas sociales de las mujeres y familias, sin olvidar que la asistencia debe hacerse desde el punto de vista humanista. En aquellos años en los que estaba en plena tarea profesional, no teníamos la facilidad del contacto actual a través de redes y era necesario acudir a los grandes y buenos congresos en los que aprendías tanto en las sesiones como en el intercambio con compañeras. Se elaboraba, como hoy se llama, un *networking*, una auténtica red de contactos, algunas de las que acababan siendo amigas incluso, pero todas teníamos el mismo común denominador de defensoras a ultranza de nuestra profesión. Yo venía absolutamente reforzada de esos congresos, ¡vamos que eran como un *lifting* para el ánimo y el conocimiento! Agradezco a la Asociación Española de Matronas el que siempre estuviera empujando para que las matronas mantuvieran actualizada su formación con sus cursos, talleres, congresos y la participación con otros profesionales en asuntos concernientes a la salud de la mujer y el niño.



Curso en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI)

**P. Háblanos de tu gran salto a la Atención Primaria, ¿cómo fue ese paso?**

**R.** La carencia histórica de matronas (y aún más en Melilla) me permitió que, aun prestando servicios en Cruz Roja en la actividad hospitalaria, aceptaran mi compatibilidad por las necesidades de la ciudad, y así pasé a trabajar también como matrona interina en APD hasta que salieron las oposiciones tras 18 años sin convocarse. Logré ganar la oposición con el Nº 5 de la convocatoria nacional y así obtuve la plaza de funcionario de carrera APD.



Asistencia al III Congreso Nacional de la AEM

Compaginé ambas plazas hasta 1990, en que con la reforma de la sanidad, las matronas de APD, mayoritariamente, aceptamos integrarnos en la Atención Primaria. Este era un nuevo reto, porque el abanico fuera de la atención obstétrica exclusivamente requería una puesta a punto, para lo que me formé en Madrid de mano de M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén, a través de la Asociación Española de Matronas. Precisamente, aprovecho para expresar mi agradecimiento hacia ella que siempre ha sido mi guía y asesora en cuestiones profesionales, y por su lucha junto con su equipo, en este caso, para evitar la amortización de las casi 2.000 plazas de matronas de APD y conseguir su reconversión e integración en los equipos base de Salud Primaria.

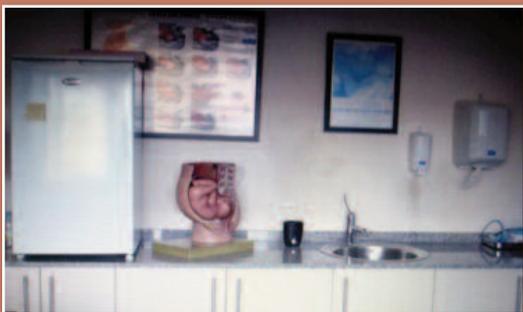
Sin embargo, esta actuación profesional, para que fuera eficaz, como digo, necesitó de una colaboración que propició la AEM entre el grupo de expertos de Atención Primaria formado y la Dirección General de Atención Primaria y Especializada del extinto INSALUD en Madrid, para la elaboración del programa a desarrollar. Digo con orgullo que tuve el honor de formar parte activa de ese grupo en el que se determinaron los objetivos, las competencias a desarrollar, incluidos programas, el primero, el de diagnóstico precoz de cáncer y la implantación de la consulta de matrona.

Como todos los comienzos, los de la Matrona en Atención Primaria en Melilla, y supongo que en el resto del territorio, fueron complejos. Tres fuimos las matronas titulares APD que nos integramos e inauguramos la modalidad asistencial en la ciudad autónoma, pero llevábamos todas las consultas de toda el Área de Salud, superando la asignación de 3.500 mujeres por zona básica que se había determinado. Al final, y no sin esfuerzo, conseguí que INGESA colocara una matrona de área y así hacer un reparto más racional, aunque siguió habiendo diferencias en la asignación poblacional entre las áreas de las cuatro matronas.

**P. Un nuevo reto y un gran empeño fue la creación de la Unidad Docente de Matronas en Melilla. Relátanos tus pasos hasta conseguir, desde hace 16 años, tener en funcionamiento esta unidad.**

**R.** Bueno, este era un sueño largo tiempo acariciado, pero el detonante fue el día que se me presentó el Director del hospital pidiendo ayuda porque no tenían matronas para cubrir turnos en verano. Así que tomé la decisión y me dirigí a mi entrañable y buena amiga, entonces Presidenta de la Asociación Española de Matronas, M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén, sabiendo que ella, que se ha destacado verdaderamente por la defensa a ultranza de la profesión, me pondría en el camino de lograr el objetivo de crear la unidad tan necesaria para el futuro de la asistencia gineco-obstétrica de nuestra ciudad.

Nunca estaré suficientemente agradecida a la paciente atención que me prestó M<sup>a</sup> Ángeles, en las infinitas llamadas que le pude dirigir siempre obtuve de ella acertadas indicaciones, mucho cariño y dosis enormes de estímulo. Había que convencer al INGESA Melilla de que se implicara y dispusieran una partida presupuestaria para este objetivo necesario para nuestra ciudad, porque su lejanía no la hacían especialmente atractiva para profesionales peninsulares,



Mi consulta de matrona

siendo que por esa vía no podríamos cubrir las necesidades de salud de las mujeres como ya había pasado, estaba pasando y seguiría sucediendo en el futuro.

Mis intentos de reclutar matronas por cualquier punto de la geografía de España no siempre dieron resultados, menos conseguir estancias de continuidad y las mujeres melillenses se merecían y se merecen una atención de calidad como todas las demás. Por otra parte, la Universidad de Granada, junto con el INGESA de Melilla, tenía que participar en la empresa con su compromiso y aportaciones formales. Era imprescindible que las compañeras a la vez se convencieran de que también nosotras podíamos sacar adelante esta empresa como otros colegas lo venían haciendo desde 1993 en que se reabrió la formación de matronas. Con la ayuda de una enfermera cursamos la solicitud de acreditación de la que me encargué yo, habida cuenta de que había de ser una matrona la responsable de la unidad. Cuando finalmente vi publicado en el BOE de aquel 18 de septiembre de 2005 la convocatoria para cubrir las plazas de formación en nuestra tierra a partir del año siguiente, tuve una sensación indescriptible de gozo solo superado por el conmovedor momento de la graduación de nuestras primeras cuatro residentes, aquellas mismas que dos años antes se quedaban absortas mirando un estetoscopio y acaso pensando en las dificultades que afrontamos las matronas que les habíamos precedido...

**P. En mis días por Melilla, me sorprendió la admiración de una persona que conocí por las matronas de la ciudad cuando se enteró de que yo era matrona. Muy efusivo me dijo: "¡las matronas de Melilla son buenísimas, lo hacen todo ellas!", (comparaba con otra asistencia de parto que tuvo en la Península). No pude por menos que sentirme orgullosísima... ¿qué me dices al respecto?**

**R.** Sin falsa modestia y con mucho orgullo, reconozco que en esta afirmación hay mucho de cierto... El aislamiento, al menos en el sentido de que no se ha multiplicado la presencia de obstetras y otros profesionales sanitarios, sino que vamos ajustados para cubrir las necesidades sanitarias de esta ciudad, ha favorecido el desarrollo de las competencias de las matronas. En Melilla no ha habido injerencia en las competencias de las matronas por otros profesionales y aunque parezca paradójico, no lo es que las matronas siempre nos hemos sentido especialmente felices de "trabajar más", porque ningún otro profesional nos ha disputado las áreas que por nuestra especialidad en salud sexual y reproductiva tenemos atribuidas. Como no tenemos formación especializada de médicos en obstetricia, ni otras especialidades enfermeras, en Melilla cada profesional hace lo que le corresponde y las matronas desarrollan autónomamente las actividades de todo el programa de atención sexual y reproductiva de la mujer. Se confirma la realidad hace tiempo conocida de "que cuantos más médicos (obstetras y de medicina de fa-

milia) haya en un área sanitaria, mayor grado de incumplimiento de las actividades por parte de las matronas". Por una vez, la escasez es el beneficio de las matronas y creo, sin que suene petulante, de las mujeres también.

**P. Sabemos que el mayor reconocimiento, y yo he podido ser testigo emocionada de ello, es el afecto sincero de las mujeres; ir con Loli por Melilla es un trayecto con infinitas paradas y llamadas a voces de esas mujeres que atendiste en cualquier momento de su vida y que te abrazan con verdadero cariño. Pero también la comunidad autónoma ha reconocido tu labor, ¿no es cierto?**

**R.** Pues sí, así es. Lourdes Carballa, primera mujer en formar parte de un pleno democrático, da nombre a un premio instituido en 2013 para ensalzar los valores de la integración de la mujer en la sociedad actual, que ella ha encarnado a lo largo de su vida y en reconocimiento de aquellas mujeres que han luchado en la Ciudad de Melilla por el fomento de la igualdad de género.

En 2015 fuimos dos las matronas que compartimos este premio del que me siento orgullosa y aunque no pude recogerlo personalmente, mi hija fue mi voz en el acto leyendo algunas de las anécdotas de mi vida profesional, como la ayuda en el control de drogas antes mencionada o las "mentiras piadosas" que más de una vez "encajé" al gestor de la Cruz Roja afirmando que una mujer iba a parir cuando no era cierto, pero así podía recibir asistencia sanitaria que de otra manera no conseguiría y tantas otras cosas que han formado parte de mi vida entregada al cuidado de las mujeres y sus hijos.

**P. Pregunta inevitable, ¿cómo ves el futuro de las matronas?**

**R.** Pues triste, y sinceramente, lo veo incierto si las matronas no participan y se implican a fondo en todos los asuntos de la profesión y desarrollan todos los programas que les corresponden.

**P. Sé que tienes mucho más que contar porque tu actividad profesional ha sido inmensa y lo que reflejamos aquí es solo una muestra de lo que has realizado y, aunque sin falsa modestia, te sientes orgullosa y satisfecha con tu periplo profesional; por otra parte, sé que tienes una espinita clavada en el corazón por culpa de esta profesión a la que has dedicado tanto tiempo, explícanos esta diatriba...**

**R.** No me canso de agradecer a mi marido José Antonio su comprensión paciencia y compañía, y le pido perdón por el tiempo que le robé; igual que a mis hijos, José Antonio y Sandra, por las días y las noches que los deje llorando obli-

gada a marchar a mi trabajo, incluso cuando estaba dándoles el pecho y tenía que salir corriendo para atender el ingreso del que me avisaban... Mi propia hermana que parió con una diferencia de 17 días conmigo, también lactó a mi hijo lo que le agradezco profundamente. A mis padres y hermanos toda mi gratitud por todo el tiempo lleno de amor que dedicaron a mis hijos. Esto ha sido lo más duro de este sacrificado trabajo y todos se que me han entendido y se sienten orgullosos de mi trabajo y yo... ¡reconfortada y agradecida a ellos y a los tres pequeños que han llegado al mundo en mis manos y han hecho nuestra familia más grande y más feliz!

No quiero despedirme sin agradecer a la Asociación Española de Matronas su labor continuada y eficaz a favor de las matronas, las mujeres y los niños en su dilatada y pionera carrera de abnegado trabajo, muy especialmente, reitero, a M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén, para mí "la matrona" excelente y por excelencia, cuyo trabajo ahí quedará con un marchamo de honor.

No sería yo, si no aprovechara el momento de expresar públicamente mi agradecimiento, aun pasados los años, a las matronas docentes de la especialidad de Málaga que nos formaron con acierto, con empeño y generosidad para desempeñar nuestro trabajo al mismo día de salir tituladas, a

todas las llevo en el corazón, pero especialmente a Paqui Fernández Millet y a M<sup>a</sup> Carmen Martín Salvador.

**Loli, tenemos que poner punto final a esta entrevista, aun a sabiendas de que quedan muchas cosas en el tintero y sintiéndome tan segura como contrariada, de que las palabras no puedan transmitir la fuerza, la empatía y la ilusión que pones en cuanto haces, ni reflejar el cariño que te devuelven tus mujeres y sus familias, algunas de las cuales has atendido por generaciones.**

**Desde la Asociación Española de Matronas sabes que siempre has contado con el respeto y reconocimiento por una vida profesional fecunda y ejemplar, y hoy te agradecemos tu tiempo para hacer esta entrevista sincera y aleccionadora. Espero que Melilla nunca olvide que en ti ha tenido (y tiene, porque seguirás siendo activista hasta el final de tus días) una firme defensora de los derechos y la salud de las mujeres, que en resumen es un empuje imprescindible para que esta maravillosa ciudad siga creciendo en equidad en salud y que la fuerza de las mujeres sanas impulse su sociedad hacia adelante. ¡Gracias!**

ILITIA

## La Comisión Número 2 de la AEM sigue luchando por las matronas de Atención Primaria de Madrid

El pasado día 15 de septiembre, la Comisión Número 2 de la Asociación Española de Matronas (AEM) dedicada a asuntos de Atención Primaria (AP) se reunió con la Gerencia de AP (GAP), Dña. Sonia Martínez Machuca, gerente asistencial de AP, y D. José Enrique Villares Rodríguez, director de Procesos Asistenciales de AP Madrid, para seguir pidiendo explicaciones sobre la repercusión negativa que ha tenido para las matronas la implantación del Plan de Mejora.

Resumen de la reunión:

1. Los representantes de la GAP refieren que el Plan de Mejora de Atención Primaria no es una subida salarial para los profesionales, sino un plan de mejora para la población, siendo el caso de las matronas particularmente novedoso ya que, a partir de la implantación del mismo, cada mujer de la Comunidad de Madrid cuenta con una matrona asignada. Con respecto al cambio retributivo, el incremento salarial de las matronas que se han visto beneficiadas con la implantación del nuevo plan suma una cuantía mensual (mes de marzo con respecto a febrero/22) de 5.502,07 euros (rango 2.4 a 544,22 euros), mientras que la suma de la reducción salarial de las matronas afectadas negativamente por este plan es de 5.250 euros (rango de -1.37 a -251.44). Es decir, el saldo final es positivo (+252,07 euros). Según la GAP, si reflejamos el cambio retributivo en una curva de Gauss, la mayoría de las matronas estarían ubicadas en el centro de la curva con ganancias o pérdidas no significativas, siendo aquellas ubicadas en los extremos las que realmente se han visto afectadas negativa o positivamente.

Refieren que es un sistema justo de retribución ya que beneficia a las matronas que tienen mayor población asignada y corrigen aquellas situaciones en las que la matrona, teniendo mucha menos población, al tener varias zonas asignadas, cobraba más que la anterior. Ponen de ejemplo los casos más extremos: una matrona que incrementa su sueldo en 550 euros brutos mensuales y, en el otro extremo, una que reduce su salario bruto mensual en 280 euros. Afirman que esta es la mayor pérdida.

La GAP dispone de un documento con todos los CIAS de las matronas y el incremento o disminución del

suelo. Puesto que consideramos interesante conocer cuántas compañeras han ganado y perdido por tramos retributivos, ya que la GAP insiste en que son muchas las que están ganando mucho más, y de eso no se habla, se les solicita una copia del documento, pero dicen que al estar desglosados por CIAS no pueden facilitárnoslo. Para salvar la barrera de la protección de datos, se les pide copia del mismo sin la columna de los CIAS, a lo que a pesar de que inicialmente rechazan rotundamente compartirlo, después refieren que estudiarán esta propuesta.

2. Valor de la tarjeta sanitaria individual (TSI): la AEM expone que el valor de la TSI que se le ha asignado al grupo de matronas no se relaciona con su categoría profesional, lo cual afecta negativamente a las retribuciones del colectivo. La GAP indica que ellos en este ámbito no tienen competencias y señala que eso hemos de solucionarlo con retribuciones.
3. Tramos etarios en la TSI: la AEM comenta que hasta ahora para los distintos cálculos de incentivos y estadísticas de pacientes atendidos no se tienen en cuenta las mujeres mayores de 80 años ni menores de 14 que son atendidas a diario en las consultas (seguimiento de lactancias, frenillos, vulvovaginitis y patología vulvar en mayores de 80 años, etc.). Dicen que lo van a valorar monitorizando durante estos meses la asistencia que damos a estos grupos de edad.
4. TSA (tarjeta sanitaria atendida): la GAP explica que la TSA no estaba incluida en el Plan de Mejora de Atención Primaria 2022-23 (PMIAP 22-23) porque las matronas no tenían TSI. Ahora que ya la tienen, refieren que cuando llevemos un año con ella, podremos empezar a percibir este concepto retributivo.

Respecto al cálculo de la TSA que nos correspondería, comentan: está pendiente definir unos criterios acordes a nuestro perfil (no detallan cuáles). Será calculado según la cuantificación de usuarias que vea la matrona en consulta. Insisten en que para este cálculo solo va a contar la primera cita de cada paciente. De este modo, si por ejemplo una mujer es atendida en la consulta de la matrona por dispareunia y después es vista cinco veces más, tan solo contará la primera visita para el cálculo de la TSA. Insisten en que la TSA

premia a las matronas que más se implican y más pacientes ven.

5. Ruralidad: afirman que hasta ahora no estábamos cobrando la ruralidad porque los sindicatos no quisieron sentarse a negociar con ellos en mesa sectorial, alegando que en su interés estaba el que cobrásemos dicho complemento. Ahora comentan que se está planteando incluirlo como complemento retributivo próximamente para las matronas, ya que lo consideran lógico.
6. La GAP insiste en la importancia de que la matrona participe en el proceso de atención a procesos agudos de demanda. Refiere que habrá demandas que la matrona podrá resolver sola y otras de forma compartida con el resto de los compañeros del EAP (médicos y enfermeros). Comentan que es importante que la matrona participe en este nuevo plan y así poder ver incrementado su valor de la TSA.
7. La AEM expone que en los centros de salud se está dando el caso de que las enfermeras matronas estén ganando menos que las enfermeras generalistas. La GAP responde con escepticismo e indica que si esa es nuestra percepción, debemos recurrir a nuestros sindicatos y a nuestro colegio profesional. Refieren que posiblemente con la TSA y ruralidad se va a solventar este problema.
8. La AEM pregunta por el cupo máximo permitido o recomendado para la matrona de AP que garantice la seguridad y optimice la calidad en la asistencia, ya que en la actualidad existen matronas que tienen asignados cupos enormes de 15.000, 20.000, 25.000, 31.000, etc. La GAP comenta que esto no está definido y se está valorando que a aquellas matronas que tengan un cupo muy alto se les va a poner a otra matrona en el centro. La AEM insiste en la incongruencia que supone el hecho de que contar con una nueva compañera que comparta y alivie la excesiva carga de trabajo suponga para la primera una reducción a la mitad del complemento que se percibe por TSI, lo cual unido al ridículo valor otorgado a la misma, conduciría al colectivo a una situación muy injusta, precaria y en general absurda, dándose el caso de que existan enfermeras generalistas que ganen más que una matrona (enfermera especializada). ¿Cómo se explica que el coeficiente asignado sea distinto por comunidades autónomas? La GAP refiere que este aspecto afecta igualmente a médicos y enfermeros (a mayor número de tarjetas más se cobra por el concepto TSI y viceversa), sin que ellos

puedan hacer nada y de nuevo indican que esto tendría que reclamarse a retribuciones.

9. La AEM pregunta por qué a la matrona no se le considera parte del equipo de AP, sino como unidad específica (antes unidad de apoyo). La GAP refiere que esto no es así, que a las matronas se les considera parte del equipo de AP, y vuelven a insistir en que el no reconocimiento de las mejoras establecidas por el PMIAP 22-23 ha sido por no tener asignado una TSI, que una vez esta se encuentre implantada, lo demás poco a poco vendrá rodado.
10. La GAP informa de la creación de equipos directivos, de tal manera que uno, dos o tres centros de salud (según el tamaño de estos) tendrán asignados un equipo directivo elegido a través de concurso público. En estos equipos directivos refieren que solo puede haber médicos por ley. Preguntamos si desaparece la figura de director de centro y dicen que no. El director de centro, que por ley solo puede ser médico, será el encargado de valorar el contrato programa individual y de asignar los recursos humanos en función de las necesidades del centro. De tal manera que si en el centro hace falta un médico, enfermero, matrona, etc., él es el encargado de reclamarlo a Gerencia. La GAP insiste en que si la matrona se implica y atiende a muchos pacientes y genera mucha agenda, su TSA se verá incrementada y, en paralelo, el director del centro decidirá poner una matrona más en este. La AEM insiste en el agravio de que todos los directores son médicos, lo cual directa o indirectamente puede perjudicar al colectivo. La GAP no da opción, dice que por ley esto es así.
11. La GAP comenta que próximamente habrá representación de todas las categorías profesionales en la Gerencia de Atención Primaria, entre ellas una matrona (por el ratio que representamos sobre el total de los sanitarios), que será elegida a través de concurso público. Con la creación de este puesto, desaparecen las referentes de matrona.

Después de esta reunión y "reconociendo" el importante papel que desarrollamos las matronas es fácil deducir que lo que no se registra es como si no hubiera existido. Todo el trabajo realizado (con recién nacidos, mujeres mayores de 65 años, según la cartera de servicios) NO HA EXISTIDO (en unos casos por derivación del médico y en otros porque no están citados como es el caso de los lactantes). Lo más desagradable es saber que la Administración no tiene intención de subsanar el perjuicio ocasionado.

## Plan de fertilidad/natalidad de la Comunidad de Madrid

---

No parece que el Plan de Mejora no solo no lo fuera para las matronas porque ya se produjo la dimisión de Dña. Sonia Martínez Machuca, gerente asistencial de AP, que intentó convencer a las matronas de la Asociación Española de Matronas (AEM) de la benevolencia de su plan estrella y de otros tantos gerentes de otras áreas.

Sin embargo, a las matronas nos quedaba por "ver" (de momento, aunque no tenemos dudas de que luego será sufrir y no solas, porque el efecto se extiende a las mujeres que son las beneficiarias de la atención) el siguiente desatino.

Nos estamos refiriendo al futuro Plan de Fertilidad/Natalidad aprobado en el marco de la reunión ordinaria del mes de octubre que desconocemos a qué genio de la Comunidad de Madrid se le ha ocurrido con una dotación de 23 plazas (F.E. Ginecología, enfermeras y biólogos) que no incluye a las matronas, siendo el referente de la salud sexual y reproductivo de la mujer. Esto solo pasa en España, en ningún país del mundo civilizado se desperdiciaría un recurso idóneo.

Llevamos unos meses desde que este funesto "Plan de Mejora" salió a la luz, oyendo, a modo de justificación por el descalabro ocasionado a las matronas y que, por cierto, no hay forma humana de justificar con verdades de peso, que "todos van a hacer de todo"; o sea, algo así como que el trabajo del médico lo puede hacer la auxiliar de enfermería, la matrona, la enfermera o el fisioterapeuta (que por cierto también está contento), y de paso, como en el caso de las matronas, al médico le paguen como al celador. ¿Esto es así o solo es para las matronas? Seguro que los médicos se quedarían contentos y satisfechos si así fuera, como pretenden que lo estemos las matronas "tragando" estos constantes disparates.

Seríamos las matronas muy benevolentes si este "nuevo despropósito" llevado a cabo lo achacáramos al desconocimiento por parte de los representantes sindicales en las mesas sectoriales, que sobre las competencias

profesionales de cuantos sanitarios han de defender equitativa y justamente, porque lo cierto es que este pacto deja bien a las claras no solo su ignorancia sobre la gestión de recursos humanos, sino su incumplimiento inveterado del objetivo de su existencia como organización que, no es otro, que la legítima defensa y promoción de las condiciones de trabajo de los profesionales. Esta firma resulta cuando menos jocosa, hablando en términos de gestión de recursos humanos, e insultante desde la apreciación de las matronas, ya que disponiendo de enfermeras especialistas en el área de la salud sexual y reproductiva, y por tanto las más indicadas para integrarse en el Plan de Fertilidad/Natalidad, se "olvidan" por ignorancia o deliberadamente. Desconocemos este extremo y aceptan que sean enfermeras generalistas sin formación en el área de salud sexual y reproductiva las que se sumen al equipo como profesional idóneo para implementar dicho plan. Es absolutamente paradójico que enfermeras con una especialidad de 3.600 horas en salud sexual y reproductiva, y las únicas reguladas por la Directiva Europea como las matronas, se vean fuera de un plan específico como este y todavía tengan la indecencia algunos de ustedes de hablar del impulso debido a las especialidades enfermeras, mientras justamente, como en el caso de las matronas, las vituperen en la Comunidad de Madrid hasta la extenuación. Claro que no lo han hecho solos, señores/señoras sindicalistas, sino al dictado de la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid que se lo prepara para la firma.

En España a las matronas se nos impide el desarrollo de nuestras propias competencias y ahora pretenden que sirvamos de "parapeto" junto con todos los profesionales sanitarios por debajo de los médicos, que invariablemente se mantienen en la cima de la "pirámide de poder" y, a juzgar por lo que llevamos visto en estos meses, parece que son los únicos que tienen problemas; porque del resto, muchos de los cuales hemos estado y estamos con COVID y sin él en primera línea (las matronas, por ejemplo), por cierto, ni se habla.

## Recuperando la normalidad: formación continuada de la AEM

Ha costado a todos mucho, pero por fin se ha retornado a la normalidad y con ella se han podido iniciar los cursos de formación de la Asociación Española de Matronas (AEM).

El primero de ellos, Curso de Recuperación de Suelo Pélvico, elegido a instancias de la demanda de las matronas, se ha realizado los días 18, 19 y 20 de octubre de 2022.

Ha sido impartido por Dña. Lola Serrano Raya, matrona valenciana con un amplio conocimiento de la materia que transmite, unido a una capacidad y habilidad docente envidiables.

El curso ha sido organizado y financiado en un 80% por la AEM para sus asociadas/os, dando cabida también a otras matronas ajenas a la asociación.

Durante tres días los alumnos han profundizado en

un tema que forma parte de las competencias de las matronas como es el suelo pélvico. Es importante conocer su anatomía, fisiología, funcionamiento, posibles complicaciones y formas de tratamiento.

El alumnado, altamente satisfecho con el curso, coincidió en afirmar la necesidad de que en la formación como enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología se amplíen mucho más los conocimientos sobre este campo, y por eso la AEM destina esfuerzos y recursos económicos importantes a ello. Sin duda, el suelo pélvico es una parte esencial en la anatomía de la mujer, y las matronas son sus referentes a lo largo del ciclo vital, de ahí la importancia de que su formación sea amplia y sólida para ofrecer cuidados de calidad con el objetivo puesto en lograr el bienestar (y la salud) de la usuaria también en la esfera de su vida sexual.



Asistentes al Curso de Recuperación de Suelo Pélvico



Ejercicios de entrenamiento en Recuperación del suelo pélvico

Los días 14-18 de noviembre se ha realizado una nueva edición del Curso de Valoración Fetal intraparto con el fin de actualizar, reforzar y capacitar sobre conocimientos y habilidades prácticas para interpretar los datos obtenidos de la valoración fetal durante el parto.

La profesora Dolores Sánchez Galán es igualmente

una reputada docente con décadas de práctica asistencial que logra transmitir con claridad los conceptos de la materia y hacer amenas sus clases.

Ambos cursos están acreditados por la Agencia de Acreditación de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud (SNS).



Curso de Valoración Fetal intraparto

## Prescripción enfermera

---

La AEM por este mismo medio ya manifestó en 2016 su profundo rechazo contra el Decreto 954/2015, en su forma y su fondo, al tiempo que solicitaba aclaración y alcance de la disposición adicional primera referida a las matronas.

El Ministerio nada aclaró a este respecto entonces y el Consejo General de Enfermería convocó a las dos asociaciones representativas de las matronas, AEM y Fame, en 2019, para la elaboración de una lista a presentar a la Comisión de Farmacia del Ministerio con este objetivo.

Por diversas razones, algunas tan obvias como la COVID, se suspendió este desarrollo y recientemente se ha retomado el trabajo a instancias del Ministerio y del Consejo de Enfermería, que es quien ha de representar a las matronas en el seno de esa comisión.

A las matronas de ambas formaciones nos sobran conocimientos y orgullo profesional para defender lo que creemos legítimamente nuestro y no estamos dispuestas a firmar un pacto de mínimos. El tiempo nos mostrará qué se ha negociado de nuestra propuesta finalmente en esta Comisión, que tiene visos de "mercado persa" y en la que más que atender a la capacitación de las matronas en farmacología clínica y la necesidad de estas de la ley de prescripción para el desarrollo totalmente autónomo de muchas de sus competencias, desde la AEM nos inquieta que se reduzca a un "trámite" sujeto a otros intereses que no los de las matronas.

Habrà que dejar correr el tiempo para que nos diga si, como a los enfermeros, a las matronas nos dan otro "premio de consolación", por mucho que algunos careen orgullosos que la prescripción enfermera es una realidad en España.

# Próximas convocatorias de Posgrados con Acreditación ECTS



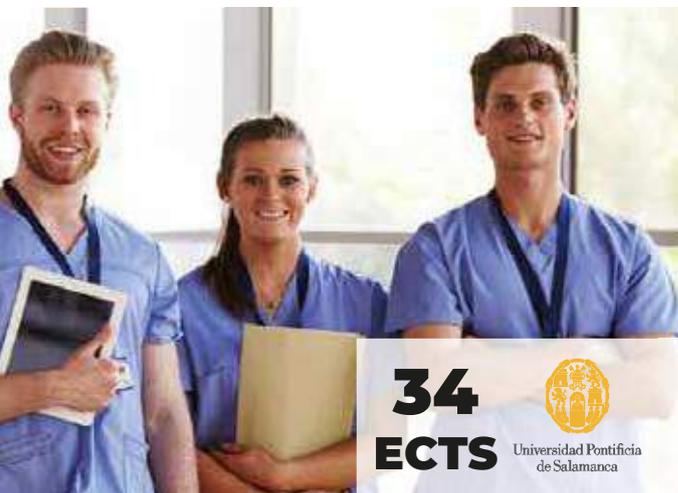
## Máster en Urgencias y Emergencias

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



## Máster en Enfermedades Infecciosas y Epidemias para Enfermería

- Modalidad: online
- Duración: 1.500 horas



## Experto en Liderazgo y Gestión de Personas

- Modalidad: online
- Duración: 850 horas

