



SUMARIO

Editorial

Originales

- Guía interactiva de anticoncepción de Cantabria
- Opinión anónima de las mujeres sobre los grupos de preparación a la maternidad-paternidad y consulta posparto de la matrona

Revisiones

- Lactancia materna, pilar del higienismo infantil español, en la primera mitad del siglo XX
- Vaginosis bacteriana relacionada con parto prematuro. Papel de la matrona en su identificación temprana
- Impacto del hipn parto en el parto y nacimiento: revisión narrativa

Echando la vista atrás

Tenga una matrona en su vida, la sociedad las necesita

Entrevista

Entrevista a Sacramento Candau Cáceres (Sacri)

Agenda

- Adhesión de la AEM a la Alianza para la vacunación del adulto
- La Fundación Alcohol y Sociedad y la Asociación Española de Matronas renuevan su compromiso con la prevención del consumo de alcohol en mujeres embarazadas
- La AEM participa en la Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares en mujeres
- Participación de la AEM en la nueva campaña de salud oral y embarazo 2025



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)
Avda. de Manoteras, 20. Edificio Tokyo. 28050 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge** **EBSCO**

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^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

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



Sumario • Summary

Vol. 12 - nº 3 abril-agosto 2025

Editorial

4

Originales

Guía interactiva de anticoncepción de Cantabria	6
María Teresa Gil Urquiza, Lourdes Cossío García, Ana Vázquez del Campo, Leonor Lozano Mayor, Roberto Oliver Arias	
Opinión anónima de las mujeres sobre los grupos de preparación a la maternidad-paternidad y consulta posparto de la matrona	14
Pilar Olmedo Gómez, Elena Fernández García, Pilar Paniagua Morente, Nieves Villechenous Rojo, Lilian Chicharro Chorro, Ana Fernández García, Leticia Lledó Gómez, Ana Anocibar Marcano	

Revisiones

Lactancia materna, pilar del higienismo infantil español, en la primera mitad del siglo XX	27
Carmen Jorin Bengoechea, Rosa Mª Plata Quintanilla	
Vaginosis bacteriana relacionada con parto prematuro. Papel de la matrona en su identificación temprana	39
Leticia Lledó Gómez, Patricia Vázquez Gay, Elena Fernández García	
Impacto del hipn parto en el parto y nacimiento: revisión narrativa	49
Rocío González García, María Joana Carvalho Da Silva	

Echando la vista atrás

Tenga una matrona en su vida, la sociedad las necesita	58
Rosa Mª Plata Quintanilla	

Entrevista

Sacramento Candau Cáceres (Sacri).....	62
----------------------------------------	----

Agenda

Adhesión de la AEM a la Alianza para la vacunación del adulto	70
La Fundación Alcohol y Sociedad y la Asociación Española de Matronas renuevan su compromiso con la prevención del consumo de alcohol en mujeres embarazadas	72
La AEM participa en la Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares en mujeres	74
Participación de la AEM en la nueva campaña de salud oral y embarazo 2025	75

Editorial

No más humillaciones, Sra. Ministra

La sanidad pública no puede sostenerse "sobre el sacrificio constante de sus profesionales". Maravillosa afirmación, absolutamente cierta, de la ministra de Sanidad, Mónica García, aunque hay que recordar a esta galena ascendida a política que "una cosa es predicar y otra dar trigo".

La frase hay que enmarcarla en su propio contexto, igual no se hubiera visto obligada a hacer esta declaración y otras aclaraciones por la vía exprés, si no se hubiera precipitado y de forma indigna y mentirosa hubiera soltado a bocajarro que "un médico cobra de media como un ministro". ¡El colmo de la desvergüenza y la utilización de la mentira para intentar exculparse de una incompetencia declarada en la gestión de su propio ministerio! Pronto se le olvidó de su pasado como galena, acaso obnubilada por los emolumentos y prebendas de su nuevo cargo muy por encima de sus resultados al frente de este Ministerio. Los médicos respondieron con contundencia a este comentario bochornosamente inventado porque lo consideraron no solo una humillación, sino, incluso, una provocación. Cabe pensar, a la vista de la arrogante trayectoria de esta médica al frente de este importante Ministerio, que fuera una respuesta que su poder contrariado no pudo soportar por la oposición "en bloque" de la profesión médica de este país ante el borrador del Estatuto Marco que su departamento presentó a las negociaciones de la Mesa del Ámbito, junto con las miles de críticas en redes que le acusaron de mentir "vilmente" y de ser "la peor ministra de Sanidad de la Historia".

Sin embargo, no vengo a hablar de los médicos, porque siempre se han sabido defender y lograr mejoras por mor de su superioridad, su entronización social y su sempiterna representación en las Administraciones sanitarias, educativas y sindicales del país, que les ha convertido en la única profesión que controla y dirige el destino de su propia profesión y las del resto del sector sanitario. De este modo se ha establecido la estratificación sanitaria que perdura en la actualidad, en la que los médicos y el resto de las administraciones sanitarias parecen ignorar que en la acción fundamental de la devolución de la salud y la prevención de la enfermedad gira en torno a las dos profesiones sanitarias básicas: Medicina y Enfermería. El médico, sin el apoyo inmediato de la profesión enfermera, no podría concluir el proceso. En el funcionamiento de la sanidad, ambos roles son fundamentales, aunque existe una desproporción de autoridad, al punto de poder alegar que la relación entre ambos es más bien de dominación/subordinación que de colaboración y de reconocimiento.

Por eso, si los médicos se escandalizaron con este comentario de la Dra. García, ¡qué diríamos los enfermeros y, en nuestro caso, las matronas! Aunque la realidad es que ni siquiera nos nombra ni para ofendernos...

Son muchas las humillaciones que la profesión enfermera en general, y las matronas en particular, venimos soportando históricamente, sin duda condicionadas por el sesgo de género. Ni siquiera sería necesario hacer un informe como el recientemente emitido por el Ministerio de Sanidad, *Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España, 2024*, si no fuera para poner solución, justa e inmediata, a los problemas que para este Ministerio parecen ser una novedad cuando han sido un clamor a gritos y desde hace muchos años también de los profesionales de la Enfermería, aunque mucho me temo que este no vaya a ser el caso... me refiero a dar soluciones-obviamente.

A pesar de esto, se ha dado bombo y platillo al informe y estas son las conclusiones:

- Aumento de la fuerza laboral enfermera desde 2014, marcado sobre todo en Atención Hospitalaria. Aunque en apariencia es positivo, pero el verdadero incremento se produjo por causa de la pandemia de la covid-19. Como dato significativo, es preciso mencionar que España está por debajo de la media en número de enfermeras por cada médico, hasta el increíble caso de la Región de Murcia donde hay más médicos que enfermeras.
- Evolución positiva, pero insuficiente de las ratios de enfermera en España. Lo cierto es que, en España, la ratio de enfermeras por cada 1.000 habitantes es de 6,3 enfermeras frente a las 8,5 de la Unión Europea. Según el informe, serían necesarias 100.000 profesionales más para igualar la ratio y que al ritmo actual de crecimiento, tardaríamos en alcanzarlo entre 22 y 29 años.
- Envejecimiento de las plantillas de enfermeras y jubilaciones próximas más apremiantes entre las enfermeras especialistas (especialmente las matronas). La Asociación Española de Matronas ha venido advirtiendo esta circunstancia al Ministerio desde 2004 tras el estudio "Lucina". Este estudio se llevó a cabo para cuantificar las plantillas y prever el replazo con una oferta de formación acorde para alcanzar la plantilla horizonte según las necesidades del momento y a futuro.
- Incremento significativo, pero no planificado, de las plazas EIR ofertadas. Obvian decir que la única especialidad con competencias reconocidas, y cuya formación

solo quedó en suspenso entre 1987-1992, ha sido la de matrona, cuando ni siquiera existían otras especialidades con las que compartir presupuesto. Nunca sacaron las plazas acreditadas totales, dejando en el camino más de 3.000 plazas que actualmente paliarían, en parte, el déficit de matronas y que desde la Comisión Nacional de la especialidad han reclamado año tras año justificando la necesidad, mientras los responsables hacían oídos sordos.

- Incremento sostenido y necesario de la formación de profesionales enfermeros. Hay que señalar que este incremento se ha producido en el ámbito privado, y no ocurre lo mismo en el ámbito público, donde estos estudios universitarios dispusieron de 115 plazas menos como sucedió el año pasado.
- Equilibrio en el flujo migratorio de enfermeras y la alta movilidad en España. Las disparidades entre comunidades son tan evidentes en lo referente a las condiciones laborales y salariales, muy precarias en muchos lugares, que los profesionales se ven obligados a buscar una mejor salida profesional incluso emigrando al extranjero.
- Disparidad en las retribuciones entre CC.AA. No hablamos simplemente de cientos de euros, si no que ni mencionan las retribuciones de los especialistas que no perciben el complemento por especialidad desde 1987 y la escasísima diferencia salarial frente a los generalistas, lo que no compensa su nivel formativo y su responsabilidad profesional.
- Limitaciones en la proyección de la necesidad laboral de enfermeras y principalmente de enfermeras especialistas. Se trata de una obligación que corresponde a las administraciones sanitarias que no han cumplido su deber.

Sra. Ministra, para empezar, ¿para cuándo la reclasificación enfermera? No dirá ahora que se dilata porque no sabe con qué contentar a los médicos, que también se han opuesto a que se nos otorgue a la enfermería el nivel A1 que

compartiríamos con ellos. Aunque algo de eso habrá, porque además sabe que la huelga general en enfermería es una entelequia, ya que nos tienen bien sujetos con mínimos abusivos. Se da hasta la paradoja de que en las pocas huelgas convocadas por el sector ha habido más personal trabajando que el que habitualmente lo hacía en muchos equipos.

Ministra, gestores sanitarios, sindicatos, dejen de humillar a la enfermería porque la paciencia se nos ha ido gastando, la confianza en ustedes es inexistente y las fuerzas ya nos fallan para seguir aguantando la humillación constante. No se valoran unos efectivos profesionales que son indispensables, sin los cuales la sanidad se hundiría irremediablemente. Estamos también cansados de ser el parapeto en el que los usuarios descarguen las iras, contrariados por un sistema que, en efecto y desgraciadamente, "hace aguas" y nos convierte en cabeza de turco de las agresiones que notoriamente han crecido en España.

Una gran mayoría de profesionales enfermeros han tenido el sueño de que llegara un día, un solo día, en que en el hospital no hubiera enfermeras y matronas, sin duda los médicos no podrían evitar el caos más absoluto. ¡Lástima que solo sea un sueño con pocos o ningún viso de cumplirse! Si fuera así, "otro gallo cantaría".

Ministra, recuerde que la sanidad pública "no puede sostenerse sobre el sacrificio constante de sus profesionales". ¡Por fin una verdad! A la que le añado que su deber es asegurar que la Enfermería ocupe el lugar que legítimamente le corresponde dentro del sistema sanitario y deje de despreciarnos estrujándonos hasta el punto de no dar más de nosotros mismos.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Presidente de la Asociación Española de Matronas

Guía interactiva de anticoncepción de Cantabria

¹ María Teresa Gil Urquiza

² Lourdes Cossío García

³ Ana Vázquez del Campo

⁴ Leonor Lozano Mayor

⁵ Roberto Oliver Arias

¹ *Matrona. Doctora en Ciencias de la Salud. Centro de Salud El Sardinero. Santander, Cantabria (España)*

² *Médico de familia. Centro de Salud Tanos. Torrelavega, Cantabria (España)*

³ *Ginecóloga. Sexóloga. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Santander, Cantabria (España)*

⁴ *Matrona. Fisioterapeuta. Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) "La Cagiga". Santander, Cantabria (España)*

⁵ *Psico-sexólogo. Coordinador de la guía. Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) "La Cagiga". Santander, Cantabria (España)*

E-mail: mgilurquiza@gmail.com

Fecha de recepción: 28 de noviembre de 2024.

Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2025.

Cómo citar este artículo:

Gil Urquiza MT, Cossío García L, Vázquez del Campo A, Lozano Mayor L, Oliver Arias R. Guía interactiva de anticoncepción de Cantabria. *Matronas Hoy* 2025; 13(1):6-13.

Resumen

Introducción: en Cantabria las tasas de interrupción voluntaria del embarazo han aumentado aun estando financiados prácticamente todos los métodos anticonceptivos, incluidos los de larga duración (100%) y los métodos quirúrgicos. El cuidado de la salud sexual y reproductiva es una intervención clave para mejorar la salud de hombres y mujeres y un derecho humano; además, en ocasiones, los profesionales de AP manifiestan carecer de tiempo o formación actualizada en anticoncepción.

Objetivos: construir un instrumento común interactivo sustentado en la evidencia, que facilite el proceso de decisión clínica de los profesionales sanitarios implicados en el proceso, así como los criterios de derivación y seguimiento garantizando la continuidad asistencial y una atención anticonceptiva de calidad a todas las personas en edad fértil de Cantabria.

Material y método: diseño de una guía que recoge las últimas recomendaciones y evidencias en anticoncepción (PubMed, Biblioteca Cochrane, recomendaciones de práctica formuladas por sociedades científicas nacionales e internacionales, directrices proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud y actualizaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades), presentada en un formato informático interactivo, con una estructura de fácil manejo y contenidos claros, a la que se accederá a través de los canales informáticos del sistema sanitario.

Resultados: una guía interactiva muy gráfica donde el profesional puede seleccionar contenidos concretos, utilizando ventanas específicas.

Conclusiones: esta guía está destinada a los profesionales de Cantabria implicados en el asesoramiento reproductivo de usuarias/os que precisen anticoncepción y diseñada para ser utilizada como herramienta básica de consulta. Se puede extrapolar a otros sistemas sanitarios de España.

Palabras clave: anticoncepción; IVE; matrona; médico de familia; ginecólogo; salud sexual y reproductiva; salud pública; anticonceptivos.

Abstract

Guidelines for interactive contraception in Cantabria

Introduction: in Cantabria, there has been an increase in the rates of voluntary termination of pregnancy (VTP), even though practically all contraceptive methods are reimbursed, including long-lasting (100%) and surgical methods. Care for sexual and reproductive health is a key intervention for improving male and female health, as well as a human right; besides, Primary Care professionals have occasionally stated that they lack the time or updated training regarding contraception.

Objectives: to build a common interactive instrument supported by evidence, which will facilitate the process of clinical decision by those healthcare professionals involved, as well as the criteria for referral and follow-up, ensuring continuity of care and a good-quality contraceptive care for all persons of childbearing age in Cantabria.

Materials and Method: the design of guidelines collecting the latest recommendations and evidences about contraception (PubMed, Cochrane Library, recommendations of practice prepared by national and international societies, guidelines provided by the World Health Organization, and updates by the Centers for Disease Control and Prevention), presented in an interactive electronic format, with an easy-to-manage structure and clear contents, which will be accessed through the computer channels of the healthcare system.

Results: a very graphic interactive guideline, where professionals can select particular contents by using specific windows.

Conclusions: these guidelines are targeted to those professionals in Cantabria who are involved in the reproductive guidance for users who require contraception, and they have been designed to be used as a basic consultation tool. They can be extrapolated to other healthcare systems within Spain.

Key words: contraception; VTP; midwife; General Practitioner; Gynaecologist; sexual and reproductive health; contraceptives.

Introducción

Las tasas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) han vuelto a aumentar en Cantabria en los últimos cuatro años (7,89‰, 2020; 8,68‰, 2021; 9,2‰, 2022 y 9,61‰, en 2023) (Gráfico 1), situándose en una posición media

en el contexto nacional, y 2,51 puntos por debajo de la media nacional (Gráfico 2). El número total absoluto de IVE en 2023 en Cantabria se ha elevado a 915 [1] frente al número de nacidos vivos en este mismo año en Cantabria, que fue de 2.976 [2].

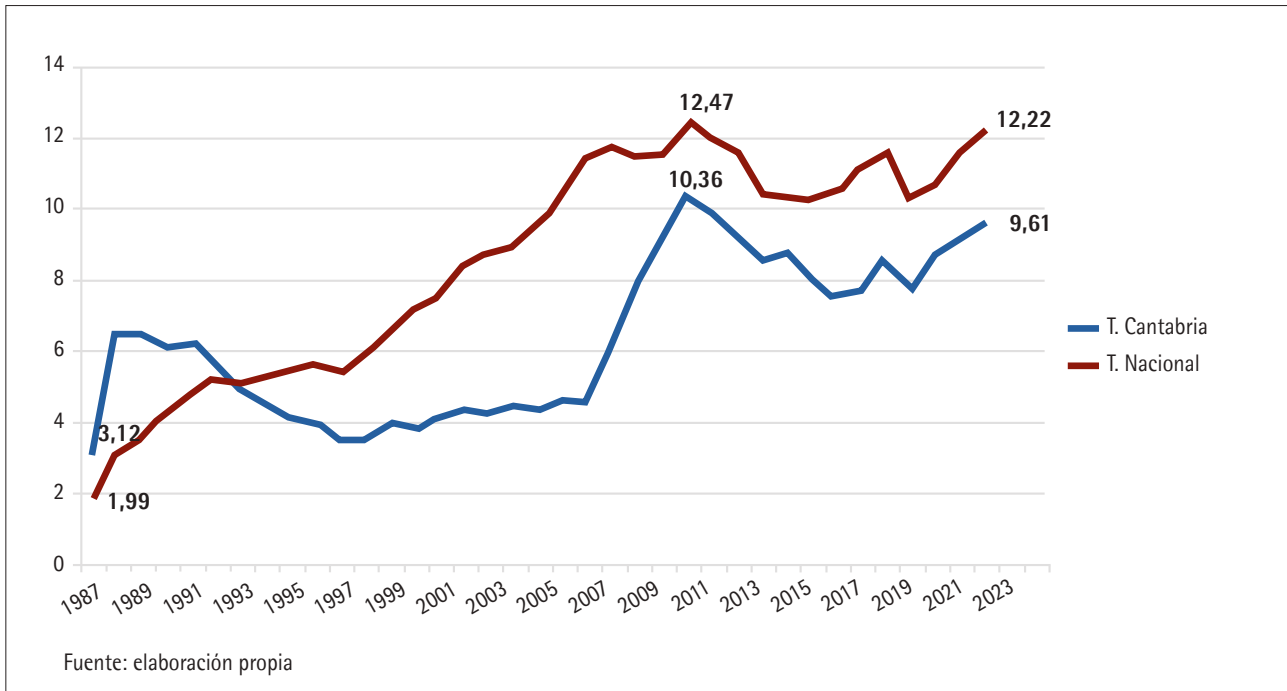


Gráfico 1. Tasas IVE x 1.000 mujeres entre 15-44 años. Total Nacional / Total Cantabria

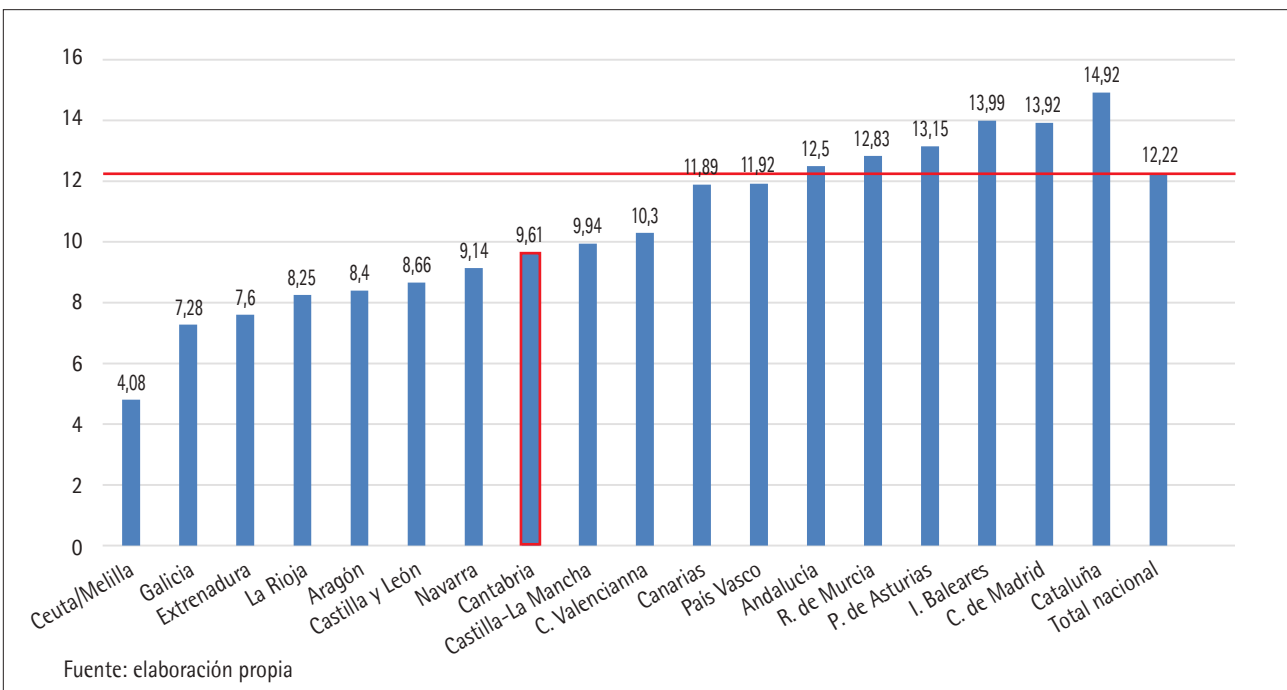


Gráfico 2. Tasas IVE x 1.000 mujeres por CC.AA. (2023)

El número de IVE notificadas en los que la mujer tiene al menos una IVE previa asciende en el año 2023 al 27,87%, lo que representa un aumento sobre las cifras del año anterior [3].

Pese a estar financiados prácticamente todos los métodos anticonceptivos, incluidos los de larga duración (100%) y los métodos quirúrgicos, el 51,37% de las mujeres que tuvo una IVE en Cantabria en 2023 refiere no utilizar habitualmente ningún método anticonceptivo (en mujeres de 19 años o menos se sitúa en el 37,2%, mientras que en el colectivo de mujeres inmigrantes se eleva al 58,8%); solo el 35,7% de las mujeres mayores de 40 años utilizaba algún método. Además, el uso del preservativo y de los métodos hormonales desciende desde 2021.

Se trata de un problema de salud pública multifactorial donde no solo influyen los condicionantes socioeconómicos. Una parte de los embarazos no deseados se produce por un mal uso o por problemas de cumplimiento con el método elegido. Los programas de prevención de un embarazo no deseado sugieren combinar intervenciones que proporcionen una educación sexual integral, se centren en retrasar la actividad sexual en los adolescentes jóvenes y promover el uso sistemático de anticonceptivos efectivos.

Mejorar la accesibilidad y favorecer un asesoramiento reproductivo individualizado en condiciones de tiempo y privacidad adecuados sigue siendo un reto del sistema sanitario.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva es una intervención clave para mejorar la salud de hombres y mujeres y un derecho humano. La prestación de cuidados en este ámbito está presente en la cultura sanitaria de los profesionales cántabros gracias a la influencia que el centro de salud sexual y reproductiva (CSSR) "La Cagiga" ha tenido en Cantabria y, también, a la presencia de matronas en todos los centros de salud. Sin embargo, en ocasiones, profesionales de Atención Primaria (AP), primer escalón de la atención a la salud sexual y reproductiva (matronas, médicos de familia), han manifestado carecer de tiempo o formación actualizada en anticoncepción.

Es innegable que se ha producido un enorme progreso, tanto en los condicionamientos éticos, en las leyes civiles y en el conocimiento científico para que en el siglo XXI se disponga de alternativas válidas y variadas para dar cobertura a las mujeres-familias que desean planificación familiar.

Todas estas consecuciones han convertido en realidad el pensamiento que Freud (neurólogo, padre del psicoanálisis), fuera de su campo de conocimiento y simplemente como filósofo que replanteó la naturaleza o tan solo

como persona del mundo, manifestara hace más de un siglo respecto al tema de la anticoncepción: *"Sería uno de los mayores triunfos de la humanidad, una de las liberaciones más tangibles de las limitaciones de la naturaleza a la que está sujeta la humanidad, si pudiéramos lograr elevar el acto responsable de procrear hijos al nivel de una actividad deliberada e intencional y liberarlo de su enredo con la satisfacción necesaria de una necesidad natural"* [4].

Objetivos

El objetivo general es proporcionar una atención anticonceptiva de calidad a toda la población en edad fértil de la comunidad autónoma de Cantabria, potenciando la educación sexual integral, la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva desde la Atención Primaria, y garantizando la continuidad asistencial entre los distintos niveles.

Los objetivos específicos son:

- Implementar intervenciones que proporcionen una educación sexual integral, que se centren en retrasar la actividad sexual en los adolescentes jóvenes y promover el uso sistemático de anticonceptivos efectivos en la población para un disfrute seguro de la sexualidad.
- Promover la utilización de un instrumento común interactivo sustentado en la evidencia que facilite el proceso de decisión clínica de los profesionales sanitarios implicados en dicho proceso, así como los criterios de derivación y el seguimiento más idóneo para el método contraceptivo elegido.
- Establecer las competencias y responsabilidades de los profesionales sanitarios implicados en la atención anticonceptiva.
- Detallar la ruta de acceso de las usuarias cuando demandan una atención anticonceptiva a fin de mejorar la accesibilidad y favorecer un asesoramiento reproductivo individualizado en condiciones de tiempo y privacidad adecuados.
- Definir los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales garantizando la continuidad asistencial.
- Actualizar los conocimientos en materia de anticoncepción a los responsables de la atención sexual y reproductiva de las mujeres en Cantabria (matronas y médicos de familia).
- Visibilizar la importancia de una perspectiva de género en la anticoncepción haciendo partícipe y responsable de la salud reproductiva a ambos sexos por igual.

Metodología

Esta guía es el resultado del trabajo de un grupo multiprofesional formado por una médico de familia, dos matronas, una ginecóloga y un psicosexólogo.

- Análisis de las memorias anuales (1987-2023) sobre la IVE, elaboradas por el Ministerio de Sanidad.
- Revisión de bibliografía sobre métodos anticonceptivos disponibles incluyendo las últimas evidencias y recomendaciones en este campo (PubMed, Biblioteca Cochrane, recomendaciones de práctica formuladas por sociedades científicas nacionales e internacionales, directrices proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud -OMS- y actualizaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades).
- Diseño con una estructura de fácil manejo y contenidos claros, para ser utilizada como herramienta básica de consulta por parte de los profesionales implicados en el asesoramiento reproductivo de los usuarios que precisen anticoncepción.
- La guía, previa a su edición, ha contado con una revisión externa por parte de un equipo de profesionales del Servicio Cántabro de Salud, conformado por una enfermera del CSSR "La Cagiga", dos matronas, dos médicos de familia y una ginecóloga. Igualmente fue remitida a los jefes de los servicios de ginecología y obstetricia de los centros hospitalarios de la región (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Comarcal de Laredo, Hospital Sierrallana de Torrelavega) y a los responsables del Servicio Cántabro de Salud, de quienes se recibió su aprobación para la edición.
- Finalmente, fue presentada en una jornada, con convocatoria abierta a todos los profesionales del Servicio Cántabro de Salud interesados en el tema.

Atención sexual y reproductiva en Cantabria

La comunidad autónoma de Cantabria, uniprovincial, está dividida en cuatro aéreas de salud, en las que hay en funcionamiento 42 centros de salud, además de 116 consultorios locales [5].

La actual cartera de servicios en Atención Primaria en Cantabria está basada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [6].

La cartera de servicios de Atención Primaria se da, de forma general, a través de los equipos de Atención Primaria existentes, disponiendo además de otras unidades de apoyo que dan servicios más específicos. En el caso de la aten-

ción a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, todos los centros de salud de Cantabria disponen de matrona que, conjuntamente con el médico de familia, oferta una atención integral a la mujer incluyendo el consejo reproductivo y el seguimiento de los métodos anticonceptivos, junto con la unidad de apoyo del CSSR "La Cagiga". Este CSSR depende funcionalmente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Su cartera de servicios comprende actividades asistenciales, formativas, comunitarias e investigadoras:

- Consulta de anticoncepción:
 - Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres que por su patología médica o por su contexto social, edad u otras condiciones requieran una valoración especializada en este tema.
 - Información y colocación de sistemas anticonceptivos de larga duración o definitivos.
 - Tramitación de las interrupciones voluntarias del embarazo, así como apoyo psicológico cuando es necesario.
 - Dispensación a demanda de la píldora poscoital y asesoramiento anticonceptivo en un mismo acto.
- Realización de test de embarazo en población adolescente.
- Consulta anónima de despistaje de infecciones de transmisión sexual (estudio serológico de VIH, sífilis y hepatitis B y C).
- Consulta psicosexual: problemas de pareja y específicos de la mujer y del hombre.
- Atención a grupos en situación de riesgo: adolescentes, personas inmigrantes, personas con discapacidad, etc.
- Colaboración con la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Instituciones Públicas, ONG, Instituto de la Mujer y con los servicios de Atención Primaria y los Servicios de Ginecología e Infecciosas del hospital.

De otra parte, se cuenta con las consultas de ginecología de los hospitales de referencia para cada Área Sanitaria: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Comarcal de Laredo y Hospital de Sierrallana.

Circuitos asistenciales y criterios de derivación

Los circuitos asistenciales entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, así como los criterios de derivación a las consultas de ginecología, se establecen actualmente de acuerdo con los algoritmos que se detallan en las Figuras 1 y 2 que corresponden al Anexo 1 de la guía.

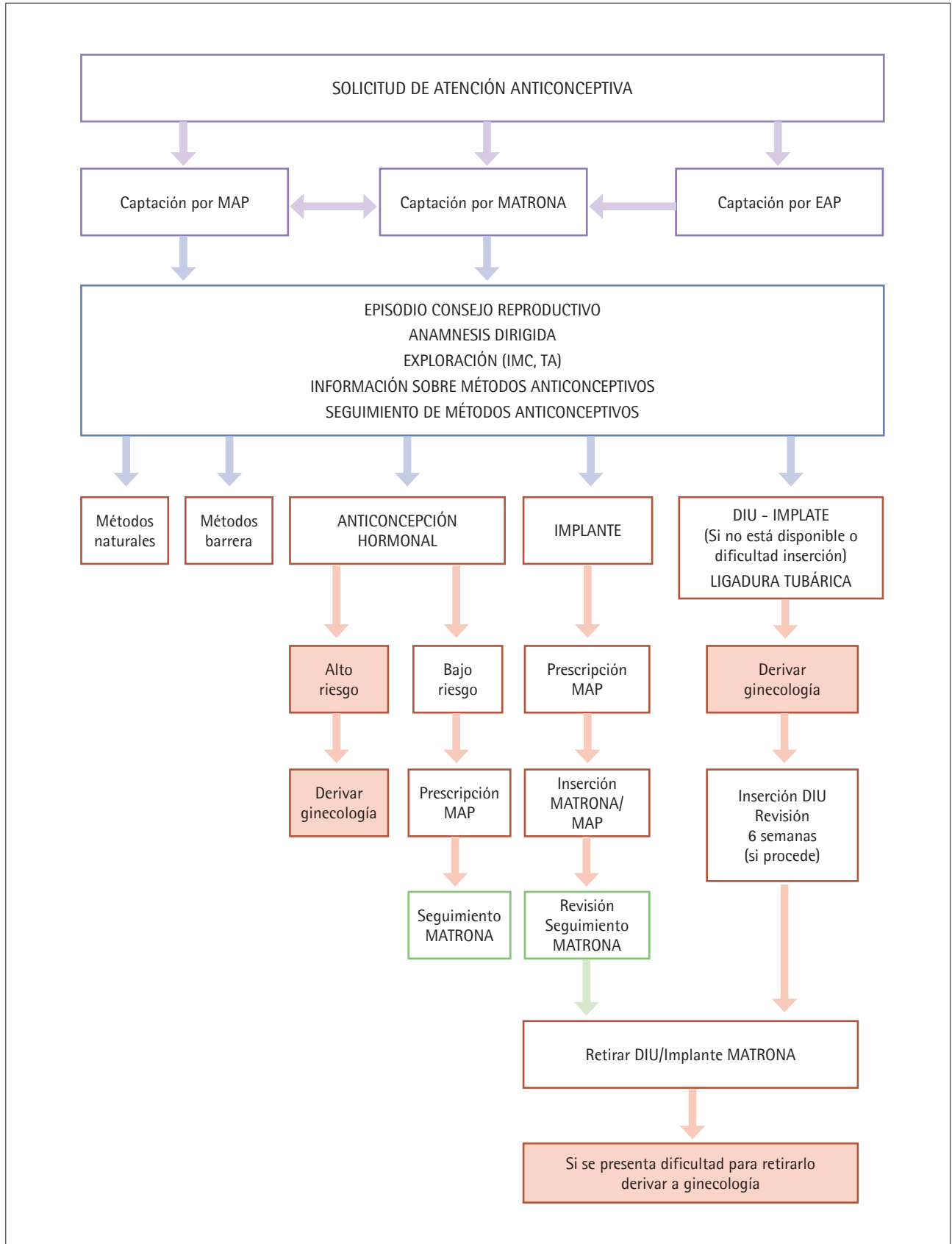


Figura 1. Circuito de Atención Primaria – Atención Hospitalaria

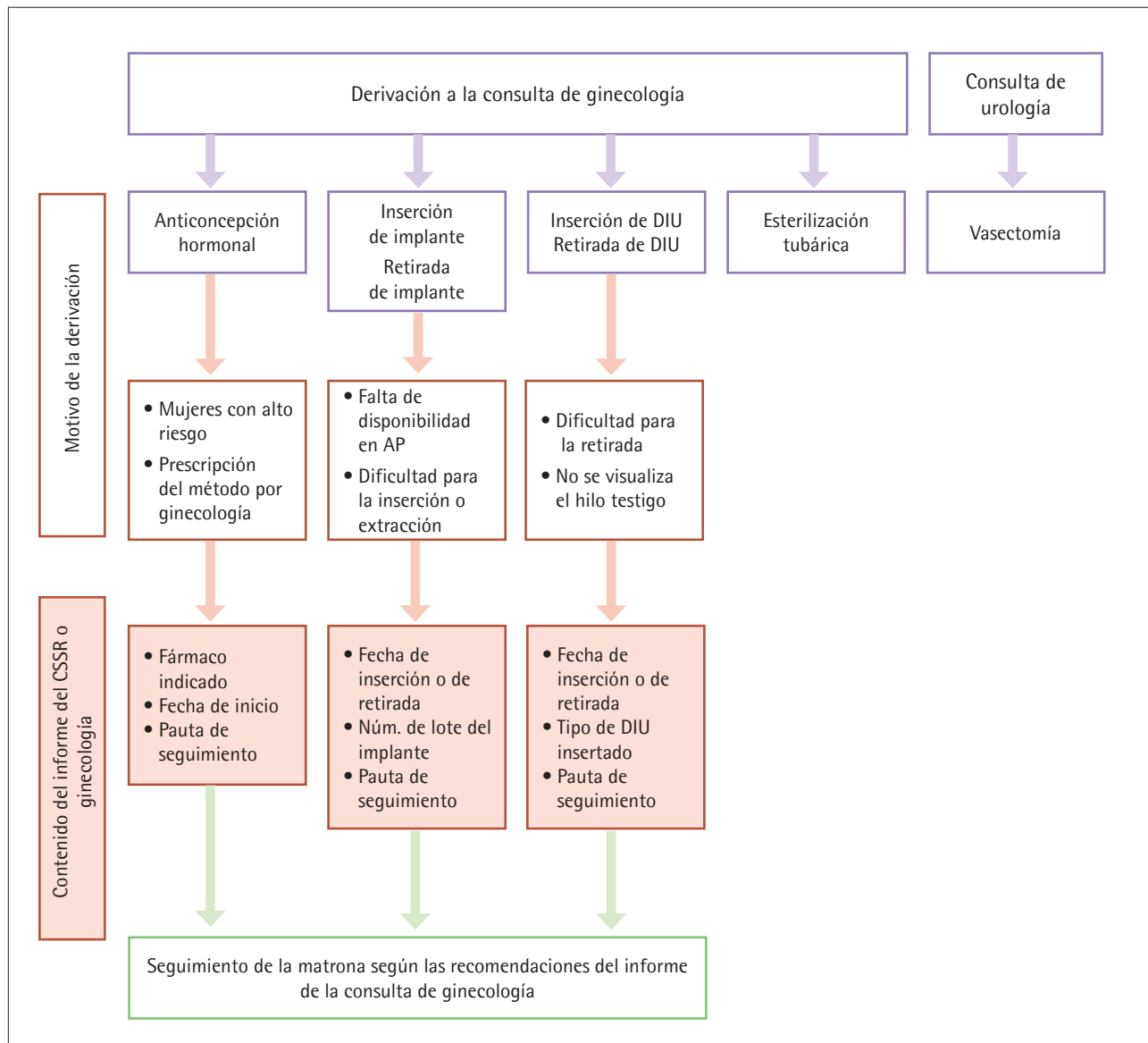


Figura 2. Criterios de derivación al servicio de ginecología

Resultados

El resultado fue una guía interactiva muy gráfica donde el profesional puede seleccionar contenidos concretos, utilizando ventanas específicas (Imagen 1).

Está distribuida en seis apartados:

1. **Introducción.**
2. **Proceso del asesoramiento reproductivo** con descripción de sus siete fases.
3. **Historia clínica en anticoncepción:**
 - Evaluación del historial médico:
 - Anamnesis dirigida.



Imagen 1. Guía interactiva de anticoncepción de Cantabria

- Historia clínica básica en anticoncepción.
- Abordaje inicial en anticoncepción.
- Informar del riesgo de embarazo asociado a la edad materna.
- Aplicar los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.

4. Métodos anticonceptivos:

Cada método anticonceptivo tiene un índice con apartados adaptados a las características específicas de cada uno de ellos.

5. Anexos:

- A.1. Circuitos asistenciales: Atención Primaria-Hospitalaria y criterios de derivación.
- A.2. Tablas criterios de elegibilidad de la OMS.
- A.3. Índice de Pearl de los métodos anticonceptivos.
- A.4. Principales interacciones de los anticonceptivos hormonales.
- A.5. Cómo estar razonablemente seguro de que una mujer está embarazada.
- A.6. Cuándo comenzar a utilizar métodos anticonceptivos específicos.
- A.7. Exámenes y pruebas antes de iniciar los métodos anticonceptivos.
- A.8. Cómo cambiar de métodos anticonceptivos.
- A.9. Seguimiento de rutina después de comenzar a utilizar un método anticonceptivo.
- A.10. Actuación ante eventualidades.
- A.11. Uso de AHC en situaciones clínicas concretas.
- A.12. ¿Cuándo suspender la anticoncepción? Recomendaciones.
- A.13. Manejo clínico del sangrado irregular mientras se utilizan anticonceptivos.
- A.14. Consentimientos informados.
- A.15. Información complementaria de estrógenos y progestágenos.
- A.16. Beneficios no anticonceptivos de los anticonceptivos reversibles.
- A.17. Comercializaciones.

6. Bibliografía:

La guía está disponible en el link:

<https://view.genially.com/664f2c61bac7d10015c24cc0/presentation-guia-interactiva-de-anticoncepcion-de-cantabria>

Conclusiones

Esta guía está destinada a los profesionales de Cantabria implicados en el asesoramiento reproductivo de usuarias/os que precisen anticoncepción y está diseñada para ser utilizada como herramienta básica de consulta.

Se puede extrapolar a otros sistemas sanitarios de España e incluso puede servir de referencia para otros sistemas de salud de diferentes países.

Con esta guía se ofrece una actualización de los conocimientos a los especialistas en salud sexual y reproductiva (matronas) y a los médicos de familia encargados desde la Atención Primaria de la salud de la mujer.

Su diseño dinámico no solo facilita la comprensión de las opciones disponibles, sino que también permite una actuación y revisión continua en función de los nuevos hallazgos y avances en la evidencia científica. Esta flexibilidad asegura que los usuarios siempre tengan acceso a información precisa y relevante, promoviendo así decisiones informadas y empoderadas en materia de salud reproductiva.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Salud. Dirección General de Salud Pública. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes a los años 1987-2023 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [citado 30 mar 2025]. Disponible: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/antioresIVes.htm>
- [2] Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento natural de la población (MNP). Indicadores demográficos Básicos (IDB) Año 2023. Datos definitivos. Nacimientos 2023. INE [internet]. [citado 30 mar 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/MNP2023.htm#:~:text=mensual%20de%20nacimientos,Durante%202023%20se%20registra-ron%20320.656%20nacimientos%20en%20Espa%C3%B1a%20lo%20que,bajado%20un%2024%2C7%25>
- [3] Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Salud. Dirección General de Salud Pública. Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2023 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [citado 30 mar 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/antioresIVes.htm>

gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/anterioresIVEs.htm

- [4] Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Early psycho-analytic publications. Vol. 3 (1883-1889). The Hogarth Press; 1963.
- [5] Ministerio de Sanidad. Sanidad en un vistazo. Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sis-

tema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. [citado 30 mar 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>

- [6] Escuela Cántabra de Salud (ECS). Cartera de servicios. ECS [internet]. [citado 30 mar 2025]. Disponible en: <https://www.esuelacantabradesalud.es/ssc-servicios-de-atencion-sanitaria>

Nota: en el desplegable de la guía, se encuentra la bibliografía utilizada para la elaboración de la misma.

Opinión anónima de las mujeres sobre los grupos de preparación a la maternidad-paternidad y consulta posparto de la matrona

¹ Pilar Olmedo Gómez
² Elena Fernández García
³ Pilar Paniagua Morente
⁴ Nieves Villechenous Rojo
⁵ Lilian Chicharro Chorro
⁶ Ana Fernández García
⁷ Leticia Lledó Gómez
⁸ Ana Anocibar Marcano

¹ *Matrona. CS Mejorada del Campo. Madrid (España)*

² *Matrona. CS Vicente Soldevilla. Madrid (España)*

³ *Enfermera. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid (España)*

⁴ *Enfermera. Hospital de Móstoles. Madrid (España)*

⁵ *Matrona. Hospital Universitario del Henares. Madrid (España)*

⁶ *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tordesillas (Valladolid Oeste) (España)*

⁷ *Matrona. Hospital General Dr. Balmis. Alicante (España)*

⁸ *Matrona. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)*

E-mail: olmedopilar@yahoo.es

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 13 de enero de 2025.

Cómo citar este artículo:

Olmedo Gómez P, Fernández García E, Paniagua Morente P, Villechenous Rojo N, Chicharro Chorro L, Fernández García A, et al. Opinión anónima de las mujeres sobre los grupos de preparación a la maternidad-paternidad y consulta posparto de la matrona. *Matronas Hoy* 2025; 13(1):14-25.

Resumen

Introducción: la psicoprofilaxis obstétrica, o actualmente llamada Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad, proporciona a la mujer (y a la pareja) los conocimientos necesarios para el autocuidado de la mujer, además de información sobre el embarazo, el parto, el posparto y los primeros cuidados del recién nacido.

Durante la pandemia de la covid-19, muchas matronas se vieron obligadas a realizar las sesiones del programa a través de plataformas virtuales, lo que, si bien mantuvo la formación disponible, a las autoras del presente trabajo les ha hecho plantearse muchos interrogantes al respecto para los que buscaron respuesta y de los que pretenden dejar constancia en esta investigación.

Objetivo: recabar, analizar y describir las opiniones de las mujeres sobre su percepción en relación con la relevancia del Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad y la preferencia de formato.

Opinión sobre la accesibilidad a la consulta de matrona de Atención Primaria (AP) y sobre la visita puerperal domiciliaria.

Material y método: estudio descriptivo transversal no experimental y anónimo sobre la opinión de las mujeres acerca de la percepción de la importancia del Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad y de la consulta posparto con la matrona de AP.

Resultados y conclusiones: hay evidencia notoria de que las mujeres actuales no le dan la importancia que merece al Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad, aunque las que participan manifiestan su preferencia de que sea en formato presencial frente al virtual. Las mujeres encuestadas consideran que el profesional que más las ha apoyado en el posparto ha sido la matrona. Las mujeres opinan que la consulta de la matrona no es accesible.

Las matronas deben insistir a las mujeres en la importancia de completar el curso de Preparación a la Maternidad-Paternidad. Se concluye que la matrona es la figura de referencia principal tanto en el periodo prenatal como en el posparto, aunque debido a la carga asistencial su consulta no es suficientemente accesible.

Palabras clave: psicoprofilaxis obstétrica; Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad; posparto; matrona; Atención Primaria.

Abstract

Anonymous opinions of women about the groups of preparation for maternity-paternity and post-partum consultation by the midwife

Introduction: *obstetric psychoprophylaxis, currently called Program of Preparation for Maternity-Paternity, provides women (and their partners) with the necessary knowledge for female self-care, as well as information about pregnancy, delivery, the postpartum stage and the first care for the newborn.*

During the Covid-19 pandemics, many midwives were forced to conduct these program sessions through virtual platforms; this kept the training available, but the authors of this article started having some queries about it, for which they sought answers, which they intend to put on record in this article.

Objective: *to collect, analyse and describe the opinions of women about their perception of the relevance of the Program of Preparation for Maternity-Paternity, and their preferred format.*

Opinion about the access to consultations with the Primary Care (PC) midwife, and about postnatal home visits.

Materials and Method: *a descriptive cross-sectional non-experimental and anonymous study on the opinions of women about their perception of the importance of the Program of Preparation for Maternity-Paternity, and the postpartum consultation with the PC midwife.*

Results and Conclusions: *there is noticeable evidence that current women are not assigning the Program of Preparation for Maternity-Paternity the importance it deserves, even though those participating stated their preference for face-to-face over virtual format. The women surveyed considered that the midwife was the professional providing more support during postpartum. Women commented that there was lack of access to midwife consultations.*

Midwives should insist on the importance for women to complete the course for Preparation for Maternity-Paternity. The conclusion was that the midwife is the main figure of reference both in the prenatal and the postpartum periods; although there is not enough access to consultations with them, due to their workload.

Key words: *obstetric psychoprophylaxis; Program of Preparation for Maternity-Paternity; post-partum; midwife; Primary Care.*

Introducción

Durante milenios, las mujeres dieron a luz con dolor. La ciencia soviética buscó cambiar esto para siempre. A finales de la década de 1940, científicos soviéticos inventaron un nuevo método no farmacológico llamado *método psicoprofiláctico de parto sin dolor*, que posteriormente se conocería como el *método Lamaze* en Occidente. Este regalo de la ciencia soviética a las mujeres del mundo se basó en la suposición de que era posible eliminar la sensación de dolor corporal durante el parto mediante el entrenamiento mental de la mujer embarazada antes de dar a luz [1].

Dicho de otra forma, el carácter y la fuerza del dolor de parto depende del sistema nervioso y de las relaciones entre la corteza y la subcorteza cerebral, por lo que se subraya el valor fisiológico de la palabra hablada.

Mediada la década de los 50, el conocimiento y la implantación lenta, pero progresiva, en España de la Psicoprofilaxis

Obstétrica en la atención en el embarazo y manejo del parto supuso una auténtica revolución.

Las autoras aprovechan la circunstancia para mencionar con orgullo a la matrona que en España encabezó este entrenamiento, Consuelo Ruiz Frías Vélez (1914-2015), formada en París en la Clínica del doctor Lamaze en esta disciplina. Ella inició en España el programa, con muchísimos detractores y con un esfuerzo ímprobo, ganando progresivamente la aceptación de mujeres y profesionales. Escribió un pequeño libro dirigido a las mujeres embarazadas en 1955, de hecho, fue el primer libro publicado en lengua española sobre este tema *El parto sin dolor. Método de Preparación Psico-profiláctica* y desde ese momento dedicó su vida a difundir el método preparando a mujeres y profesionales [2] (Imagen 1).

Esta sesuda, formada y tenaz matrona en el prólogo de libro expresaba su objetivo, a través de su convencimiento tras su formación, y su forma de proceder con el método.



Imagen 1. Anuncio en prensa profesional del libro de Consuelo Ruiz Frias-Vélez (1955) [2]

"[...] quiero ayudarles para que ningún dolor ni ningún miedo turbe ese trascendental y hermoso momento de su vida. Ustedes no saben lo que es un parto y yo voy a hacerles unas aclaraciones que les permitan esperar el momento de su llegada con perfecto conocimiento de lo que se trata, de lo que hay que hacer y lo que hay que evitar.

[...] La que está preparada espera y sabe lo que va a pasar y lo que tiene que hacer en cada etapa de su embarazo y de su parto. Cuando el momento llega, obra con arreglo a sus conocimientos, ayuda a su organismo y da a luz felizmente y sin dolor. La no preparada no sabe exactamente lo que pasa en su organismo cree que su vida y su salud están en peligro, se asusta y el miedo crea un desequilibrio cerebral que provoca el dolor. Todos le dan consejos a cual más disparatado, porque nadie sabe nada, y así, en vez de ayudar a su parto, es ella misma, por su ignorancia, la que lo perturba y dificulta, dando a veces ocasión al sufrimiento fetal, al nacimiento de niños asfícticos y a intervenciones obstétricas.

Yo voy a hacer con ustedes una preparación verbal adecuada a sus conocimientos y dirigida a su inteligencia. Nada de medicinas ni de gimnasias. No se trata más que de prepararse, de capacitarse moralmente para cumplir una hermosa y agradable función. Les voy a explicar minuciosamente en qué consiste el parto y cómo pueden colaborar activamente a su desarrollo" [3].

Implementación de los programas de psicoprofilaxis obstétrica en España

Tras los costosos e irregulares inicios de la psicoprofilaxis, que requirieron vencer muchas resistencias profesionales y sociales, y sin ser accesibles los programas para todas las mujeres, en 1973 el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, entre otras funciones de las matronas, indicaba que era su competencia "efectuar las prácticas de educación maternal que se establecieran con carácter ambulatorio y excepcionalmente a domicilio, así como la psicoprofilaxis del parto" [4].

Casi una década después, en 1984, con la publicación del Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras básicas de salud, se iniciaba el cambio en la Atención Sanitaria tomando de base el desarrollo conceptual de una nueva filosofía que primaría el fomento de la salud y la mejora de la calidad de vida, dando un papel protagonista al cuidado de los aspectos preventivos en salud, en lugar de ajustarse a la atención a la enfermedad como venía siendo habitual.

En ese mismo año, la entonces Dirección General del INSALUD aceptó el proyecto específico de reforma de las actividades de la matrona en Atención Primaria presentado por la Asociación Española de Matronas (AEM), que estaba centrado fundamentalmente en la implantación de actividades de atención directa de matrona a la mujer en edad fértil y cuyas dos actividades más importantes, novedosas y con un marcado carácter preventivo fueron la educación grupal para la salud y las consultas de matrona. Finalmente se produjo la integración de la matrona en los servicios de Atención a la Mujer para la atención de la mujer gestante y la no gestante y del recién nacido (RN), facilitando a las matronas el desarrollo de las actividades propias e independientes de su profesión, reguladas mediante directiva 80/155/CEE para el ámbito de la Comunidad Económica Europea y traspuesta al ordenamiento jurídico español.

Paralelamente se inició el reciclaje y la formación de aquellas matronas en áreas de Atención Primaria, se diseñaron y pusieron en funcionamiento Unidades de Psicoprofilaxis obstétrica (UPPO), dispositivo asistencial para el desarrollo de las actividades contempladas en la Circular 5/91 (25 de junio) de la Dirección General del INSALUD [5].

A través de diversas subvenciones finalistas del Ministerio de Sanidad y Consumo surgieron las Unidades de Salud Mental (USM), los Centros y Unidades Básicas de Orientación Familiar (COF y UBOF) y las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica (UPPO), en el marco geográfico sanitario del Área de Salud y se elaboraron por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo diferentes documentos de soporte, en relación con el tema tratado, la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica [6].

En 1998, en la introducción del Programa de Atención Integral a la Mujer se justificaba la baja mortalidad materna como resultado en gran parte a la atención correcta a la mujer en el embarazo por parte del Sistema Público de Salud, tanto en términos cuantitativos como cualitativo. El objetivo era que el sistema sanitario debía seguir manteniendo la calidad en las prestaciones, convencidos de que la buena atención durante el embarazo y parto podían causar beneficios en la salud a lo largo de la vida.

Los datos que el extinto INSALUD ofrecía en ese momento era una atención al embarazo, parto y puerperio al 100% de las mujeres que acudían a sus servicios sanitarios. En 1997, la cobertura alcanzada en la preparación al parto había sido del 66,3% y en visita posparto ha sido del 66,4%.

En este informe, se destacaba que una de las actuaciones para conseguir el logro de la baja mortalidad materna era la preparación al parto a través de las Unidades de Psicoprolilaxis Obstétrica-matronas (responsabilidad de Atención Primaria).

Introducía, además en el informe, como objetivo de aquel plan aumentar la analgesia epidural en el parto, estableciéndose una cobertura del 40% de los partos vaginales para 1998 y del 100% para el año 2.000 de los partos en los que se demandara esta analgesia.

Por otra parte, se señalaba como otra acción la visita al primer mes posparto a través de las Unidades de Psicoprolilaxis Obstétrica-matronas o enfermería como responsabilidad de Atención Primaria [7].

Así es como, entorno a la década de los 60, comenzaron a impartirse los Cursos de Psicoprolilaxis Obstétrica, inicialmente en algunos centros sanitarios y de forma privada. No fue hasta avanzada la década de los 80 cuando se empezaron a impartir de forma generalizada dentro del Programa de la Mujer en Atención Primaria, tras la reconversión de la actividad profesional de la matrona.

La biología básica del nacimiento no ha cambiado, pero sí lo hace de forma constante la forma en que la sociedad y el sistema sanitario pueden ayudar al buen desarrollo de este. Tan antigua como la humanidad es la preparación para la maternidad a través de la transmisión de conocimientos entre las mujeres, fundamentalmente de madres a hijas. Sin embargo, la educación para el embarazo, parto y puerperio ha ido evolucionando a través del tiempo por la carga de evidencias científicas en salud y desde el concepto de *parto sin dolor* al *parto sin temor*, en una época en la que la analgesia epidural no se había introducido en la obstetricia, por lo que coloquialmente se les llegó a denominar *Cursos para el parto sin dolor*, denominación

que, a la larga, tendría consecuencias indeseadas como se verá.

Así se pasó después al término de *Psicoprolilaxis obstétrica*, "preparación para el parto", "preparación para el nacimiento", "preparación para la maternidad y la paternidad", "educación grupal en el embarazo, parto y puerperio", "programa de educación sanitaria etapa prenatal", "Maternidad y Paternidad Consciente", etc. Llegando así a la terminología más utilizada actualmente de Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad y a la concepción presente en la que, a lo anterior, se le ha ido sumando la convicción de que el embarazo, el parto y el posparto constituyan en sí mismos una experiencia positiva, por lo que necesario ofertar a las mujeres y parejas medidas educativas y de apoyo que les ayuden a asumir y comprender sus necesidades emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la crianza de sus hijos.

Casi con toda seguridad la introducción lenta y desigual en toda España de la analgesia epidural en el parto como mejor alivio del dolor (desde finales de los años 80 y cuyo planteamiento institucional preveía aumentar desde el 20% de 1997 de utilización de la técnica analgésica hasta el 40% en 1998, y el 75% en 1999 y completar el proceso generalizando el empleo de la anestesia en los partos para el año 2000) ha incidido de forma negativa sobre la necesidad sentida de las mujeres de asistir a los Programas de Preparación a la Maternidad-Paternidad. Razón esta de obviar las mujeres que el "objetivo único de este entrenamiento va más allá del alivio del dolor, ofreciendo una Educación para la Salud que mejorará la percepción del embarazo y ayudar a los padres a participar desde el conocimiento y, por tanto, sin miedo, en los procesos de embarazo, parto y posparto y la crianza segura de sus hijos" [8].

Este sentimiento de prescindibilidad de los programas de preparación a la maternidad-paternidad, que lamentablemente muchos profesionales comparten con las mujeres, expresan la "confusión primero en el concepto de preparación maternal, no se debe confundir la preparación maternal con la preparación al parto o Psicoprolilaxis Obstétrica, ello lleva a una parcialidad dentro de la preparación, ya que en el proceso maternal, el parto es un momento concreto; estas dos últimas, que forman parte de la preparación maternal, son actividades puntuales centradas en la preparación física, psíquica al parto en concreto; en ellas caben contenidos de cambios y cuidados del final del embarazo, el parto en sí, posparto y cuidados de recién nacido. Y segundo, en hacer de menos el valor personal de cada usuaria y no facilitar información veraz e imparcial sobre evolución de los partos, acción y efectos de la analgesia, dando recursos y poder de decisión a las mismas" [8].

La matrona eje de los programas de preparación a la maternidad-paternidad

Las matronas de Atención Primaria, y las anteriores de Equipos tocológicos y de asistencia local, han sido las responsables de la implantación y desarrollo del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica desde su inicio, hace años reconvertido. Se destaca el gran esfuerzo realizado por ellas en ausencia de una actualización formativa institucional y una adecuación de los recursos en la mayoría de los casos; además de la obligación personal de una formación y adaptación constante a las nuevas necesidades, modificando los contenidos y la metodología de los programas.

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad [9].

En consecuencia, la matrona, como profesional mejor capacitado en esta área y competencialmente autorizado, es el profesional idóneo para desarrollar esta actividad dentro del marco de la asistencia prenatal en Atención Primaria de Salud.

Beneficios de la preparación a la maternidad-paternidad

La preparación a la maternidad-paternidad es un proceso de educación y de cuidados de salud dirigidos a la mujer/pareja que tienen en proyecto, o que ya han iniciado, un embarazo:

- De **educación** cuyo objetivo es proporcionar unos conocimientos que posibiliten, mejoren y adecuen la atención de las mujeres/parejas ante el proceso reproductivo y la espera de un hijo.
- De **cuidados**, porque con ellos se hace un seguimiento de las condiciones físicas, psíquicas, emocionales y sociales tendentes a favorecer un desarrollo adecuado, prevenir riesgos que afectan a la morbimortalidad materno infantil y disfrute consciente de la maternidad/paternidad.

Sienta las bases para un autocuidado, que asegura el mantenimiento de hábitos saludables, tanto individuales como colectivos, a través del núcleo familiar. Es, por tanto, un proceso de educación de adultos hacia la salud y profilaxis de un futuro equilibrio familiar, en el complejo cambio vital que significa el vuelco de relación de pareja a la incorporación de un nuevo individuo, con necesidades vitales apremiantes y con personalidad propia, demandante de su integración en la familia, condicionando,

por tanto, una respuesta de adaptación de los nuevos padres [8].

La Guía clínica de Atención al nacimiento sugiere ofrecer a todas las mujeres gestantes y sus parejas la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionados con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del/la recién nacido/a y con la lactancia.

La dirección y fuerza de las recomendaciones fue establecida considerando que la literatura disponible ha mostrado resultados muy limitados derivados de la evaluación de varios programas de educación perinatal, aunque algunos estudios han mostrado resultados positivos para promover el conocimiento y las habilidades de las y los participantes. Por otro lado, no se espera que la participación en estos programas comporte ningún tipo de perjuicio para los participantes, y la literatura sobre las preferencias de las usuarias y sus parejas de estos programas ha destacado la percepción positiva de estos programas, como un espacio de aprendizaje en el que adquirir las habilidades e información necesarias para adaptarse a las nuevas circunstancias [10].

Ciertamente los estudios sobre educación maternal/paternal son inherentemente difíciles de interpretar, pero a lo largo de los años han sido muchas las ventajas que en diferentes estudios se han enumerado, confirmadas por la experiencia empírica de profesionales con muchos años de trabajo [11]:

Ventajas para la madre:

- Menor grado de ansiedad, actitud más positiva.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas.
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en trabajo de parto, con dilatación más avanzada.
- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación con el promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva.
- Menor duración total del trabajo de parto.
- Esfuerzo de la madre más eficaz.
- Menor uso de fármacos en general.
- Menor uso de analgésicos.
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- Menor malestar y/o dolor durante el trabajo de parto.
- Amplias posibilidades de éxito y satisfacción en el parto.
- Mayor disfrute del embarazo y parto, mejor calidad de vida y de percepción del proceso.

- Posibilidad de participación de la pareja con la consiguiente contribución a la actitud emocional de ambos.
- Menor incidencia de partos por cesárea e instrumentados.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Mejor disposición para una lactancia natural.
- Menor riesgo de depresión posparto.

Ventajas perinatales (etapas prenatal, intranatal y posnatal):

- Mejor curva de crecimiento intrauterino.
- Mejor vínculo prenatal (EPN).
- < Índice de sufrimiento fetal.
- < Índice de complicaciones perinatales.
- < Índice de prematuridad.
- Mejor Apgar y peso al nacer.
- Mayor éxito con la lactancia materna.
- Mejor crecimiento y desarrollo.

Ventajas para el equipo de salud:

- Trabajo en un clima con mayor armonía.
- Mayor confianza, comprensión y colaboración de la pareja gestante.
- Mejor distribución del trabajo. Ahorro de recursos materiales.
- Ahorro de tiempo.
- Disminución de riesgos maternos y perinatales.
- Mejor actitud y aptitud de todos.
- Ahorro de presupuesto.

En adición, y hasta donde se ha podido comprobar, el primer estudio (metanálisis 2018) que investigó diversos programas de educación prenatal y los resultados físicos del embarazo, incluyendo el uso de analgésicos, concluye en que la educación prenatal puede reducir el estrés materno, mejorar la autoeficacia, disminuir la tasa de cesáreas y disminuir el uso de anestesia epidural; sin embargo, existe evidencia limitada de sus efectos en los resultados físicos maternos o fetales [12].

La Organización Mundial de Salud (OMS) por su parte insiste en la necesidad de que existan espacios participativos entre mujeres en la etapa prenatal [13].

La evidencia cualitativa procedente de varios países de ingresos altos indica que a las mujeres les agrada el formato de atención en grupo y aprovechan la oportunidad para establecer relaciones socialmente propicias con otras mujeres embarazadas y con los profesionales de atención de salud (confianza alta en la evidencia). La flexibilidad del formato permite que las mujeres intercambien información valiosa entre sí y que comenten las inquietudes relacionadas con el embarazo de una manera relajada e informal (confianza alta en la evidencia) [14].

Desde el sistema sanitario se debe fomentar la creación de vínculos entre madres y padres que comparten una misma experiencia, con el fin de constituir redes de apoyo. En consecuencia, se podrían reformular espacios ya existentes, como las clases de preparación a la maternidad y los grupos de apoyo a la lactancia materna, y a la vez implementar nuevas estrategias dirigidas a dar respuesta a las necesidades en esta etapa de cambio vital [15].

Parece admisible, a la vista de la experiencia, añadir a las ventajas enumeradas de la preparación a la maternidad-paternidad beneficios prácticos como la difusión de la información oportuna, la continuidad de la atención y las oportunidades para desarrollar nuevas tareas y fortaleció la red de apoyo [16].

Incidencia de la pandemia covid-19 en la asistencia prenatal

La OMS elevó el 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la covid-19 a pandemia internacional y el estado español el 14 de marzo emitió un Decreto en el que se declaraba el estado de alarma para la gestión de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por la covid-19 [17].

Esta situación conllevó limitaciones impuestas también en relación con la atención de los servicios sanitarios, lo que obligó a una adaptación de la atención sanitaria al objeto de proporcionar seguridad y evitar el contagio, algo prioritario en los grupos vulnerables, entre los cuales estaban incluidas las mujeres embarazadas. Por ello, las reuniones grupales de los Programas de Preparación a la Maternidad-Paternidad se vieron interrumpidas y como alternativa para seguir ofertando esta prestación que las matronas consideran necesaria, se vieron obligadas a modificar su forma de ofrecer estas sesiones, realizándolas a través de plataformas virtuales. Este cambio redujo el contacto físico y directo, limitando la espontaneidad y la participación, además de disminuir la oportunidad de generar una red de apoyo, que en la mayor parte de los casos se prolonga al posparto, transición que requiere mucha ayuda y apoyo profesional y social.

Consecuencias de la presión asistencial de las matronas en AP

El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* calcula que existe una escasez global actual, en relación con las necesidades de 1,1 millones de trabajadores "dedicados en exclusiva a la SSRMNA", de los cuales 900.000 son matronas [18].

Este déficit es notorio en España, donde la tasa de matronas cada 10.000 mujeres entre 14-65 años es de 6,1, muy por debajo de la media Europea (9,1) [19]; además, la cobertura es irregular en las diferentes comunidades autónomas y la Comunidad de Madrid no es de las más favorecidas.

El Servicio Madrileño de Salud contabilizaba 259 matronas para la atención potencial a 3.583.706 de mujeres censadas en 2023, de las cuales 1.614.789 están en edad fértil (15-49 años) (45,05%) y por encima de esta edad, 1.498.227 (41,80%) [20] a todas las que se oferta atención sexual y reproductiva sin contar potenciales usuarias dentro de la edad pediátrica y la atención al neonato relacionada con la lactancia materna, la que se pretende potenciar y requiere de especial atención. En adición, la particularidad de que la población extranjera crece progresivamente y las mujeres extranjeras susceptibles de atención sexual y reproductiva por parte de la matrona, con la complejidad que eso implica en la mayoría de los casos, ya representan un porcentaje muy importante del censo total en esta comunidad, 15,28% en 2023 [20].

Se suma a la población censada que el Servicio Madrileño de Salud ha facilitado el acceso a la asistencia sanitaria pública a 96.223 personas extranjeras en situación irregular en 2023. Por otra parte, en mayo de 2023 se publicó la resolución por la que se dictan instrucciones para el acceso al sistema sanitario público en la Comunidad de Madrid por razones de salud pública. Según estas instrucciones se daba acceso a las personas extranjeras sin residencia legal y sin derecho acreditado al aseguramiento público que estuvieran afectadas por ciertas enfermedades transmisibles o situaciones de especial protección (mujeres embarazadas y menores de 18 años). La medida supuso un total acumulado de 15.918 personas con el tipo de ciudadano Transéunte Salud Pública, 10.328 concretamente dados de alta en Atención Primaria

Por último, agregar las mujeres extranjeras solicitantes de asilo, víctimas de trata y suscriptores de convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, así como la población desplazada de Ucrania en régimen de protección temporal a consecuencia del conflicto armado en el citado país, desde el 24 de febrero de 2022 [21].

En la comunidad madrileña hay 269 centros de salud, en los que se realizaron 774.863 y 817.347 consultas de matrona

en AP respectivamente en los años 2022 y 2023, sin contar con que muchas de las atenciones prestadas no quedan registradas en el sistema informático. El incremento de un 5,48% de consultas es significativo [22] y confirma que en 2023 hubo un aumento de población asignada en todas las Direcciones Asistenciales (DA) de Atención Primaria de la comunidad [21].

La presión asistencial existente en Sanidad Pública en la Comunidad de Madrid hace que la accesibilidad a la consulta de la matrona no sea fácil ni rápida, lo que obliga a dar prioridad a las consultas que no se pueden diferir como son las relacionadas con el control del embarazo de bajo riesgo y posparto, y consecuentemente a diferir o no poder desarrollar otras consultas-programas de la cartera de servicios.

Una actividad que se ha visto afectada por falta de disponibilidad de las matronas es precisamente la visita puerperal domiciliaria. El propio Ministerio de Sanidad la define como "una buena práctica realizada por la matrona o enfermera con habilidades en la consulta de lactancia materna y cuidados del recién nacido en la primera semana de vida, antes incluso de ser atendidos en el propio centro de Atención Primaria" [23] y por ello la recomienda [10] igual que la incluye nuestro programa formativo [1].

La visita puerperal domiciliaria es histórica en la prestación de cuidados por la matrona y a día de hoy sigue siendo un servicio incluido en el Programa de Promoción de la Salud Materno-Infantil de la Comunidad de Madrid, a través de la Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Se trata de una visita en el domicilio o en el centro de salud (según preferencia de la mujer) en los primeros 15 días después del parto, en las que se hará una valoración funcional, exploración física, un plan de cuidados dirigidos a la mujer puérpera y otro al recién nacido [24].

Es importante señalar que la matrona acompaña a la mujer en todas sus etapas vitales, desde el nacimiento hasta su muerte, pero en el puerperio toma especial importancia debido a que es un periodo de gran vulnerabilidad, derivada de los cambios físicos, emocionales y sociales asociados a este momento vital. Esta transición biológica para la mujer y el inicio del desarrollo de su hija/o requiere directrices profesionales claras y acompañamiento, para una transición sana y segura para ambos.

Es evidente que en el momento actual es inviable en la Comunidad de Madrid, y posiblemente en toda España, ofertar la visita puerperal domiciliaria que para muchas mujeres sería más beneficiosa que la presencial.

Objetivos

Objetivo principal

Recabar, analizar y describir de forma anónima las opiniones de las mujeres mediante una encuesta sobre cómo perciben la relevancia de los programas de Preparación a la Maternidad-Paternidad y de la consulta posparto con su matrona de AP.

Objetivos secundarios

- Analizar la accesibilidad percibida a la Consulta de la Matrona de AP.
- Conocer la opinión de las mujeres sobre su preferencia en el modo de asistencia al Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad.
- Determinar los profesionales por los que se siente más apoyada la mujer en el posparto.
- Conocer la preferencia de las mujeres en cuanto al lugar en que debe realizarse la consulta posparto.
- Identificar cuáles han sido las situaciones más complicadas para las mujeres durante el posparto.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo transversal no experimental y anónimo sobre la opinión de las mujeres acerca de la percepción de la importancia del Programas de Preparación a la Maternidad-Paternidad y de la consulta posparto con la matrona de AP.

Se llevó a cabo mediante una encuesta anónima en formato papel, realizada entre el 30 de abril y el 30 de mayo de 2024.

Los criterios de inclusión fueron mujeres que recientemente se convirtieron en madres con recién nacidos menores de 4 meses de edad y que asistieran al grupo de posparto.

Se ha optado por utilizar una encuesta como método de investigación, ya que es una forma tradicional y efectiva de realizar un estudio para investigar, explicar y describir con precisión la realidad, así como para analizar el conocimiento de estas mujeres [25]; además el uso de encuestas, se considera un método efectivo para analizar las posibles relaciones entre dos o más variables [26] y la validez interna y externa del uso de encuestas ha mostrado ser la opción más rentable y flexible, ya que permite incorporar más variables al realizar un estudio descriptivo transversal no experimental [27].

El estudio se ha realizado a través de las siguientes variables nominales, calculando las frecuencias y los porcentajes:

- Opinión de las mujeres sobre la asistencia a las sesiones del Programa de Preparación a la Maternidad/ Paternidad.
- Respuesta directa sobre los aspectos que han supuesto un problema en el posparto.
- Opinión de las mujeres sobre dónde realizar la consulta posparto.
- Opinión de las mujeres sobre la accesibilidad de la consulta de la matrona.
- Percepción de apoyo de la matrona en el periodo posparto.

Se han estudiado y resumido seis variables principales para la interpretación de resultados:

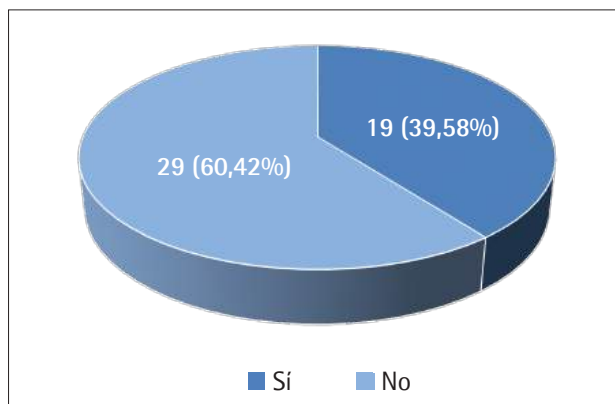
1. Asistencia a las sesiones del Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad y de posparto.
2. Preferencias de las mujeres en el tipo de reunión (virtual/presencial).
3. Percepción de la accesibilidad de la consulta de la matrona.
4. Número de hijos.
5. Sensación de apoyo de los profesionales a las mujeres.
6. Preferencia de lugar de visita en el posparto.

El estudio se ha desarrollado conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, sobre los principios éticos para la investigación en el ámbito sanitario [28].

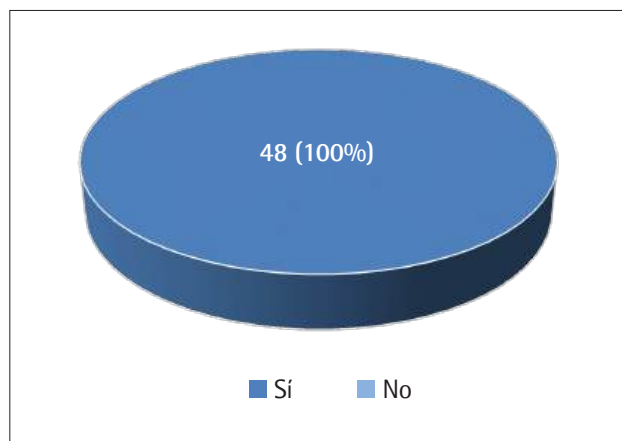
Resultados

Las participantes de esta encuesta anónima han sido 48 mujeres con hijos menores de 4 meses.

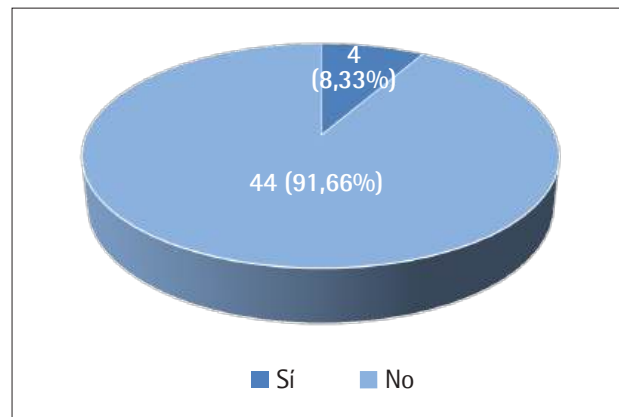
¿Asististe al Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad?



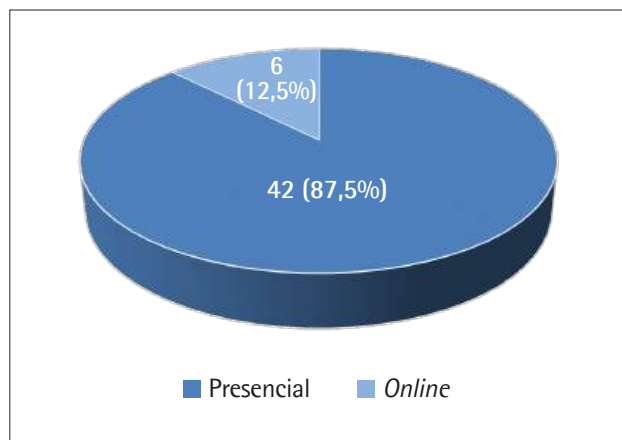
¿Asististe al programa de posparto?



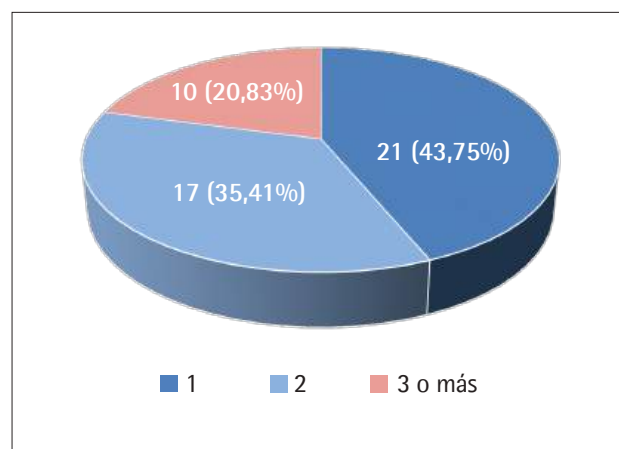
¿Consideras que tu matrona es accesible (tiene cita cuando lo necesitas)?



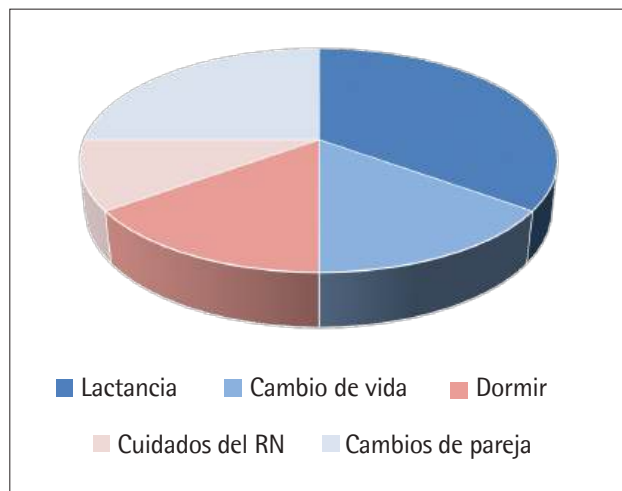
¿Cómo prefieres que sean las clases?



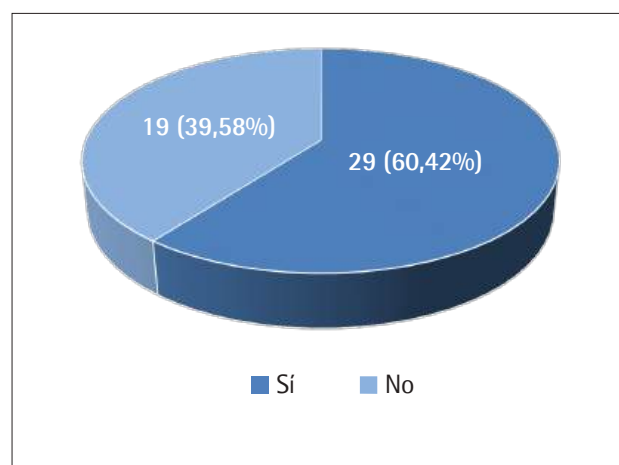
¿Cuántos hijos tienes?



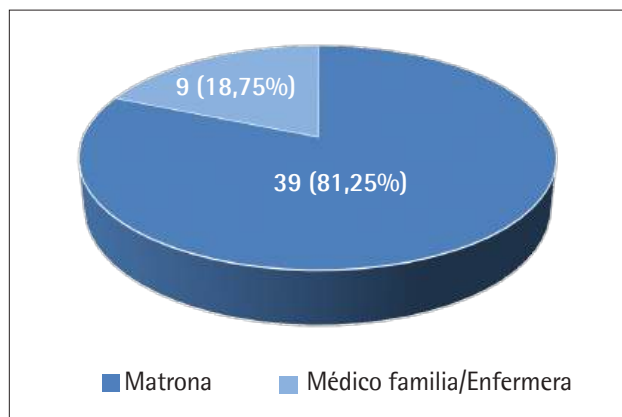
Dime con una palabra que es lo que más te ha costado del posparto:



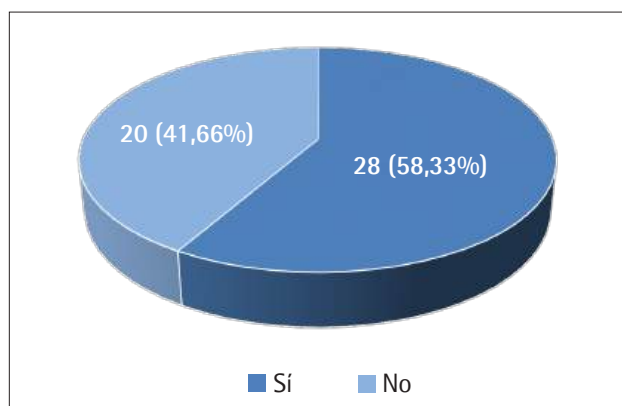
¿Te has sentido apoyada por los profesionales en el posparto?



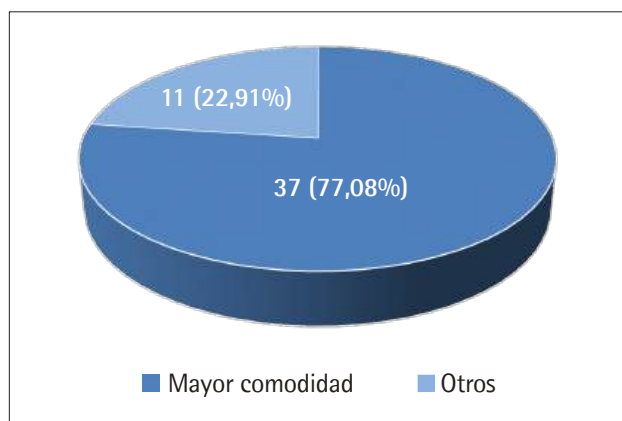
¿Por qué profesionales te has sentido más apoyada?



¿Te gustaría que las visitas posparto fuesen en tu domicilio?



¿Por qué?



- Solo el 39,58% de las mujeres encuestadas acudió a las sesiones del Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad y la mayoría prefiere el formato de las clases presenciales (87,5%).

- El 91,66% de las mujeres considera que no es fácil conseguir cita para la consulta de la matrona.
- El profesional por el que más se han sentido apoyadas en el posparto es la matrona (81,25%).
- El 58,33% de las mujeres encuestadas preferiría que la consulta posparto se realizara en su domicilio por comodidad.
- Las mujeres encuestadas consideran que el profesional que más la ha apoyado en el posparto ha sido la matrona (81,25%).
- Las mujeres opinan que la consulta de la matrona no es accesible (91,66%).

Conclusiones

- El Programa de Preparación a la Maternidad-Paternidad es fundamental, ya que proporciona a la mujer los conocimientos necesarios para su propio cuidado, además de información sobre el embarazo, el parto, el posparto y los primeros cuidados del recién nacido.
- Además, contribuyen a crear una red de apoyo para las futuras madres, sus parejas y familias, ya que se encuentran con mujeres en un momento vital similar al suyo.
- Se concluye que la matrona es la figura de referencia principal tanto en el periodo prenatal como en el posparto.
- La presión asistencial existente en Sanidad Pública, por déficit de cobertura de matronas en la Comunidad de Madrid, hace que la accesibilidad a la consulta de la matrona en AP no sea fácil ni rápida.
- Esta excesiva presión asistencial incide negativamente en el desarrollo de toda la cartera de servicios, siendo que asistencias como la visita puerperal domiciliaria y algunos otros programas incluidos en ella se puedan realizar, así como las largas listas de espera que se generaran.
- Las matronas deben insistir a las mujeres/parejas sobre la importancia de completar el curso de Preparación a la Maternidad-Paternidad y, por su parte, ofrecer un diseño práctico, atractivo, riguroso e interesante, para captar su atención y fidelizar su asistencia.
- Las Administraciones sanitarias tienen que hacer esfuerzos reales por potenciar la cobertura de matronas a fin de optimizar la atención en salud sexual y reproductiva en esta comunidad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Hrešanová E. The Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Socialist Czechoslovakia: from State Propaganda to Activism of Enthusiasts. *Med Hist.* 2016; 60(4):534-56. doi: <https://doi.org/10.1017/mdh.2016.59>
- [2] Órgano del Consejo Nacional de Auxiliares sanitarios (Sección Practicantes). *Medicina y Cirugía Auxiliar. Revista Informativa profesional.* Año XVI Diciembre 1955. Fondo antiguo Biblioteca CODEM [internet] [citado 22 abr 2025]. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/60853CB0-998F-468C-AE0A-D3C-FB0D27E95/4329478e-c67a-411c-bd35-7baad3aac285/RA_1955-12.pdf
- [3] Ruiz Frías-Vélez C. El parto sin dolor. Internet Archive [internet] 1955 [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/PartoSinDolorConsueloRuizVlesFras/page/n3/mode/2up>
- [4] Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social [internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo; 1973. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1973/04/28/pdfs/A08519-08525.pdf>
- [5] Matronas Hoy. Integración de las matronas en la Atención Primaria. *Echando la vista atrás. Matronas hoy* 2019; 7(1):56-7.
- [6] Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia [internet]. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/Recursos-documentales/Catalogo-publicaciones-INGESA/Atenci-n-Primaria-en-el-INSALUD--17-A-os-de-Experiencia.html>
- [7] Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Dirección General de Atención Primaria y Especializada Plan integral de atención a la mujer Subdirección General de Coordinación Administrativa [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/Recursos-documentales/Catalogo-publicaciones-INGESA/Plan-Integral-de-Atenci-n-a-la-Mujer.html>
- [8] Pérez Avello E. Preparación a la maternidad: un modelo obsoleto. Ponencia. XI Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas. I Congreso de la Asociación de Matronas del Principado de Asturias [internet]. Oviedo 2006. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/07_PREPARACION_MATERNIDAD.pdf
- [9] Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). BOE [internet] 2009 [citado 22 abr 2025]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881
- [10] Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
- [11] Campos Dávila A. Ensayo Ventajas de la implementación de la psicoprofilaxis perinatal en México. UIN [internet] 2022. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-insurgentes-sc/psicoprofilaxis-perinatal/ensayo-ventajas-de-la-implementacion-de-la-psicoprofilaxis-perinatal-en-mexico/101507931>
- [12] Hong K, Hwang H, Han H, Chae J, Choi J, Jeong Y, Lee J, Lee KJ. Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women Birth.* 2021; 34(3):219-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.002>
- [13] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal positiva durante el embarazo [internet]. Washington, D.C.: OPS. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550>
- [14] Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [internet]. Ginebra: OMS; 2016. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
- [15] Loezar-Hernández M, Briones-Vozmediano E, Gea-Sánchez M, Otero-García L. Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gaceta Sanitaria* 2022; 36(5):425-32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>
- [16] Buultjens M, Murphy G, Ruddock-Hudson M, Milgrom J, Taket A. A qualitative study of women's experience of a perinatal group health-promoting programme. *British Journal of Midwifery* [internet] 2029 [citado 22 abr 2025]; 27(2):106-14. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.2.106>

- [17] Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE [internet] 2020. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
- [18] UNPFA, ICM. WHO. El Estado de las Matronas en el mundo. UNPFA [internet] 2021 [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-FastFacts-ESv543.pdf>
- [19] Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Desarrollo de la profesión de matrona en España: Retos y recomendaciones 2023 [internet]. Asturias: FAME; 2023. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2024/01/Informe-Analisis-FAME-2023-VF110423.pdf>
- [20] Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo anual de población 2021-2024. INE [internet] [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=68520&tL=0>
- [21] Secretaría General de Servicio Madrileño de Salud Memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud. Año 2023 [internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2023 [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051311.pdf>
- [22] Gerencia asistencial de Atención Primaria. Memoria Anual 2023. Servicio Madrileño de Salud [internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2024. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria-2023-gap_ok.pdf
- [23] Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad 2010 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
- [24] Gerencia asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. 2021. [internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2021. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050454.pdf>
- [25] Useche MC, Artigas W, Queipo B, Perozo E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos cualicuantitativos. 2019 [internet]. Universidad de La Guajira; 2019. [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/server/api/core/bitstreams/58ae17e3-11a9-4f4a-be08-ec7839528f01/content>
- [26] López Lemos P. Herramientas para la mejora de la calidad. Madrid: Fundación CONFEMETAL; 2016.
- [27] Valencia Benítez JC, Carmenates Barrios OA. Validación del instrumento encuesta para su aplicación en centros de capacitación. Conrado. [internet] 2022 [citado 22 abr 2025]; 18(88):14-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1990-86442022000500014
- [28] Asociación Médica Mundial Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. Asociación Médica Mundial [internet] 2024 [citado 22 abr 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>



Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios online

Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.

Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.

Enfertecca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.

Programas de posgrado universitarios.



¹ Carmen Jorin Bengoechea
¹ Rosa M^a Plata Quintanilla

Lactancia materna, pilar del higienismo infantil español, en la primera mitad del siglo XX

¹ *Matronas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria (España).*

E-mail: carmenjbreinosa@gmail.com

Fecha de recepción: 23 de abril de 2024.

Fecha de aceptación: 13 de enero de 2025.

Cómo citar este artículo:

Jorin Bengoechea C, Plata Quintanilla RM. Lactancia materna, pilar del higienismo infantil español, en la primera mitad del siglo XX. *Matronas Hoy* 2025; 13(1):27-38.

Resumen

Introducción: las cifras de mortalidad infantil a finales del XIX y principios del siglo XX eran alarmantes en España, y en gran parte de Europa, y el Gobierno de la nación tuvo que tomar medidas para su disminución.

Un intento de paliar esta mortalidad fue a través de la insistente recomendación de la lactancia materna, además de difundir entre las madres recomendaciones higiénicas de la naciente Puericultura en España. En su defecto, leche artificial derivada de animales, sobre la que la industria se afanó para maternizarla, o la lactancia mercenaria, sobre la que se fue estableciendo a través de la legislación una fuerte vigilancia.

Objetivos: señalar las iniciativas y medidas gubernamentales a favor de la lactancia materna en la segunda mitad siglo XIX y la primera mitad siglo XX, junto con recomendaciones higiénicas para la adecuada crianza de los niños.

Destacar el papel importante del desarrollo del movimiento higienista español en el campo de la protección a la infancia.

Subrayar el papel del apoyo profesional de las matronas a lo largo de la historia a favor de la lactancia materna.

Metodología: búsqueda de documentos españoles legislativos, informativos y de control de la segunda y la primera mitad de los siglos XIX-XX en apoyo de la recomendación del mantenimiento de la lactancia materna como pilar de la lucha contra la mortalidad infantil al hilo de la protección a la infancia y la maternidad derivada de medidas legislativas y acciones populares.

Conclusiones: la mortalidad infantil se redujo significativamente gracias a la lucha sanitaria por evitarla siguiendo los objetivos planteados por médicos, higienistas y reformadores sociales, junto con la labor del Estado para la puesta en marcha de estos objetivos mediante la promulgación de leyes sobre protección a la infancia y la maternidad, otras acciones en apoyo de estas y las mejoras sociales en general.

Palabras clave: lactancia materna; lactancia mercenaria; lactancia artificial; lactancia mixta; sucedáneos de leche; mortalidad infantil; puericultura; pediatría; higienismo; matronas.

Abstract

Maternal breastfeeding, the cornerstone of spanish paediatric hygienism, in the first half of the 20th century

Introduction: in Spain, as well as in a great extent of Europe, there were alarming rates of child mortality at the end of the 19th and the beginning of the 20th century; and the National Government had to take measures in order to reduce them.

One attempt to reduce this mortality consisted in an insistent recommendation about maternal breastfeeding, as well as distributing among mothers the hygienic recommendations by the emerging Childcare in Spain. Otherwise, there was artificial animal-derived milk, which the industry struggled to maternize, or "mercenary" breastfeeding, on which strong monitoring was gradually implemented through legislation.

Objectives: to point out those initiatives and measures by national authorities in favour of maternal breastfeeding during the second half of the 19th and the first half of the 20th century, together with hygienic recommendations for an adequate upbringing of children.

To highlight the important role of the development of the Spanish Hygienist Movement in the area of child protection.

To stress the role of the professional support by midwives through history in favour of maternal breastfeeding.

Methodology: a search for Spanish regulatory, informative and control documents from the second half of the 19th century and the first half of the 20th century, supporting the recommendation to maintain maternal breastfeeding as a cornerstone of the fight against child mortality, regarding the protection for childhood and maternity derived from regulatory measures and popular actions.

Conclusions: there was a significant reduction in child mortality due to the healthcare effort to prevent it, following the objectives raised by physicians, hygienists and social reformers, alongside the work by the Government in order to activate these objectives through the enactment of laws on childhood and maternity protection, other actions supporting these, and social improvements in general.

Key words: maternal breastfeeding; mercenary breastfeeding; artificial breastfeeding; mixed breastfeeding; milk substitutes; child mortality; childcare; paediatrics; hygienism; midwives.

Introducción

La personal sensibilización con la lactancia materna tras la especialización y trabajo como matronas, nos hace estar plenamente convencidas de que en un mundo en el que su práctica ha caído de forma vertiginosa frente a alternativas supuestamente más cómodas y falsamente expuestas como igual de beneficiosas que la leche materna, esta no tiene sustitutivo posible.

El conocimiento de la fisiología de la mujer embarazada, parturienta y puérpera ha hecho que la lactancia materna sea para las matronas una de las principales indicaciones a la madre puérpera para la crianza óptima de sus hijos y motivo de ayuda a esta, porque su instauración no siempre es fácil y además, en ocasiones, se producen problemas que, de no solucionarse, pueden comprometer la continuidad de la lactancia, la salud del neonato y niño y la recuperación de la mujer puérpera.

Hay que añadir que, por cuestión de identidad y sentimiento profesional, nuestro interés por las cuestiones históricas relacionadas con la profesión se ha acrecentado buscando el porqué de los giros que, incluso en medicina, se han dado y han calado hondamente en la población, cambiando sus usos y costumbres, no siempre para bien, como en el caso de la alimentación materna que, tras el nacimiento, es la primera actividad de sostén de la vida. De entre unos recuerdos atesorados como testigos de una historia familiar, nos llegó este documento que ha sido el motivo inspirador de este trabajo (Imagen 1).

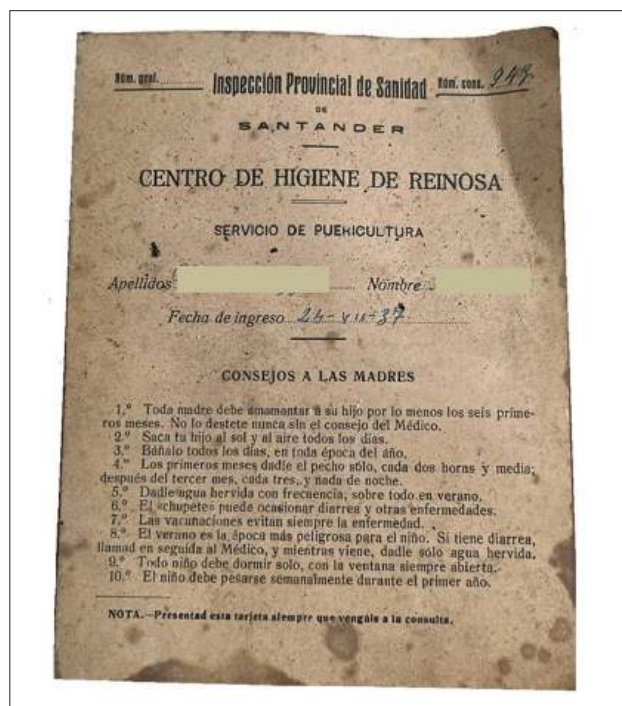


Imagen 1. Tarjeta personal de servicio de Puericultura (1937), en el Centro de Higiene

La leche materna es una respuesta fisiológica del organismo de la mujer, y de todos los animales mamíferos, tras la gestación y el parto, destinada al mantenimiento y desarrollo de los recién nacidos. Sin embargo, la lactancia materna, tan connatural con la especie humana y del resto de mamíferos, ha estado influenciada por factores históricos, políticos, religiosos y económicos.

En todas las épocas de la historia, siempre ha habido quienes emplearon el recurso de leches de origen animal o lactancia mercenaria, unas madres por necesidad y otras, las menos, sobre todo por conveniencia. En toda época existieron las amas o nodrizas a disposición, sobre todo, de las clases acomodadas, lo que para estas la lactancia mercenaria se convertía en un signo de estatus, de liberación de sus tareas maternas y solución a sus ignorantes perjuicios sobre la lactancia.

No parece cuestionable que causas como la incorporación de la mujer al trabajo a raíz de la revolución industrial, iniciada a finales del siglo XIX, cambiaran el rol maternal sobre todo de las mujeres humildes: además del trabajo del hogar se convirtieron en obreras mal pagadas y sujetas a discriminación salarial y, por añadidura, su proceso de gestación, parto, puerperio y crianza de sus hijos, se vieron afectados por la falta de tiempo y energía consumidas en la producción industrial a la que fueron destinadas. A esto se le unió el desarrollo de la industria de las leches maternizadas que, junto con la situación sociosanitaria empobrecida, vinieron a agrandar los problemas sobre la infancia más vulnerable.

Objetivos

- Dar a conocer iniciativas y medidas gubernamentales a favor de la lactancia materna en la primera mitad del siglo XX en España, junto con recomendaciones higiénicas de la naciente Puericultura en España, para la crianza de los niños, a fin de asegurar no solo su supervivencia, sino también su salud y bienestar futuros.
- Destacar el papel importante del desarrollo del movimiento higienista español a partir del siglo XIX, concretamente en el campo de la protección a la infancia con la introducción y puesta en práctica de conocimientos higiénicos, tras el estudio y la denuncia de la problemática social de este grupo de población especialmente afectado y vulnerable.
- Subrayar el apoyo profesional de las matronas a lo largo de la historia, como profesional sanitario clave en la asistencia a la maternidad y a favor de la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna, y la transmisión a madres y familias de cuidados higiénicos para la crianza.

Metodología

- Búsqueda de documentos españoles legislativos, informativos y de control de la segunda mitad siglo XIX y la primera mitad siglo XX en apoyo de la recomendación del mantenimiento de la lactancia materna como pilar de la lucha contra la mortalidad, al hilo de la protección a la infancia y la maternidad derivada de las medidas médico-legislativas y populares.
- Revisión bibliográfica relacionada con el higienismo naciente en Europa y la Pediatría, fundamentalmente en Francia, país más avanzado que España en ambas materias.
- Estudio del censo español y sus movimientos demográficos referidos a mortalidad infantil, en la primera mitad de siglo XX.

La lucha por la mortalidad infantil

A lo largo del siglo XIX y comienzos del XX surge en Occidente una progresiva y creciente preocupación médico-pedagógica por contribuir de manera multidisciplinar a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias en las que vivía la infancia en general y con mayor atención en aquellos que, por sus circunstancias económicas, familiares y sociales, tenían mayor riesgo para su salud y crecimiento.

Una auténtica avalancha de profesionales llegados desde distintas áreas del conocimiento (Medicina, Pedagogía, Arquitectura, etc.) incidieron en la necesidad de optimizar las condiciones de vida y la educación de los niños y las niñas [1].

Los higienistas focalizaron en la mortalidad en la primera infancia la causa del problema demográfico del país. La altísima tasa de mortalidad infantil, sobre todo la de los menores de 1 año, fue asumida por el Estado como un estigma y un impedimento para el desarrollo de la nación, ya que dificultaba la provisión de mano de obra para el desarrollo de la industrialización y quebraba las ideas imperialistas de volver a ser un gran país a expensas de incrementar la densidad poblacional y su expansión territorial.

Rafael Ulecia [2] explicaba la idea de la siguiente manera: *"La historia nos demuestra de modo indubitable, que tanto más rica y poderosa es una nación, cuanto mayor es el número de sus habitantes. Por eso ha dicho una gran verdad el Presidente de la República norteamericana, Roosevelt: 'La despoblación es el suicidio de una raza', o como con notoria razón dice el ilustre Dr. Hauser en su notabilísima obra "Madrid bajo el punto de vista médico-social": 'El aumento progresivo de individuos aptos para el trabajo material é intelectual de un país, es la expresión de su prosperidad y de su vitalidad'.*

De ahí, señores, que los sociólogos, los higienistas y los Gobiernos de todas las naciones se ocupan constantemente en el estudio y resolución de estos dos importantes problemas, íntimamente relacionados con la interesantísima cuestión de la despoblación: la natalidad y la mortalidad (...):"

En el mismo sentido se expresaba el Prof. Budin en cuya patria, Francia, los movimientos higienistas fueron anteriores a los de España: *"Hoy en día se habla mucho de aumentar el número de nacimientos. Nos parece que lo que necesitamos sobre todo es reducir la mortalidad infantil y preservar a los niños que nacen. El Estado, los departamentos, los municipios, la beneficencia privada, todos deben contribuir a este objetivo. Podemos lograrlo y lo lograremos si queremos"* [3].

Otro importante médico de la época de P. Strauss daba prueba de que esta opinión era cada vez más extendida entre el público, en su libro *Dépopulation et Puériculture*, presentado en la Academia de Medicina de París y de gran peso en la época, expresaba:

"Está demostrado por hechos constantes, observaciones confiables, estadísticas incontrovertibles, que la mayor parte de las muertes tempranas son evitables, que son fruto de la ignorancia y la pobreza, que consideran que se debe en parte a la falta de atención materna, en parte a alteraciones en la leche. De un solo salto, la columna general de muertes disminuirá, el aumento de población será considerable" [4].

Mortalidad infantil en España 1900-1950

A finales del siglo XIX, la principal responsabilidad en la muerte de los niños se atribuía a la situación derivada de la insalubridad de las viviendas, los malos hábitos alimentarios y la falta de cuidados, como consecuencia del trabajo materno; todos fenómenos relacionados con la situación de miseria y pauperismo [5].

Como una de las principales contrapartidas de este proceso de revalorización de la vida infantil, la maternidad recibía también más atención. Desde la medicina, los medios higienistas se ocuparon con profusión de la cuestión materna [6].

Así, Marina Castells Ballespí, la segunda mujer doctorada en Medicina (1882), dejó una frase importante para la historia en su tesis doctoral, que abría el camino para poner de relieve la necesidad de instrucción de las mujeres en asuntos de puericultura para la mejor crianza de sus hijos:

"Nosotros creemos firmemente que la mortalidad de los niños está en razón inversa del grado de la ilustración de la madre. Y esta creencia nace no a impulsos de una halagadora teoría, sino que es hija de una aterradora práctica" [7].

En el Gráfico 1 no se incluyen las muertes fetales, de mortinatos y muertes neonatales dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento. Se excluye el pico observado en 1918, correspondiente a la pandemia de gripe. El gráfico muestra una tendencia gradual decreciente hasta una reducción de la mortalidad a más de la mitad en la década de 1950. A saber, en el censo de 1900 [9], España tenía 18.618.086 de habitantes, mientras que en el censo de 1950, la población aumentó a 28.117.873 [10].

La lucha sanitaria en la infancia a través de la alimentación infantil: la cuestión de la leche materna y otros sustitutivos

La extrema pobreza, el abandono, las deficientes condiciones higiénicas y la ignorancia entre las clases más populares, era el común denominador de la época de finales del siglo XIX y comienzos del XX en España e incidía con más virulencia sobre la población más vulnerable, como lo era la infancia. En medio de esa situación, la mortalidad infantil, que no solo asoló a España en la época, determinaba el objetivo de la batalla de la sanidad en los inicios del siglo XX en España. La lucha sanitaria en la infancia se enfocó a través de la alimentación infantil, dando mayor importancia a la lactancia materna, punto importantísimo

de la higiene infantil que auguraba un perfecto desarrollo físico y una excelente salud. También se instruyeron a las madres sobre los peligros de otro tipo de alimentación en el neonato y la propia higiene en la alimentación y en sus cuidados.

El gráfico que el Boletín Oficial de Higiene de Berlín publicó el 1 de marzo de 1887 es muy ilustrativo, ya que se muestra agrupada la mortalidad de los niños de esta ciudad de entre 1 y 10 meses y en el que se ponen de manifiesto las variadas alimentaciones que se les ofrecía a estos niños. Obviamente, las madres, sobre todo con escasos recursos, tenían que buscar algo para alimentar a sus hijos y la repercusión de la alimentación inadecuada sobre la mortalidad de estos menores se hace evidente en los datos (Cuadro 1).

Rafael Ulecia y Cardona, mencionado anteriormente, de origen cubano se formó como médico en Valladolid y dedicó la mayor parte de su actividad y producción escrita a la atención a los niños en España [12]. En 1903 realizó un informe sobre la mortalidad infantil para la Junta Municipal de Sanidad de Madrid, de la que era vocal, en el que puso de manifiesto la influencia de la alimentación en la sobremortalidad de los más pequeños en Madrid, con datos devastadores:

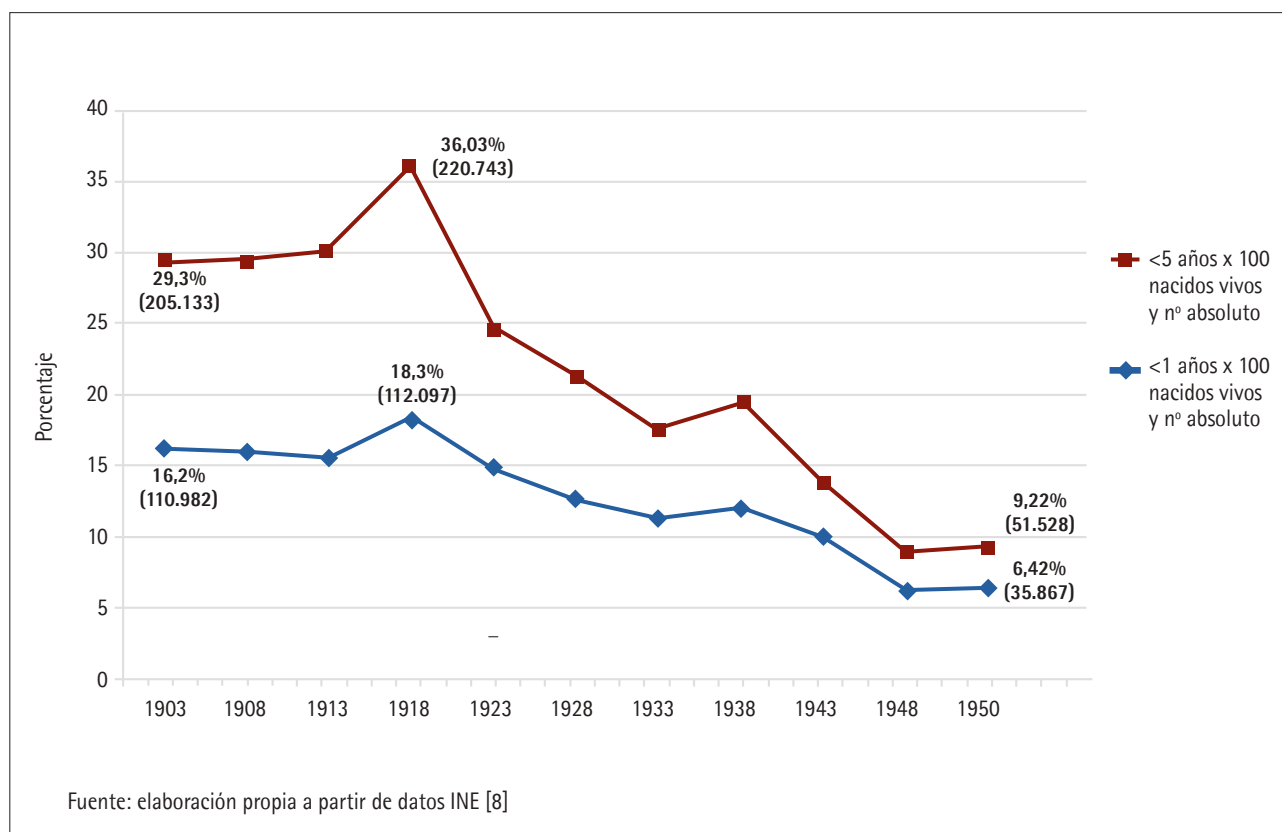


Gráfico 1. Mortalidad Infantil España (1903-1950)

Cuadro 1. Boletín Oficial de Higiene de Berlín (marzo 1887)

	Leche materna	Leche nodriza	Leche animales	Sucedáneos leche	Legumbres	Alimentación desconocida
1 mes	20,8	26,8	157,3	437,3	140,1	441,0
2 mes	8,8	16,5	74,1	141,4	121,7	170,3
3 mes	8,3	5,6	57,9	103,8	132,5	137,0
4 mes	7,7	4,7	49,3	98,2	120,2	109,7
5 mes	7,2	2,5	48,0	69,5	125,8	82,7
6 mes	6,1	3,3	39,1	55,8	100,3	93,9
7 mes	4,5	1,6	32,8	29,9	142,7	84,0
8 mes	4,9	1,8	33,9	63,2	101,3	86,3
9 mes	5,9	2,3	27,3	27,4	72,4	49,4
10 mes	6,7	5,9	13,1	22,6	79,9	79,2
Total medio	8,8	5,7	55,6	76,5	110,2	244,5

Fuente: Vidal Solares [11]

- Menos de un año: 25.289 (22,09%).
- De 1 a 4 años cumplidos: 19.542 (17,30%).
- De 0 días a 4 años cumplidos: 44.831 (39,70%).

Además, añadía una estadística que establecía la diferencia notable existente en el crecimiento de población de varias capitales europeas y en la que se objetivaba que únicamente en Madrid disminuía el número de habitantes en vez de aumentar.

Al Congreso de Deontología Médica, que se reunió en Madrid del 3 al 5 de mayo de 1903, Ulecia presentó un informe confrontando la mortalidad general con la mortalidad de los niños menores de 5 años en 1900. Este informe arrojaba el escalofriante dato de que la mortalidad infantil representaba un 42,37% de la mortalidad general (Cuadro 2).

En los trabajos mencionados, las causas de esta mortalidad excesiva en España se atribuyen a la ignorancia de las madres, en cuanto a la higiene de los niños se refiere, y a la falta de recursos para procurarse buena leche cuando no podían amamantar ellas mismas a sus hijos. Como medios para combatir esta terrible mortalidad infantil propuso entre otras cosas:

- La creación de consultorios para niños de pecho, donde reciban las madres consejos saludables y donde, además, se les facilite buena leche con la que criar a sus hijos.

Cuadro 2. Datos de mortalidad general y mortalidad infantil en Madrid en 1900

	Mortalidad general	Mortalidad < 5 años
Invierno	154.235	68.934
Verano	133.774	58.496
Otoño	125.562	52.542
Primavera	122.145	49.876

Fuente: Pediguero et al. [12]

- La publicación de folletos y cartillas con los preceptos de higiene infantil.
- La vulgarización de los conocimientos de higiene privada y de higiene pública mediante conferencias populares. Deseando predicar con el ejemplo, me entregué con ardor a una campaña en favor de la primera infancia. En un principio redacté una Cartilla de Higiene para las madres, en la cual condensé, en forma breve y sencilla, las reglas más indispensables a las que se han de ajustar los cuidados del niño, a fin de que pudiera servir de guía a las madres [13] (Imágenes 2 y 3).

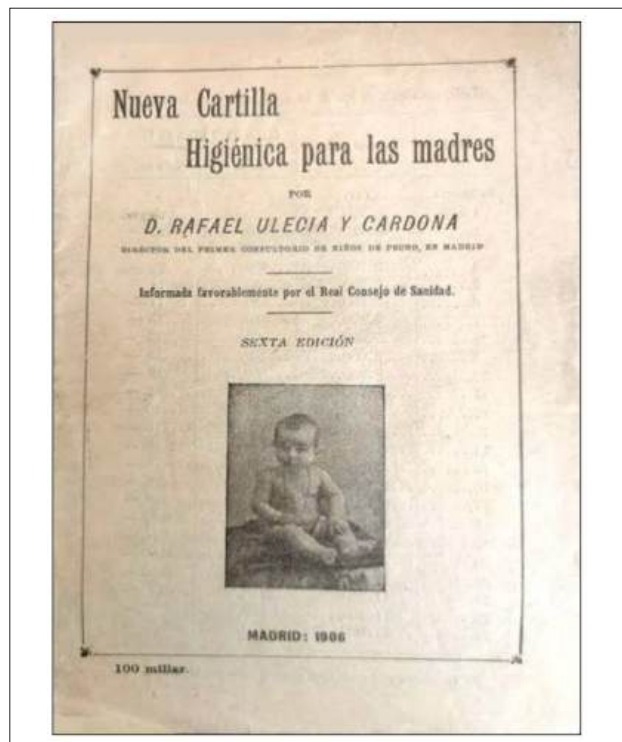


Imagen 2. Cartilla higiénica para las madres (6ª ed.)

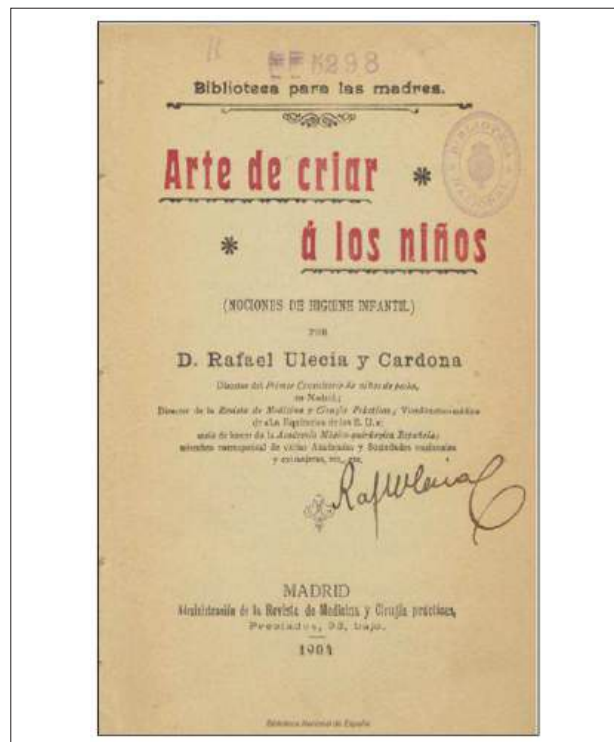


Imagen 3. Libro de Ulecia y Cardona

Esta pequeña obra fue remitida por el autor a la Comisión Permanente del Real Consejo de Sanidad de la que obtuvo la aprobación unánime con el siguiente informe:

"[...] El Real Consejo de Sanidad, por consiguiente, debe informar favorablemente y hacer la recomendación que interesa el solicitante. Y de conformidad con el mismo; S. M. el R e y (Q. D. G.) ha tenido a bien resolver como en el mismo se propone, y disponer se interese del Ministerio del digno cargo de Y. E. se ordene a los encargados de los Registros civiles la entrega de un ejemplar de la mencionada cartilla a todos los padres que inscriban en ellos a sus hijos" [14].

Según un escrito de Ulecia, se distribuyeron gratuitamente en Madrid 60.000 ejemplares, costeados 10.000 por el municipio, 12.000 por la Dirección general de Sanidad y el resto de su bolsillo particular. Y continúa: *"[...] No juzgando suficiente esta campaña por medio de la pluma, decidí crear en Madrid un Consultorio para niños de pecho, en unión con la Gota de Leche"* [13].

Para este último fin, logró persuadir a los Marqueses de Casa-Torre para que patrocinaran el Primer Consultorio de Niños de Pecho y Gota de Leche en Madrid (1904). Para organizarlo adecuadamente, Ulecia se marchó a Francia, en junio de 1903, para visitar las Gotas de Leche establecidas en Fécamp, en Rouen, en Versalles y en Saint-Germain; la Pouponnière de Porchefontaine; la Consulta de niños de

pecho del Dr. Budin en la Maternidad y la del Dr. Bresset de la calle Oudinot; el Dispensario de Belleoille, del Dr. Variot y, por último, pasó a Bélgica, para visitar la Lechería maternal del Dr. Lust, en Bruselas, y la Gota de Leche establecida en Hodimont por iniciativa de M. Cerehex. Convenientemente informado de todos los detalles científicos y mecánicos de estos establecimientos, regresó a Madrid, consagrando toda su actividad a los trabajos preparatorios para la instalación del primer consultorio para niños de pecho y Gota de Leche, en la calle de San Bernardo, núm. 83. con dos secciones: para niños sanos y para niños enfermos.

Las categorías establecidas en la Sección Gota de Leche fueron las siguientes:

- Los ricos.
- La clase media.
- La clase obrera.
- Los pobres.

A las madres de la tercera y cuarta categoría inscritas en la Gota de Leche se les suministraba, además, gratuitamente, harinas para hacer sopas, jugos de carne (a madres con lactancia mixta), medicamentos, etc., y a las que cumplían bien sus deberes maternos se las recompensaba con envolturas, vestidos, etc., para los niños (Imagen 4).



Por grandiosos que sean los adelantos de las ciencias, la lactancia artificial jamás podrá competir con la lactancia materna. La madre, pues, deberá hacer supremos esfuerzos por amamantar a su hijo"

Ulecia y Cardona 1904

Fuente: Biblioteca Nacional de España [15]

Imagen 4. Primer consultorio de niños de pecho

La idea de establecer la consulta especial del jueves para hacer acudir a la consulta a las madres ricas podría ser una buena estrategia de marketing: *"a fin de que estas, recibiendo consejos higiénicos y al ver por experiencia los buenos resultados obtenidos, se convirtieran en fervientes propagandistas de la Institución, contribuyendo así a aumentar el número de suscriptores para el sostenimiento de la fundación"* [13].

De sus viajes por Francia y Bélgica, visitando las pioneras instalaciones allí establecidas para el cuidado de los niños, recogió ideas que publicó en revistas de la época, algunas de las que era editor como la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* (1877), *Anales de Obstetricia, Ginecopatía y Pediatría* (1881) y que posteriormente plasmó, entre otras obras de su autoría, en el libro *Arte de criar a los niños* [16], libro que, en algunas de sus ediciones posteriores, agrandadas y corregidas, fue prologado por el propio Prof. Budin y comienza con lo que tituló "Aleluyas de la Higiene Infantil". Se trataba de consejos que hoy están desuso por la evidencia científica actual, pero que eran sencillos y comprensibles para la población de la época, incidiendo fundamentalmen-

te en la alimentación infantil y consejos higiénicos a las madres para la crianza de los niños, de las que se transcriben a continuación solo algunas de ellas por razón de espacio:

No hay amor como el de madre ni afecto como el de padre.

Con un hijo habrás de ser esclava desde nacer.

Tus hijos tienen derecho a la leche de tu pecho.

Más si no hay en abundancia recurre a mixta lactancia.

Y en extrema condición, críalo con biberón.

No tendrás al niño grueso, dándole leche en exceso.

Pues la leche en demasía, quita salud y alegría.

Entre mamar y mamar, dos horas han de pasar.

Cuando un niño haya mamado, ponlo siempre de costado.

Resulta muy apreciada la leche esterilizada.

Pues se conserva mejor con el frío y el calor.

Antes de cumplir un año, el comer le hará gran daño.

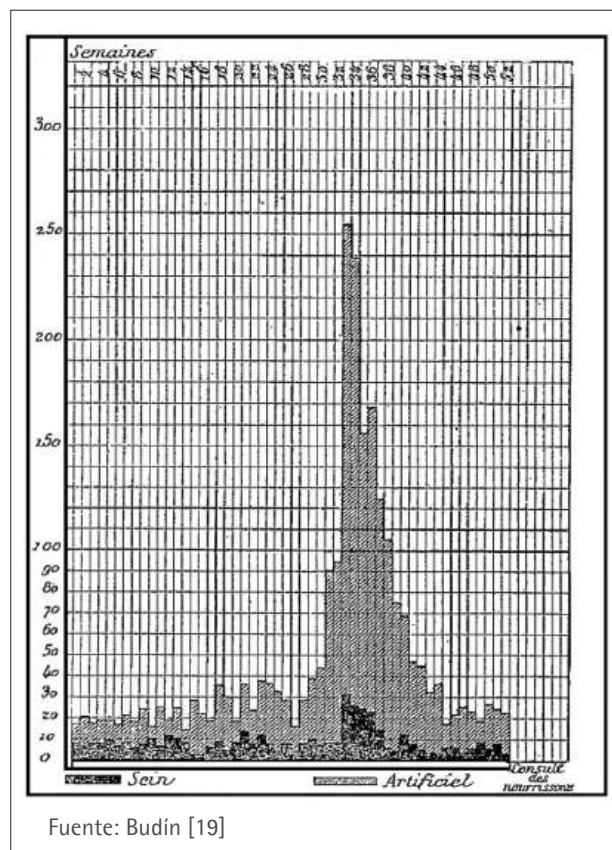
Este libro tuvo una trascendencia fundamental en el incipiente movimiento higienista puericultor en España, hasta el punto de que fue remitido desde la Subsecretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes a la Academia de Medicina para obtener un dictamen sobre la conveniencia del texto para su difusión entre la población. La respuesta de la Academia fue la siguiente:

"[...] Es muy desconocida en España la puericultura, y es la consecuencia de este desconocimiento la gran morbilidad y mortalidad infantil; por tanto, el libro que, como el que juzgamos, escrito con las precisas condiciones para que sea leído y entendido por cuantos toman parte en la crianza de los niños, lleva la luz de la higiene que es salud, a todas partes, será su efecto necesario la disminución de las enfermedades evitables del lactante; por tanto, su utilidad es muy grande. Por esta razón creemos que la Academia debe responder a la consulta del Gobierno, aconsejando la adquisición de ejemplares que repartidos a las Bibliotecas llevarán a todas partes sus enseñanzas" [17].

El convencimiento de la importancia de la lactancia materna como vehículo para la disminución de la mortalidad infantil hizo que Ulecia, en el Primer Consultorio de niños de pecho de Madrid que él dirigió, colocara la siguiente divisa: *"Por grandiosos que sean los adelantos de las ciencias, la lactancia artificial jamás podrá competir con la lactancia materna. La madre, pues, deberá hacer supremos esfuerzos por amamantar a su hijo"*. A pesar de su firme convicción sobre la indicación de la lactancia materna, su racionalidad llegaba a matizar que se refería a *"toda aquella madre que esté en buenas condiciones"* [18].

Para demostrar la diferencia entre la lactancia materna y la artificial relataba cómo *"la mortalidad de los niños durante el primer año es menor en aquellos países (como Noruega) donde la mayoría de las madres acostumbran a dar el pecho a sus hijos y se hace poco uso de la lactancia artificial; y por el contrario es infinitamente mayor en aquellos pueblos donde el sagrado deber de amamantar a los hijos no se cumple como es debido"*, y prueba de ello incluía en su libro un gráfico en el que se mostraba la desproporción que existía entre la mortalidad de niños criados al pecho o con biberón del Dr. Budín de París, en su Consultation des Nourrissons [18] (Gráfico 2).

En relación con las causas de la mortalidad, afirmaba el autor que de cada 1.000 niños que morían, 385 eran por la diarrea o la gastroenteritis. Siendo la diarrea la causa más importante de muerte entre los niños, se pensaba que si se lograba eliminar reducirían significativamente el número de muertes. Era obvio, a la vista de las estadísticas, que la mortalidad incidía más en los niños criados artificialmente, aunque también, pero en infinito menor grado, afectaba a quienes eran amamantados. De hecho, se pudo demostrar que desde que instauraron la consulta semanal para



Fuente: Budín [19]

Gráfico 2. Mortalidad de niños por diarrea. Dr Budin Consultation Des Nourrissons (París)

infantes en el Hospital Charité, la diarrea desapareció por completo como causa de muerte entre los niños, ya que la mayoría eran amantados y obtuvieron un éxito similar en guarderías bien supervisadas donde se utilizaba leche esterilizada.

Esta campaña la suscribió también R. Ulecia que, convertido en un notable publicista médico, publicó, repartió gratis e incluyó en revistas médicas y populares, unos folletos con los llamativos títulos "El verdadero Herodes: la diarrea en los niños" y "Un gran enemigo de los niños". En ellos explicaba a las madres que la diarrea, ese enemigo tan terrible de los niños, era producida casi siempre por una lactancia defectuosa, por las malas condiciones de la leche, por la alimentación prematura y forzada. En una palabra, por falta de higiene, que las madres españolas desconocían casi en absoluto [20] (Gráfico 3).

Afirmaba el autor que *"en solo un año, 1900, sucumbieron por diarrea en España 45.334 niños menores de 5 años, y en Madrid, en cuatro años (1900 a 1903) fallecieron de esta misma enfermedad 3.811 menores de 4 años. La diarrea es vuestro mayor enemigo: es el verdadero Herodes"*

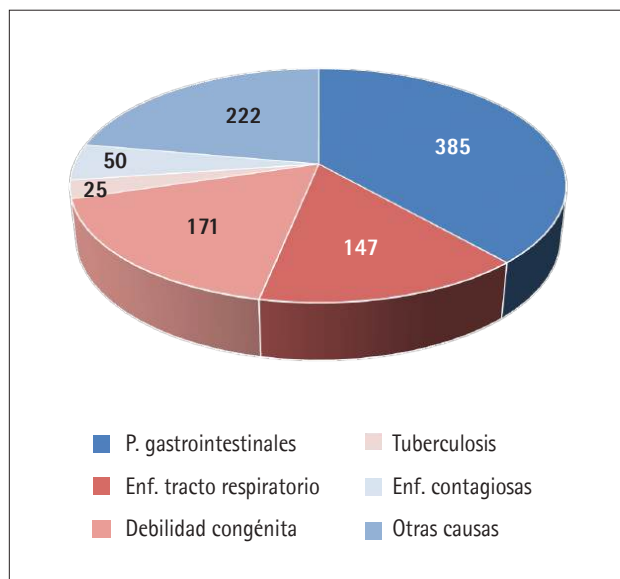


Gráfico 3. Causas de mortalidad en niños de 0 a 1 años sobre 1.000 nacidos, según MM. Balestre y Gilletta de Saint-Joseph de Nice, tomada de Budin

de los niños. Ese Herodes es un opulento agricultor que también hace su abundantísima siega en los meses de verano. En efecto, ¿sabéis cuántos niños perdió España en 1900, durante solo los meses de julio, agosto y septiembre? ¡¡¡70.088!!! ¡Leedlo bien! ¡Temblad! ¡Horrorizaos! Y procurad después poner remedio. Por fortuna, tenemos un doctor especialista, mejor dicho, una doctora, que cuenta con poderosos elementos para luchar contra ese Herodes maldito. Es una doctora muy simpática, muy agradable, sumamente económica, que os evita el gasto de medicamentos y os economiza muchas lágrimas. Ya me figuro que ansiáis conocer su nombre, y ¡ojalá que así como tenéis vehementes deseos de saberlo, tuvieseis empeños grandes en retenerlo siempre en vuestra memoria! Su bendito nombre es Higiene. Ella no cura la diarrea de vuestro hijo, sino que hará cosa mucho mejor: la evitará.” [21].

Contexto médico de la época: entre la puericultura y el desarrollo de la pediatría

Tradicionalmente, la pediatría ha sido considerada como la rama médica que se dedica al tratamiento y curación de las enfermedades de los niños, mientras que la puericultura es la ciencia que tiene por objeto la prevención de enfermedades de la infancia; esto es, se ha asimilado la pediatría a tratamiento y la puericultura a prevención. Sin embargo, actualmente sería difícil entender la especialidad de pediatría sin su componente puericultor, aunque este no sea exclusivo de la clase médica, porque la labor preventiva también en salud infantil debiera ser extensiva a toda la población que trata con niños.

La especialidad de Pediatría tiene sus ancestros en lo que se dio en llamar *medicina de niños*, cuyo máximo exponente fue Gerónimo Soriano, por su trabajo sistematizado. Este turolense publicó el libro *Método y orden de curar las enfermedades de los niños* en 1600 [22]. Hay referencias de otros trabajos de autores dedicados a las enfermedades de la infancia a lo largo de los siglos XVI y XVII, aunque estos fueron fragmentarios y, por tanto, sin la importancia que tuvo el de Soriano.

Es en el siglo XVIII (1787) cuando se empieza a introducir en España la enseñanza de la Pediatría a través de la Real Cédula en que se aprueban y mandan las Ordenanzas para el Colegio de Cirugía de San Carlos [23]. En estas, la Cátedra de Partos y su adjunta de enfermedades venéreas incluían el estudio de la patología infantil dividida en tres partes: procesos propios del recién nacido, enfermedades de la infancia desde los cuarenta días hasta el destete y patología del niño hasta los 7 años, aunque evidentemente eran pocos los conocimientos a impartir dado que *“estas lecciones se harán de cuatro a cinco de la tarde desde primero de marzo a último de julio, destinándose a ellas los cursantes de tercer año”*, como refería la Ordenanza.

Aun con todo, tanto en el caso de la Pediatría como en el de otros conocimientos médicos que se empezaron a impartir en la carrera de medicina, esta inclusión estaba trazando una de las asignaturas que más tarde se desgajaría de la cátedra que la englobaba como materia adjunta, para obtener entidad propia dando lugar al nacimiento de la Pediatría como disciplina académica y su propia cátedra. Pero este fue un largo recorrido en el tiempo, espacios que discurrieron entre inicio de su consolidación (1914-1936), pasando por la consolidación definitiva entre los años 1939-60 hasta llegar al desarrollo completo de la Pediatría y sus especialidades a partir de los años 70 hasta la actualidad [24].

En 1914 se celebró en Palma de Mallorca el Primer Congreso Español de Pediatría bajo el lema “Proteged a los niños”. La especialidad se había desgajado hacia pocos años de su vinculación secular con la Obstetricia y la Ginecología, tanto en su aspecto docente como asistencial. Con las cátedras de Enfermedades de la Infancia recién creadas, en cierto modo, este congreso significaba la puesta de largo de la Pediatría en España. El Prof. Martínez Vargas, catedrático en Barcelona, fue el presidente y el alma del congreso [25].

Un periódico de la época que recogió ampliamente la noticia transcribió: *“la única finalidad ha sido disminuir la enorme mortalidad infantil evitable que nos abochorna ante el mundo, llena de luto nuestros lugares y merma de ciudadanos a la patria”*. En él participaron, según el mismo medio, *“aparte de muchos socios nacionales (Sociedad*

Pediatría Española), varios otros extranjeros procedentes de Rusia, de Bélgica, de Francia, de Italia y de América".

Fruto del congreso se redactaron 31 conclusiones, la primera de las cuales estaba relacionada directamente con el higienismo. Esta consistía en que se imprimiera el Código de la Madre y que el Gobierno hiciera obligatorio su reparto en todas las oficinas del registro civil y en todas las parroquias, para que al inscribir o bautizar a un niño se entregara a sus deudos un ejemplar, recomendando al propio tiempo su lectura y la observancia de sus consejos [26].

Esta obra redactada por el Dr. Andrés Martínez Vargas y presentada en la primera sección de este congreso, la de Puericultura, seguía la línea de ofrecer conocimientos de puericultura a las madres para la mejor crianza de sus hijos con una serie de preceptos básicos sobre procreación, embarazo, atención al neonato, alimentación, cuna, vestimenta y dentición. Fue aprobada por aclamación con dos adiciones, la de Eugene Lust referida a la alimentación (todo hijo tiene derecho al pecho de su madre y toda madre el deber de criar a su hijo) y la de Gómez Ferrer sobre profilaxis de la ceguera mediante la instilación de solución argéntica en los ojos del neonato [27].

Con esta vehemencia dejó escrito Martínez Vargas, en el apartado de Alimentación en la susodicha "Cartilla de la Madre", esta defensa encendida de la lactancia materna: *"Se harán todos los esfuerzos posibles para que la madre amamante a su hijo. ¡La lactancia materna a todo trance! ¡Todo hijo tiene DERECHO al pecho de su madre! ¡Toda madre tiene el DEBER de lactar a su hijo!"* [28].

Medidas legislativas precursoras sobre protección a la infancia y la maternidad

El Estado tuvo que asumir la responsabilidad de su contribución para la puesta en marcha de los objetivos planteados por médicos, higienistas y reformadores sociales en general, mediante la promulgación de leyes sobre protección a la infancia y la maternidad, la creación de diversas instituciones materno-infantiles y la difusión de campañas divulgadoras, para la concienciación e instrucción de las mujeres en los mejores cuidados infantiles y de profesionales.

Sin embargo, esto fue un largo proceso, ya que la historia institucional de la sanidad española primero arranca con la Ley de Sanidad en España, promulgada el 28 de noviembre de 1855 y que durante largos años fue la única disposición legal en la materia [29].

Un paso importante respecto a la población infantil fue la Ley de protección a la infancia de 1904 [30], después se sucederán reglamentos sobre el precio y la calidad de la leche, la inspección de nodrizas, campañas a favor de la

lactancia y medidas legislativas a favor de la maternidad y el cuidado infantil, además del derecho a la asistencia al parto por una matrona, acciones que merecen un desarrollo aparte por su extensión e importancia.

Sobrepasado el primer cuarto del siglo XX y al hilo de los acontecimientos políticos acaecidos (monarquía, II República, estado franquista), este último ha de retomar el cuidado de la infancia, aun más depauperada tras la Guerra Civil. En España, los Centros de Higiene fueron creados a partir de 1932, siguiendo las recomendaciones de la primera Conferencia Internacional sobre Higiene rural [31] y tuvieron su continuidad con transformaciones y mejoras en el nuevo régimen a partir de 1936, para seguir atendiendo y protegiendo a la población infantil (y materna) porque aún quedaba mucho camino por recorrer hacia el estado de salud y bienestar actual (Imagen 1).

Conclusiones

- La lactancia materna exclusiva, durante al menos los seis primeros meses, es la mejor recomendación para la crianza de los recién nacidos, recomendación que no ha variado en el siglo XXI.
- Las mejoras higiénicas y la lactancia materna fueron las pautas más importantes para disminuir la mortalidad infantil de la primera mitad del siglo XX.
- A lo largo de la historia, las matronas han hecho de la lactancia materna una de las principales indicaciones a la madre puérpera para la crianza óptima de sus hijos y una de sus acciones directas también, la ayuda prestada a las madres para facilitar su instauración a fin de favorecer la salud del neonato y futuro niño y la recuperación de la mujer puérpera.
- Incluso antes tener una sanidad institucional en este país, las matronas han sido las proveedoras de salud cuya contribución ha estado claramente definida en favor de la infancia y la maternidad.
- Los Centros de Higiene fueron instituciones gubernamentales que beneficiaron y protegieron la salud infantil con atención médica y Educación para la Salud a las madres.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Gómez Gutiérrez JL. Higienismo y educación en España entre los siglos XIX-XX. Enrique Salcedo, aportaciones de Higiene infantil y escolar. *Hist. educ.* [internet] 2022 [citado 10 abr 2025]; 41(323-39). Disponible en: <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0212-0267/article/view/31191>
- [2] Ulecia y Cardona R. Los consultorios de niños de pecho: (gotas de leche): su origen e importancia, necesidad de su propagación en España. Conferencias dadas en el Ate-neo de Madrid los días 16, 23 y 30 de abril de 1905. Biblioteca Nacional de España [internet] 2024 [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000201238>
- [3] Budin P. Sur la mortalité de la première enfance. Rapport sur un mémoire de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph (de Nice). Biblioteca Nacional de Francia [internet] 2024. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5537645v/f9.item.r=Budin%20Consultation%20des%20nourrisons>
- [4] Strauss P. Dépopulation et Puériculture [internet]. Paris: Bibliothèque numérique Medica; 1901. Bibliothèques d'Universi; 2024. p. 304-5. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=livre&cote=73848>
- [5] Mariño Gutiérrez L, Navarro Villanueva C, Pino Valentín G. Los inicios de actividades de salud pública en España: Colección patrimonial. Instituto de Salud Carlos III [internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad y Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud; 2014. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/5424/LosIniciosdeActividades_2015.pdf;jsessionid=BF445FCF99A60B-920397134C4915EAB0?sequence=1
- [6] García Galán S. De las prácticas tradicionales a la supervisión médica en el ejercicio de la maternidad. Asturias 1900-1931. *Dynamis* [internet] 2011. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v31n1/07.pdf>. Disponible: <https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v31n1/07.pdf>
- [7] Castells Ballespi M. Educación física moral e intelectual que debe darse a la mujer par que esta contribuya en grado máximo a la perfección y la dicha máxima de la Humanidad. Tesis doctoral. (5/10/1882) [internet]. Madrid: Universidad Central de Madrid. Biblioteca Complutense; 2024. [citado 10 abr 2025]. Disponible: <https://patrimonioidigital.ucm.es/patrimonio/item/497305>
- [8] Instituto Nacional de Estadística (INE). Mortalidad infantil en España. Años 1903 a 1950. Anuario 1951. Fondo documental del Instituto Nacional de Estadística. INE [internet] [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispacher.do?td=165250>
- [9] Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de 1900. Tomo I. Resultados definitivos. Fondo documental. INE [internet] [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/inebaseweb/treeNavigation.do?tn=71824&tns=69531#69531>
- [10] Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de 1950. Tomo I. Cifras generales. INE [internet] [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/inebaseweb/treeNavigation.do?tn=92668&tns=125284#125284>
- [11] Vidal Solares F. Consejos prácticos sobre la higiene de la Primera Infancia. 7ª ed. aumentada y corregida. 1898 [internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: https://www.google.es/books/edition/_/_e1cAAAaAAJ?hl=es&sa=X&ved=2ahUKewi1m5GNrduFAxXx1AIHHdS4D-gQ7_IDegQIDhAc
- [12] Perdiguero Gil E, Rafael Ulecia y Cardona. Real Academia de la Historia (DBE) [internet] [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/4330/rafael-ulecia-y-cardona>
- [13] Ulecia y Cardona R. La Gota de leche en Madrid y la propagación de esta institución en España: informe leído al primer Congreso Internacional de la "Gota de Leche" verificado en París el 20 y 21 de octubre de 1905. Biblioteca Nacional de España [internet] [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000067581>
- [14] Boletín Oficial del Estado (BOE). Real orden disponiendo se interese el Ministerio de Gracia y Justicia se ordene a los encargados de los Registros civiles la entrega de un ejemplar de la Nueva cartilla higiénica para las madres a todos los padres que inscriban en ellos a sus hijos. Ministerio de la Gobernación. *Gaceta de Madrid* [internet] núm. 23, de 23 de enero de 1904, páginas 301 a 302 [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/023/A00301-00302.pdf>
- [15] El Álbum iberoamericano. Primer consultorio de niños de Pecho. Hemeroteca Digital nacional de España (BNE) 1904, núm. 5.
- [16] Ulecia R. Arte de criar a los niños. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Biblioteca Nacional de España [internet] 1904 [citado 10 abr 2015]. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000247383>,
- [17] Boletín Oficial del Estado (BOE). Real orden disponiendo se adquieran con destino a las Bibliotecas públicas del Estado 334 ejemplares de la obra "Arte de criar a los niños", de la que es autor D. Rafael Ulecia. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. *Gaceta de Madrid* [internet] núm. 234, de 22/ de agosto de 1911, página 519. [citado 10 abr 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1911/234/A00519-00519.pdf>
- [18] Ulecia R. Arte de criar a los niños. 5ª ed. Madrid: V. Suárez; 1928.

- [19] Budin P. Sur la mortalité de la première enfance. Rapport sur un mémoire de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph (de Nice). Biblioteca Nacional de Francia (BNF) [internet]. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5537645v/f9.item.r=Budin%20Consultation%20des%20nourrisons>
- [20] La Medicina valenciana. Los consultorios de niños de pecho. Año IV noviembre de 1904. Núm. 47. Biblioteca valenciana digital [internet]. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: https://bivaldi.gva.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1032610&posicion=1
- [21] Ulecia Cardona R. El verdadero Herodes. Rosa y Azul. Biblioteca Virtual de la Prensa Histórica [internet] 1904 [citado 10 abr 2025]; 28:419-22. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=357794
- [22] Soriano G. Methodo y orden de curar las enfermedades de los niños [internet]. Zaragoza: Hospital Real y General de N. Señora de Gracia; 1690. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=S8jdwYi7rCEC&pg=PP5&source=kp_read_button&hl=es&newbks=1&newbks_redir=0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- [23] 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 Madrid: en la Imprenta de don Pedro Marín, 1787. Fondo antiguo de la Universidad Complutense.
- [24] Zafra Anta MA, García Nieto V. Historia de la Pediatría en España. Pediatría Integral [internet] 2015 [citado 10 abr 2024]; núm. 4. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/20-anos-de-pediatria-integral-historia-de-la-pediatria-en-espana/>
- [25] Ponte Hernando F, Zafra Anta M, Fernández Menéndez JM, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Bassat Q, Fernández Teijeiro JJ, et al. Tal como éramos. En el centenario del Primer Congreso Español de Pediatría de Palma de Mallorca (1914-2014). Anales de Pediatría [internet] 2014 [citado 10 abr 2025]; 80(6). Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-tal-como-eramos-en-el-articulo-S1695403314001581>
- [26] Revista de Especialidades Médicas. I Congreso Español de Pediatría 1914. Año XVII. Núm. 3439. 1 julio 1914. Hemeroteca Digital Nacional (BNE) [internet] [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=fb11be88-4905-4152-86d6-dba4677a4562>
- [27] García Nieto VM. Libro de ponencias y comunicaciones. Sesiones científicas oficiales. En el centenario del I Congreso Español de Pediatría. Congreso Extraordinario de la Asociación Española de Pediatría. AEP [internet] 2014. [citado 10 abr 2025]. Disponible en: https://reumaped.es/images/site/pdf/Ponencias_AEP_Extraordinario_Madrid_2014_63.pdf
- [28] Martínez Vargas A. Código de la Madre. I Congreso Español de Pediatría. Palma de Mallorca, abril, 19-25, 1914. Revista de Especialidades médicas. Año XVIII. núm. 439. 1 julio 1914. Hemeroteca Nacional de España (BNE) [internet] [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=fb11be88-4905-4152-86d6-dba4677a4562>
- [29] Gaceta de Madrid. Ley sobre Sanidad. núm. 1068, de 7 de diciembre de 1855, páginas 1 a 2. [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1855 [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1855/1068/A00001-00002.pdf>
- [30] Gaceta de Madrid. Reales decretos autorizando al Ministro del Ramo para presentar a las Cortes los proyectos de Ley de protección a la infancia y reforma de la Ley Electoral de 26 de Junio de 1890. núm. 28, de 28 de enero de 1904, páginas 373 a 376. [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1904 [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/028/A00373-00376.pdf>
- [31] Gaceta de Madrid. Orden reorganizando los Centros secundarios de Higiene rural. núm. 44, de 13 de febrero de 1936, páginas 1334 a 1336 [internet]. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1936 [citado 10 abr 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1936/044/B01334-01336.pdf>

¹ Leticia Lledó Gómez
² Patricia Vázquez Gay
³ Elena Fernández García

Vaginosis bacteriana relacionada con parto prematuro. Papel de la matrona en su identificación temprana

¹ Enfermera especialista en Enf. Obstétrico-ginecológica (Matrona). Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante, Valencia (España)

³ Enfermera Especialista en Enf. Obstétrico-Ginecológica (Matrona). CS Vicente Solvedilla. Madrid (España)

² Diplomada en Podología. Enfermera Especialista en Enf. Obstétrico-Ginecológica (Matrona), actualmente estudiando grado de Medicina

E-mail: letilledo@gmail.com

Fecha de recepción: 12 de febrero de 2025.

Fecha de aceptación: 31 de marzo de 2025.

Cómo citar este artículo:

Lledó Gómez L, Vázquez Gay P, Fernández García E. Vaginosis bacteriana relacionada con parto prematuro. Papel de la matrona en su identificación temprana. *Matronas Hoy* 2025; 13(1):39-48.

Resumen

Introducción: la vaginosis bacteriana (VB) es una alteración del equilibrio de la flora vaginal caracterizada por una disminución de los lactobacilos y un aumento de otras bacterias, lo que puede llevar a diversas complicaciones en la salud reproductiva de las mujeres, un fenómeno que representa un desafío significativo para la salud materno-infantil. La identificación temprana de esta infección es crucial, ya que puede influir en el manejo del embarazo y en la prevención de complicaciones.

Objetivos: describir las evidencias científicas actualizadas que relacionan la VB con el parto pretérmino.

Investigar sobre la prevalencia y la incidencia en el parto pretérmino.

Destacar el papel activo de la matrona en la identificación y el manejo de la infección en el ámbito de la Atención Primaria.

Metodología: revisión sistemática tradicional de la literatura disponible para analizar las recomendaciones científicas más recientes en la relación con VB y parto prematuro.

Discusión: la VB es considerada una afección de alta prevalencia, a pesar de que es una afección muy común en mujeres de edad reproductiva y aunque no es una patología que cause alarma, en el embarazo puede ocasionar resultados adversos, entre otros, parto prematuro.

Conclusión: las mujeres embarazadas sintomáticas se deben tratar con la medicación correcta, ya que previene complicaciones futuras.

La evidencia científica respalda la necesidad de una vigilancia adecuada y un enfoque proactivo en la identificación de esta infección.

En este contexto, la matrona juega un papel esencial en la atención prenatal, actuando como un primer punto de contacto para las mujeres embarazadas.

Palabras clave: vaginosis bacteriana; infección vaginal; matrona; parto pretérmino; diagnóstico precoz.

Abstract

Bacterial vaginosis associated with preterm birth. The role of the midwife in its early detection

Introduction: bacterial vaginosis (BV) is an alteration on the balance of the vaginal flora, characterized by a reduction in Lactobacilli and an increase of other bacteria, which can lead to different complications in female reproductive health; this problem represents a significant challenge for maternal and child health. An early detection of this infection is essential, because it may have an impact on pregnancy management and the prevention of complications.

Objectives: to describe the updated scientific evidence which associates BV with preterm birth.

To research about its prevalence and incidence in preterm birth.

To highlight the active role by midwives in the detection and management of this infection in the Primary Care setting.

Methodology: a traditional systematic review of the literature available in order to analyse the most recent scientific recommendations regarding the association between BV and preterm birth.

Discussion: BV is considered a condition with high prevalence. Even though it is very common in women of childbearing age, and although it is not an alarming condition, it can cause adverse outcomes in pregnancy, including preterm birth.

Conclusion: symptomatic pregnant women must be treated with the adequate medication, because it will prevent any future complications.

Scientific evidence supports the need for adequate monitoring and a proactive approach for the detection of this infection.

In this context, the midwife plays an essential role in prenatal care, acting like the first point of contact for pregnant women.

Key words: bacterial vaginosis; vaginal infection; midwife; preterm birth; early diagnosis.

Introducción

La flora vaginal está constituida por muchos microorganismos que juegan un rol importante para mantener un ambiente adecuado de defensa contra ciertas infecciones durante el embarazo. Cuando se altera, puede dar origen a vaginosis bacteriana (VB), caracterizada por la presencia de múltiples bacterias en mayor número de lo habitual [1].

La VB se asocia con un mayor riesgo de secuelas ginecológicas y obstétricas. La vaginosis aumenta el riesgo de amnionitis, parto pretérmino, rotura prematura de membranas o infecciones posaborto, así como también de aborto espontáneo, un mayor riesgo de contraer y transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) bacterianas o virales [1-3].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que sucede antes de las 37 semanas de gestación, con sus variantes:

- Prematuro extremo (menos de 28 semanas).
- Muy prematuro (de 28 a 32 semanas).
- rematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas).

Las causas de los partos prematuros suelen ser multifactoriales, pero la más frecuente es la infecciosa. La mayoría de ellos ocurren espontáneamente; no obstante, algunos se deben a razones médicas, como infecciones u otras complicaciones del embarazo.

La prematuridad se convierte en un importante problema de salud pública debido a su influencia en la morbilidad perinatal e infantil. De acuerdo con la OMS, en 2020 nacieron 13,4 millones de niños en el mundo prematuros, lo que equivale a más de 1 de cada 10 nacimientos y se traduce en un problema de salud, ya que la prematuridad puede llevar a discapacidad o enfermedades [3].

Las complicaciones derivadas de la prematuridad son la primera causa de muerte neonatal y la segunda entre niños menores de 5 años. Los esfuerzos mundiales por reducir aún más la mortalidad infantil deben incluir medidas urgentes destinadas a reducir los nacimientos prematuros. La mortalidad y morbilidad de lactantes debidas a la prematuridad se pueden disminuir mediante intervenciones dirigidas a la madre antes o durante el embarazo y al recién nacido prematuro tras el nacimiento. Las intervenciones pueden ir destinadas a todas las mujeres a efectos de reforzar la prevención primaria y reducir el riesgo de parto prematuro. Sin embargo, las intervenciones maternas más benéficas son aquellas que pueden aumentar las posibilidades de supervivencia y mejorar los resultados sanitarios de los lactantes prematuros cuando el parto prematuro es inevitable [4].

La OMS destaca que en el año 2023 una de las causas del aumento de la prematuridad se debió a los bajos costes en Atención Primaria, lo que dificultó el diagnóstico y tratamiento en momentos tempranos de la infección [3].

Prematuridad en España

En España, la tasa de nacimientos antes de la semana 37 en 2023 fue del 6,64%, lo que en números absolutos fueron 21.322 nacidos vivos; de estos, 800 (0,24%) fueron prematuros extremos (menos de 28 semanas); muy prematuros (de 28 a 32 semanas), 1.604 (0,50%); y prematuros entre moderados y tardíos (de 32 a 37 semanas), 17.475 (5,44%) [5].

Objetivos

Objetivo general

Explorar las evidencias científicas más actuales que relacionan la VB con el parto pretérmino.

Objetivos específicos

- Rastrear la prevalencia de la VB y su incidencia en el parto pretérmino.
- Destacar el papel de la matrona en la consulta de Atención Primaria para identificar la infección y prevenir resultados adversos maternos y perinatales.

Metodología

Se realiza una revisión sistemática tradicional de la literatura disponible para analizar las recomendaciones científicas más recientes en la relación de VB con el parto prematuro. Para ello se ha usado descriptores y operadores booleanos introducidos en las diferentes bases de datos para obtener los artículos necesarios. Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos secundarias: PubMed, The Lancet, Google Scholar, Cochrane Plus. Se llevó a cabo con descriptores DECS "vaginosis", "parto prematuro", "papel matrona". Adicionalmente se llevó a cabo una búsqueda manual para ampliar la información.

Microbiota vaginal como protector antiinfeccioso

El principal objetivo que tiene la microbiota vaginal es proteger a la vagina contra infecciones, pero su disbiosis genera VB. Este síndrome clínico se debe al excesivo crecimiento de bacterias que normalmente pudiesen estar en la vagina en menor número que el habitual. Numerosos estudios han mostrado la relación entre *Gardnerella vaginalis* con otras bacterias como causantes de VB, como son *Lactobacillus* (principalmente *Lactobacillus gasseri*), *Prevo-*

tella y anaerobios que incluyen *Mobiluncus*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Veillonella* y *Eubacterium*. *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus viridans* y *Atopobium vaginae* también han sido asociados con VB [6]. De esta forma, si la flora vaginal se ve alterada por una infección bacteriana, puede predisponer a una colonización ascendente del tracto genital, infiltración de las membranas fetales e invasión de la cavidad amniótica [1].

La VB es la causa más común de flujo vaginal en mujeres en edad fértil, aunque puede darse fuera de este periodo. Se trata de un trastorno polimicrobiano del microbioma vaginal. La afección se caracteriza por bajas concentraciones o ausencia de lactobacilos y una abundante flora anaerobia. La VB no es una enfermedad de transmisión sexual, pero se ha relacionado con varios resultados desfavorables, incluidos resultados adversos del embarazo y un mayor riesgo de contraer ITS, como el VIH, la enfermedad inflamatoria pélvica y la infertilidad por factor tubárico [7].

La vaginosis se entiende actualmente como una variante de la microbiota vaginal.

En el nivel del ecosistema vaginal, el aumento de los estrógenos supone un incremento en la producción de glucosa por el epitelio, lo que constituye el sustrato para que los bacilos de Döderlein, denominados por eso lactobacilos, generen ácido láctico y reduzcan el pH [2].

Factores de riesgo y protectores de BV

Existen múltiples factores de riesgo descritos, por ejemplo, la raza negra; sin embargo, no está claro si se debe a ecosistemas vaginales diferentes o a factores culturales distintos; el tabaquismo, el consumo de alcohol, un nivel socioeconómico y/o de instrucción bajos.

En cuanto a conductas sexuales, el sexo oral receptivo, aumento de la frecuencia de coitos, cambio reciente de pareja y sexo no protegido están asociados a una mayor frecuencia de VB. Existen algunas subpoblaciones que llaman aún más la atención; así, por ejemplo, se encuentra una alta prevalencia de VB en mujeres lesbianas [8, 9]. Al respecto, en un trabajo reciente, Evans et al. [10] encontraron 2,5 veces más esta infección en lesbianas que en mujeres heterosexuales. La concordancia de la flora entre las parejas plantea la hipótesis de un factor transmitido sexualmente o factores de riesgo comunes, como el tabaquismo.

Recientemente, algunos factores nutricionales han sido implicados; la ingesta de grasas se asocia con mayor probabilidad de VB; en contraste, la ingesta de folatos, calcio y vitamina A la disminuye, lo que es especialmente cierto para las formas graves de la enfermedad [11].

La VB se asocia también con las duchas vaginales, la seropositividad al virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) [9], con la concurrencia o presentación previa de infecciones bacterianas o virales [2] y el uso de antibióticos, de espumas espermicidas que contengan nonoxinol-9, etc. [12, 13].

Se ha informado que la prevalencia de VB aumenta en mujeres con DIU de cobre y durante la menstruación. Las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales rara vez se ven afectadas [9].

Por el contrario, existen algunos factores protectores, tal como el uso de condón, que ofrece una reducción de 65% en la probabilidad de desarrollar VB, independiente de si es seropositivo a VIH [14]. La anticoncepción hormonal reduce el riesgo de VB, especialmente las formas de depósito [15, 9]. Esta relación con los niveles hormonales no parece ser fortuita, ya que han encontrado una relación entre la historia natural de la VB y los niveles de estrógenos; así, cuanto más altos los niveles, menos probabilidad de la enfermedad [16].

No se ha reportado que la deficiencia de vitamina D sea un factor de riesgo para la VB [9].

La circuncisión masculina reduce el riesgo de VB en mujeres. La causa de la alteración microbiana que desencadena la VB no se comprende completamente, y se desconoce si la VB se debe a la adquisición de un solo patógeno de transmisión sexual.

Etiología y clínica de la VB

Los organismos responsables de VB dependen del pH vaginal. Con un pH de más de 4,5, *Gardnerella vaginalis* y bacterias anaerobias se convierten en los microorganismos principales de la vagina. La etiología es de naturaleza polimicrobiana; sin embargo, está asociada a las bacterias y sus especies distintas [1].

Es evidente que hay una asociación entre la VB y tener nuevas o múltiples parejas sexuales masculinas, parejas sexuales femeninas y la falta de uso del preservativo, lo que indica que la transmisión sexual es posible, pero la afección no se considera una ITS [16].

La VB es una afección común, y su clínica puede ser asintomática en un grupo mayoritario de pacientes, como se confirma en el gran estudio realizado sobre 21 millones de mujeres, en el que el 84% de las mujeres con VB no reportó síntomas [17].

Sus manifestaciones clínicas habituales suelen ser flujo vaginal anormal, con olor desagradable tipo pescado, especialmente después de las relaciones sexuales. El flujo es de color blanco o grisáceo y puede acompañarse de leve prurito alrededor de la vagina o ardor tras miccionar [1, 2, 8, 17].

En el contexto del embarazo, bacterias como *Lactobacillus lactis* tienen un efecto de limpieza intravaginal en embarazos normales, minimizando la presencia de especies bacterianas comunes. El microbioma vaginal se vuelve más estable y menos diverso a medida que progresa el embarazo, lo que le confiere un papel protector contra la infección ascendente del tracto genital. No obstante, existen microorganismos intravaginales distintos de las especies de *Lactobacillus* en algunos embarazos que causan corioamnionitis. Esto se debe a que la flora normal (bacterias comensales) que coloniza la vagina durante el embarazo no causa afecciones inflamatorias o vaginitis, como ocurre con la infección por bacterias patógenas. Este desequilibrio en las bacterias vaginales es lo que produce la VB, que incluye en su contexto corioamnionitis, principal causa de parto prematuro.

Cuando la VB causa vaginitis o cervicitis y luego progresa a inflamación de todas las membranas fetales, puede a su vez causar ruptura prematura de membranas y parto prematuro [18].

Prevalencia y resultados adversos por VB

La VB es el trastorno vaginal más común en todo el mundo en mujeres en edad fértil [19].

En el estudio más grande de la epidemiología de la VB hecho hasta la fecha, llevado a cabo por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en un estudio americano de ámbito nacional, como se mencionó con anterioridad, de 21 millones de mujeres evaluadas se obtuvo 29,2% de prevalencia (IC del 95%: 27,2%-31,3%) y solo 15,7% tuvo síntomas [17].

Recientemente, la OMS ha afirmado que la prevalencia varía en función del país y el grupo de población, pero, de acuerdo con una reciente revisión sistemática y un metaanálisis de la prevalencia mundial de la VB en mujeres en edad de procrear, indicaba en su informe una prevalencia de entre el 23% y el 29%. La VB presente en todo el mundo es más frecuente en entornos con pocos recursos y en zonas con escaso acceso a la atención de salud [20].

Aun es más difícil precisar la prevalencia entre mujeres embarazadas.

Cabe resaltar que se han tomado en cuenta datos de tres grandes revisiones sistemáticas. La primera con el objetivo de describir la epidemiología global de la VB mediante la revisión de la evidencia disponible sobre la prevalencia de la VB en diferentes poblaciones del mundo (1984-2005). Esta fue realizada sobre estudios transversales (heterogéneos) que arrojaron estimaciones de prevalencia de VB por grupo étnico, país y año de estudio desde el 60,8 al 4%, apoyando un grado significativo según la etnicidad/raza. Por eso, los autores concluían

que, si bien la prevalencia de VB es, en general, más alta en partes de África y más baja en gran parte de Asia y Europa, algunas poblaciones de África tienen prevalencias de VB muy bajas y algunas en Asia y Europa tienen tasas altas [21].

El segundo estudio consultado fue el llevado a cabo fundamentalmente por matronas que recopilaban datos de las participantes mediante un cuestionario estructurado, previamente probado, que incluía características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y ginecológicos, hábitos de higiene, hábitos sexuales, antecedentes de uso de antibióticos, antecedentes de afecciones médicas previas y estado actual de las mismas. Al ingresar al estudio, las matronas realizaron un examen clínico a cada participante y registraron signos y síntomas de anomalías vaginales, como flujo vaginal, picazón y ardor vaginal. También se evaluaron los antecedentes de las participantes en relación con diferentes afecciones médicas, como enfermedades de transmisión sexual, infecciones del tracto urinario, hipertensión y diabetes mellitus. Finalmente, matronas capacitadas hicieron una toma vaginal para tinción de Gram y se clasificaron según el método de clasificación morfológica cuantitativa estandarizada de Nugent. Afirman en este trabajo que un tercio de las mujeres en el mundo son VB positivas, y se informa que esta prevalencia es mayor entre las mujeres embarazadas de países en desarrollo (América Latina, Asia y la mayoría de los países africanos), en línea con el estudio anterior. Sin embargo, la prevalencia más alta de VB se informó en mujeres de ascendencia africana. La prevalencia de VB según el sistema de puntuación de Nugent en este estudio fue del 22,3% (IC del 95%: 17,4% a 27,9%) [22].

Recientemente ha sido publicado el estudio de Sethi et al. [23], cuyos resultados mostraron que la prevalencia de VB entre mujeres blancas y negras fue de 28,1% (IC del 95%: 24,6%-32,0%) y 32,5% (IC del 95%: 28,2%-37,2%), respectivamente. La segunda prevalencia más alta de VB (26,3%) se informó entre mujeres de la República Democrática del Congo, junto con el número más alto de casos asintomáticos de VB (47,1%) diagnosticados durante el embarazo, mientras que la prevalencia más baja de VB (10,1%) registrada en esta revisión fue en Malasia.

Este mismo grupo de trabajo ha estudiado los resultados adversos en el embarazo: el 58,3% de los estudios consultados por ellos informaron resultados adversos durante el embarazo directamente asociados con la VB. Con base en la revisión de los estudios incluidos, se encontró que la rotura prematura de membranas (n= 4), el parto pretérmino (n = 4) y el bajo peso al nacer (n= 4) fueron los resultados adversos notificados con mayor frecuencia en mujeres embarazadas con VB (Gráfico 1).

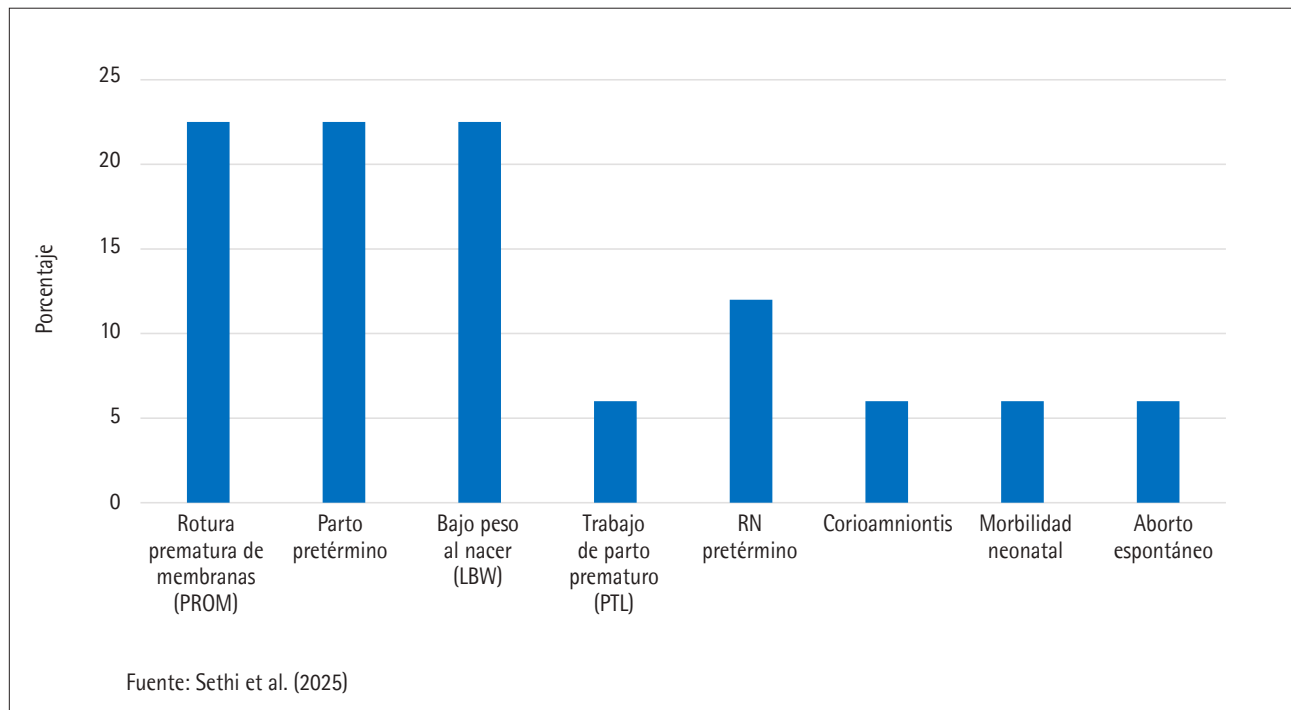


Gráfico 1. Resultados adversos notificados en mujeres embarazadas con VB

Prevención

Como educadoras para la salud, las matronas son el primer paso de acceso a la atención prenatal y, en general, a la atención sexual y reproductiva, de ahí que tengan un papel importante en la prevención, en este caso de la VB con indicaciones a las mujeres:

- Evitar todos los factores de riesgo, así como tener en cuenta los factores protectores mencionados.
- Seguimiento de medidas básicas de prevención para reducir la incidencia de las infecciones vaginales:
 - Se debe llevar a cabo la limpieza tras hacer las necesidades fisiológicas desde la región perineal hacia la zona anal.
 - Realizar las limpiezas tras la defecación o micción con papel higiénico blanco inodoro.
 - Evitar utilizar guantes o esponja en la zona genital dado que son fuentes de acumulación de bacterias.
 - Limitar la utilización de desodorantes íntimos, perfumes o talco porque pueden alterar el pH vaginal y causar irritaciones de la zona, creando posibles alteraciones.
 - En las etapas menstruales se recomienda realizar un cambio de los tampones y compresas cada seis o cuatro horas.
 - Utilizar ropa interior de algodón, las compuestas por telas sintéticas favorecen la humedad y el aumento de la temperatura, derivando en un ambiente favorable para la proliferación de microorganismos.
 - No usar ropa interior ajustada para obtener una correcta transpiración y evitar rozaduras.
 - Evitar las duchas vaginales y antisépticos locales dado que alteran la microbiota.
 - Si se realizan lavados en la zona íntima, se recomienda que sean específicos para que no alteren el pH.
 - Mantener la zona genital seca evitando la humedad.
 - Se debe llevar a cabo una higiene antes y después de mantener relaciones sexuales, puesto que el esperma tiene un pH alcalino.
 - Si la paciente padece de incontinencia fecal o urinaria, se debe evitar el contacto de la orina y heces con la zona vulvar, por ello se indica que realicen lavados con mayor frecuencia.
 - La utilización de métodos anticonceptivos de barrera (preservativos) femeninos y masculinos previenen las ITS debido a la ausencia de contacto entre los fluidos [24].
 - En caso de sospecha de vaginitis o de haberla tenido, se ha de usar preservativo para evitar infectar a la pareja.
 - Si se sospecha de infección, acudir a un especialista.

Diagnóstico

La VB se puede diagnosticar mediante criterios clínicos, criterios de diagnóstico de Amsel o determinando la puntuación de Nugent a partir de una tinción de Gram vaginal, además de otros métodos. La tinción de Gram vaginal está considerada el método de laboratorio estándar de referencia para diagnosticar la VB.

Los criterios de Amsel engloban las cuatro características o principios clínicos para poder establecer el diagnóstico de la VB. Al menos tres de los cuatro criterios deben estar presentes en la paciente simultáneamente, de lo contrario, la sintomatología puede deberse a patologías similares no bacterianas.

Los criterios diagnósticos de Amsel para la VB son [25]:

- Flujo vaginal homogéneo (el color y la cantidad pueden variar), leucorrea de color blanco-grisáceo.
- Olor a aminas (pescado) antes y después de agregar solución de hidróxido de potasio a las secreciones vaginales, comúnmente llamada *prueba de olor*.
- Presencia de células guía, clave o en clavija (*clue cells*), que son células epiteliales cubiertas por cocobacilos en la microscopia (criterio altamente significativo).
- pH vaginal mayor de 4,5.

La VB presenta también una alta tendencia a la recidiva. Se ha observado que hasta un 50% de las mujeres diagnosticadas manifiestan una segunda infección durante el primer año. No se han podido establecer los factores de

riesgo para estas recidivas, no habiéndose observado relación con el estilo de higiene íntima, los hábitos sexuales, el tipo de anticonceptivo, la frecuencia del sangrado o los lavados vaginales. Tan solo se ha demostrado relación con el número de compañeros sexuales durante un periodo determinado. Ante la recidiva, se recomienda repetir el tratamiento [2].

La matrona tiene un papel importante para diagnosticar desde Atención Primaria alguna alteración del pH vaginal que pueda desarrollar un desequilibrio de este y, como tal, alterar la microbiota vaginal y desarrollar una infección.

Actualmente existe una evidencia sustancial que asocia la VB durante el embarazo con un pronóstico perinatal desfavorable, en particular con un mayor riesgo de parto prematuro, como ya se ha mencionado [6].

Dada la evidencia actual, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) ha concluido, con certeza moderada, que la detección de VB en mujeres embarazadas asintomáticas y sin mayor riesgo de parto prematuro no ofrece ningún beneficio general. Se desconoce si la detección de VB en mujeres embarazadas con mayor riesgo de parto prematuro presenta beneficios o perjuicios generales. Un mayor riesgo de parto prematuro incluye haber tenido un parto prematuro en el pasado, un cuello uterino incompetente, infecciones genitourinarias o un embarazo múltiple, edad materna joven o avanzada, índice de masa corporal materna bajo (<20), raza/etnia afroamericana, etc. [25] (Cuadro 1).

Cuadro 1. Resumen clínico de detección VB en mujeres embarazadas para prevenir el parto prematuro

¿Qué recomienda el USPSTF?	Para personas embarazadas que no tienen mayor riesgo de parto prematuro: No se debe realizar la prueba de detección de VB en personas embarazadas que no presenten signos o síntomas de vaginosis bacteriana	Grado de recomendación D
	Para personas embarazadas con mayor riesgo de parto prematuro: La evidencia es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de la detección de VB en personas embarazadas que no presentan signos ni síntomas de vaginosis bacteriana	Declaración I
¿A quién se aplica la recomendación?	Personas embarazadas sin signos ni síntomas de VB	
¿Qué novedades hay?	Esta recomendación coincide con la recomendación del USPSTF de 2008	

Cuadro 1. Resumen clínico de detección VB en mujeres embarazadas para prevenir el parto prematuro (continuación)

¿Cómo implementar esta recomendación?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el riesgo de parto prematuro. Existen múltiples factores que aumentan el riesgo de parto prematuro; uno de los más importantes es haber tenido un parto prematuro previo 2. Decidir si se realiza o no la prueba de detección de VB: <ol style="list-style-type: none"> a. No llevar a cabo la prueba de detección en mujeres embarazadas que no presenten un mayor riesgo de parto prematuro b. La evidencia es insuficiente para recomendar o no la prueba de detección en mujeres embarazadas con mayor riesgo de parto prematuro 	
¿Cuáles son otras recomendaciones relevantes del USPSTF?	El USPSTF también ha emitido recomendaciones sobre la detección de muchas otras afecciones en personas embarazadas, incluidas bacteriuria asintomática, sífilis, hepatitis B y VIH	

Tratamiento

La historia natural de la infección es tal que puede resolverse espontáneamente sin tratamiento, aunque la mayoría de las mujeres a las que se les identifica la infección al comienzo del embarazo probablemente tengan una infección persistente más adelante en el embarazo [6].

La VB es tratable y curable. El mejor tratamiento es el antibiótico metronidazol, si bien la eficacia de los tratamientos contra la VB es baja si no se combinan con consejos sobre el modo de vida o la reducción de riesgos (Cuadro 2). Asimismo, se deberían ofrecer a la paciente instrucciones adicionales para evitar la higiene y los lavados (duchas)

vaginales excesivos y la realización de prácticas intravaginales [20].

Advertencias: la crema de clindamicina es a base de aceite y podría debilitar los condones de látex y los diafragmas durante cinco días después de su uso (consultar la etiqueta del producto de clindamicina para obtener más información).

Se debe aconsejar a las mujeres que se abstengan de tener relaciones sexuales o que usen condones de forma constante y correcta durante el tratamiento de la VB.

Las duchas vaginales podrían aumentar el riesgo de recaída, y no hay datos que respalden su uso para el tratamiento o el alivio de los síntomas [9].

Cuadro 2. Resumen de las recomendaciones sobre el tratamiento de la VB de la OMS-2024 [18]

Recomendaciones	Fuerza de la recomendación y certeza de la evidencia
Vaginosis bacteriana (infección vaginal)	
<p>Recomendación</p> <p>Para adultos y adolescentes (incluidas las mujeres embarazadas) con VB La OMS sugiere metronidazol 400 mg o 500 mg por vía oral dos veces al día durante siete días</p> <p>Si no se dispone de metronidazol oral, la adherencia a múltiples dosis es una preocupación importante, o si se prefieren las cremas vaginales, la OMS sugiere una de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol al 0,75% en gel intravaginal durante siete días • Tinidazol 2 g por vía oral en dosis única (excepto durante el embarazo) • Clindamicina 300 mg dos veces al día durante siete días • Clindamicina al 2% en gel (5 g) intravaginal una vez al día durante 7 días • Secnidazol 2 g por vía oral en dosis única 	<p>Recomendación condicional</p> <p>Certeza moderada en la evidencia de los efectos del metronidazol, certeza baja en la evidencia de los efectos de la clindamicina y el secnidazol, certeza muy baja en la evidencia de los efectos del tinidazol (nuevo 2023)</p>

Probióticos y lactoferrina como tratamiento adyuvante de la VB

Los probióticos se pueden definir como "microorganismos vivos que, cuando se administran en cantidades adecuadas, confieren efectos beneficiosos para la salud". La administración de *Lactobacillus* se utiliza como adyuvante en estrategias de prevención de recurrencia de infecciones vaginales [26, 27].

Los lactobacilos favorecen el mantenimiento del ecosistema ácido de la vagina mediante la producción de ácido láctico, de modo que crean un pH vaginal inferior a 7 para ayudar a evitar el crecimiento de microorganismos que pueden ser potencialmente patógenos. Se recomienda el uso de probióticos junto con el tratamiento antibiótico. Se ha de tener presente que un probiótico no elimina la infección, solo ayuda al mantenimiento de un pH menor de 7. Según varios estudios, añadir *Lactobacillus* vía tópica u oral es mejor en cuanto a la recurrencia de los episodios de vaginosis [26]. Por contra, diferentes estudios han evaluado la eficacia clínica y microbiológica de *Lactobacillus* intravaginal y otras formulaciones probióticas para tratar la VB y restaurar la microbiota vaginal normal y, en general, ningún estudio respalda estos productos como terapia complementaria o de reemplazo para mujeres con VB [9].

La administración intravaginal de lactobacilos y lactoferrina podría ser una novedosa estrategia terapéutica eficiente y una valiosa herramienta para restaurar la homeostasis inmunitaria de la mucosa [28, 29].

Discusión

- La VB es considerada una afección de alta prevalencia, muy común en mujeres de edad reproductiva y, aunque no es una patología que cause alarma, en el embarazo puede ocasionar resultados adversos como, entre otros, parto prematuro.
- Las mujeres embarazadas sintomáticas se deben tratar con la medicación correcta, ya que previene complicaciones futuras.
- Como educadoras para la salud, las matronas son el primer paso de acceso a la atención prenatal y, en general, a la atención sexual y reproductiva, de ahí que tengan un papel importante en la prevención y, en muchas ocasiones, en el diagnóstico o, al menos, la presunción de la infección.
- La relación de la mujer con la matrona, sobre todo en el embarazo, es una relación profunda y continuada, que convierte a la/el profesional en un referente para su salud sexual y reproductiva de inmediato, y de ahí se prolonga a lo largo de toda su vida y se establece una más fácil comunicación entre usuaria/matrona.

- Durante las visitas prenatales las matronas indagan en los problemas de salud a través de las entrevistas clínicas, con atención a sus antecedentes obstétricos y factores de riesgo, a los que debieran añadir los de VB, así como la detección de muchas otras afecciones en el embarazo, incluidas bacteriuria asintomática, sífilis, hepatitis B y VIH.
- Tratar las infecciones urinarias y vaginales y realizar intervenciones específicas en el grupo de mujeres embarazadas con VB podría disminuir el parto prematuro.
- Las matronas deben reconocer los signos y síntomas de la VB.
- El pH vaginal es una herramienta útil para la detección de la VB, las matronas podrían desempeñar un papel importante en la medición del pH, especialmente en mujeres embarazadas con alto riesgo, por ejemplo, aquellas con antecedentes de parto prematuro [30].
- En España, si la entrada de la usuaria en la Atención Primaria por síntomas vulvovaginales no ha sido directa vía matrona, el médico de Atención Primaria deriva frecuentemente a las pacientes a la matrona con el fin de que pueda realizar técnicas para identificar cambios en la zona vaginal. Dado que actualmente las matronas no tienen la posibilidad de prescripción autónoma, los médicos se encargarán de prescribir el tratamiento, igual que si se necesitan, ante un dudoso diagnóstico con criterios clínicos aportado por la matrona, confirmarlo mediante técnicas de laboratorio.
- Podría ser positivo que la matrona realizara intervenciones grupales con mujeres en Atención Primaria como sesiones educativas en las que las participantes identificaran los cambios fisiológicos que se producen en el flujo vaginal a lo largo del ciclo y de la vida; los signos y síntomas más frecuentes de infección; adquisición de los conocimientos y las destrezas necesarias para realizar una correcta higiene de los genitales, así como la identificación de los factores que pueden alterar el flujo vaginal normal [24].

Conclusión

- En conclusión, la VB es una condición prevalente que puede tener repercusiones significativas en el embarazo, especialmente en relación con el parto pretérmino.
- La evidencia científica respalda la necesidad de una vigilancia adecuada y un enfoque proactivo en la identificación de esta infección en el embarazo, fundamentalmente en las poblaciones de alto riesgo.
- Fomentar la formación y la sensibilización de las matronas en este campo no solo contribuirá a una mejor aten-

ción de la salud materna, sino que también puede ser un paso importante hacia la reducción de la incidencia de partos pretérmino asociados a esta infección.

- En definitiva, la colaboración entre profesionales de la salud y la educación continua son claves para abordar de manera efectiva la VB y sus implicaciones en el embarazo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Pradenas M. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25(6):925-35. doi: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70640-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70640-6)
- [2] Cancelo Hidalgo MJ, Beltrán Vaquero D, Calaf Alsina J, Campillo Arias-Camisón F, Cano Sánchez A, Guerra Guirao JA, et al. Protocolo Sociedad Española y Obstétrica de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Protocolo actualizado 2012. *Prog Obstet Ginecol*. 2013; 56(5):278-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pog.2012.09.006>
- [3] Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos prematuros [internet]. OMS; 2023 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- [4] Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro: resumen de orientación [internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204623/WHO_RHR_15.22_spa.pdf?sequence=1
- [5] Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Nacimientos por edad de la madre y semanas de gestación. Resultados Nacionales y por comunidades autónomas [internet]. INE; 2023 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31958&L=0>
- [6] Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;CD000262. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000262.pub4>
- [7] World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections [internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?sequence=1>
- [8] García PJ. Vaginosis bacteriana. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007; 53:167-71.
- [9] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 [internet]. Atlanta: CDC; 2021 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://www.in.gov/health/files/CDC-Sexually-Transmitted-Infections-Treatment-Guidelines-2021.pdf>
- [10] Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ, Wilson JD. Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. *Sex Transm Infect*. 2007; 83(6):470-5. doi: <https://doi.org/10.1136/sti.2006.022277>
- [11] Neggers YH, Nansel TR, Andrews WW, Schwebke JR, Yu KF, Goldenberg RL, et al. Dietary intake of selected nutrients affects bacterial vaginosis in women. *J Nutr*. 2007; 137(9):2128-33. doi: <https://doi.org/10.1093/jn/137.9.2128>
- [12] Angeles-López M, García-Cano Ramos E, Aquino Santiago C. Hydrogen peroxide production and resistance to nonoxinol-9 in *Lactobacillus* spp. isolated from the vagina of reproductive-age women. *Rev Latinoam Microbiol*. 2001; 43(4):171-6.
- [13] Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford GW. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003936. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003936>
- [14] Hutchinson KB, Kip KE, Ness RB. Condom use and its association with bacterial vaginosis and bacterial vaginosis-associated vaginal microflora. *Epidemiology*. 2007; 18(6):702-8. doi: <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181567eaa>
- [15] Riggs M, Klebanoff M, Nansel T, Zhang J, Schwebke J, Andrews W. Longitudinal association between hormonal contraceptives and bacterial vaginosis in women of reproductive age. *Sex Transm Dis*. 2007; 34(12):954-9. doi: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31811ed0e4>
- [16] World Health Organization (WHO). Recommendations for the treatment of *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Candida albicans*, bacterial vaginosis and human papillomavirus (anogenital warts) [internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378215/9789240096370-eng.pdf?sequence=1>
- [17] Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, McQuillan G, Kendrick J, Sutton M, et al. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. *Sex Transm Dis*. 2007; 34(11):864-9. doi: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e318074e565>

- [18] Shimaoka M, Yo Y, Doh K, Kotani Y, Suzuki A, Tsuji I, et al. Association between preterm delivery and bacterial vaginosis with or without treatment. *Sci Rep.* 2019; 9(1):509. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36964-2>
- [19] Abou Chacra L, Fenollar F, Diop K. Bacterial Vaginosis: What Do We Currently Know? *Front Cell Infect Microbiol.* 2022; 11:672429. doi: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.672429>
- [20] Organización Mundial de la Salud (OMS). Vaginosis bacteriana [internet]. OMS; 2024 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/bacterial-vaginosis#:~:text=Panorama%20general,nueva%20pareja%20sexual%20o%20varias>
- [21] Kenyon C, Colebunders R, Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 209(6):505-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.05.006>
- [22] Regassa BT, Kumsa C, Wondimu F, Yilma S, Barba Moreda A, Ol'aanaa Shuulee A, et al. Prevalence of bacterial vaginosis and its associated factors among pregnant women attending antenatal care clinics at public hospitals in West Shoa Zone, Oromia, Ethiopia. *Sci Rep.* 2024; 21474(2024). doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-72644-0>
- [23] Sethi N, Narayanan V, Saaid R, Syafinaz Ahmad Adlan A, Tein Ngoi S, Shuan Ju The C, et al. Prevalence, risk factors, and adverse outcomes of bacterial vaginosis among pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025; 40. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07144-8>
- [24] Toledo Pérez MP. Eficacia de una intervención educativa con mujeres en atención primaria [Tesis de Grado]. La Palma: Universidad de La Laguna; 2020 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19925/Eficacia%20de%20una%20intervencion%20educativa%20con%20mujeres%20en%20atencion%20primaria.%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [25] U.S. Preventive Services Task Force. Bacterial Vaginosis in Pregnant Persons to Prevent Preterm Delivery: Screening [internet]. Maryland: U.S. Preventive Services Task Force; 2020 [citado 11 abr 2025]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/bacterial-vaginosis-in-pregnancy-to-prevent-preterm-delivery-screening>
- [26] Álvarez-Calatayud G, Suárez E, Rodríguez JM, Pérez-Moreno J. La microbiota en la mujer; aplicaciones clínicas de los probióticos. *Nutr Hosp.* 2015; 32(Suppl. 1):56-61.
- [27] Mur Pérez AM, Mateo Segura Z, Ramírez Domínguez, Vela Condón P. Uso de probióticos en las vaginosis bacterianas. *Semergen.* 2017; 43(5):394-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.09.002>
- [28] Valenti P, Rosa L, Capobianco D, Lepanto MS, Schiavi E, Cuttone A, et al. Role of Lactobacilli and Lactoferrin in the Mucosal Cervicovaginal Defense. *Front Immunol.* 2018; 9:376. doi: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00376>
- [29] Russo R, Edu A, De Seta F. Study on the effects of an oral lactobacilli and lactoferrin complex in women with intermediate vaginal microbiota. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 298(1):139-45. doi: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4771-z>
- [30] Annells MF. The role of the midwife when the pathology report states your pregnant client has bacterial vaginosis. *Aust J Midwifery.* 2001; 14(2):18-20.

¹ Rocío González García
¹ María Joana Carvalho Da Silva

Impacto del hipn parto en el parto y nacimiento: revisión narrativa

¹ Enfermera especialista en Obstetricia-Ginecología (Matrona).
 Hospital Materno Infantil de Málaga. Málaga (España)

E-mail: joanacarvalhods@gmail.com

Fecha de recepción: 11 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 3 de abril de 2025.

Cómo citar este artículo:

González García R, Carvalho Da Silva MJ. Impacto del hipn parto en el parto y nacimiento: revisión narrativa. *Matronas Hoy* 2025; 13(1):49-56.

Resumen

Introducción: el parto ha sido medicalizado en las últimas décadas, generando un aumento de cesáreas y partos instrumentales que han llevado a una búsqueda de alternativas. El hipn parto surge como una opción para empoderar a las mujeres mediante autohipnosis, relajación y acompañamiento activo, promoviendo un parto más positivo.

Objetivo: examinar la influencia del hipn parto en la incidencia de partos eutócicos y evaluar su efecto en la satisfacción materna, percepción del dolor y el miedo durante el parto.

Método: revisión narrativa de la literatura sobre hipn parto, analizando estudios realizados en los últimos diez años en bases de datos científicas como PubMed, CINAHL y Scopus. Se incluyeron artículos en español e inglés, con énfasis en ensayos clínicos y revisiones sistemáticas, siguiendo las directrices de CONSORT y PRISMA, para evaluar los resultados materno-fetales asociados al hipn parto.

Resultados: los estudios revisados sugieren que el hipn parto reduce la necesidad de intervenciones médicas, mejora el manejo del dolor y disminuye el miedo. Además, se observa una mayor incidencia de partos eutócicos en mujeres que practican esta técnica, así como una mayor satisfacción con la experiencia de parto.

Conclusión: el hipn parto presenta beneficios significativos para un parto respetado y con menos intervenciones, promoviendo un enfoque humanizado. Se recomienda su inclusión en programas de preparación al parto y futuras investigaciones para validar sus efectos en diferentes poblaciones.

Palabras clave: hipn parto; parto eutócico; preparación al parto; manejo del dolor; satisfacción materna; matronas (DeCS/MeSH).

Abstract

Impact of hypnobirthing on labour and birth: a narrative review

Introduction: labour has been medicalized during the last decades, generating an increase in Caesarean sections and instrumental deliveries which has led to a search for alternative options. Hypnobirthing appears as an option to empower women through self-hypnosis, relaxation and active support, promoting a more positive childbirth.

Objective: to examine the influence of hypnobirthing on the incidence of eutocic births, and to evaluate its effect on maternal satisfaction, perception of pain, and fear during labour.

Method: a narrative review of literature on hypnobirthing, by analysing studies conducted during the past ten years in scientific databases such as PubMed, CINAHL and Scopus. Articles in Spanish and English were included, highlighting clinical trials and systematic reviews, and following the guidelines by CONSORT and PRISMA, in order to evaluate the maternal-fetal outcomes associated with hypnobirthing.

Results: the studies reviewed suggested that hypnobirthing reduced the need for medical interventions, improved pain management, and caused a reduction in pain. Besides, a higher incidence of eutocic births was observed in those women practising this technique, as well as a higher satisfaction with their childbirth experience.

Conclusion: hypnobirthing presents significant benefits for a respectful childbirth with fewer interventions, thus promoting a humanized approach. It is recommended to include it in programs of preparation for childbirth, as well as to conduct future research to validate its effects on different populations.

Key words: hypnobirthing; eutocic labour; preparation for labour; pain management; maternal satisfaction; midwives (DeCS/MeSH).

Introducción

Connatural con la especie humana son los dolores en el parto que como experiencia sensitivo-perceptual y emocional única puede verse influenciada por factores genéticos, físicos, psicológicos y sociales.

Desde la antigüedad han existido el deseo y los intentos de aminorar los dolores en el parto, utilizando desde la farmacopea rudimentaria y métodos no farmacológicos, como la hidroterapia, hasta llegar a disponer de los recursos farmacológicos actuales y el conocimiento de los efectos beneficiosos confirmados por la evidencia científica actual de otros recursos no farmacológicos.

Desde la más remota antigüedad muchas culturas se han servido del poder de la mente para mejorar enfermedades del cuerpo y se sabe de enfermos que se han curado completamente por la acción de la hipnosis. Su aplicación en medicina en los inicios para tratamiento de las enfermedades mentales, y más recientemente para mejorar el dolor físico crónico, ha demostrado su eficacia hasta convertirse en una técnica aceptada y consolidada entre los profesionales de la salud. Otra de sus aplicaciones en el campo de la salud es la referida a la asistencia al parto a fin de disminuir los dolores inherentes al proceso, es el denominado *hipn parto*.

Antecedentes históricos de la hipnosis en el parto

En 1784, la realidad del fenómeno de la hipnosis no estaba en duda, solo se suponía la existencia de un fluido magnético y las llamadas manifestaciones más fuertes, como la lectura del pensamiento, la clarividencia y el diagnóstico de enfermedades por sonámbulos, "lúcidos". Mesmer sabía que no existía ningún efecto magnético en el magnetismo animal. Sin embargo, siguió utilizando el término, ocultando así la naturaleza del mesmerismo y provocando la hostilidad de sus colegas médicos. Fue James Braid (1795-1860) quien tradujo los hechos empíricos del mesmerismo a términos fisiológicos aceptables.

Desde el principio, Braid se negó a admitir que el magnetizador poseía un poder peculiar que podía influir en el prójimo contra su voluntad. Esta ruptura inicial con el mesmerismo contribuyó al desarrollo del interés médico por la hipnosis, que comenzó en la década de 1840 [1].

Por tanto, Braid, como pionero del hipnotismo y la hipnoterapia, es considerado el padre de la hipnoterapia moderna; acuñó las palabras inglesas *neuro-hipnotismo* (sueño nervioso) e *hipnotismo*, de las cuales más tarde se derivó el término *hipnosis*.

La neuroipnología se deriva de las palabras griegas *nervio*, *sueño*, *discurso*; y significa *la razón o doctrina del sueño nervioso*, que él definió como "una condición peculiar del

sistema nervioso, inducida por una atención fija y abstracta del ojo mental y visual, en un objeto, no de naturaleza excitante". Por *neurohipnotismo*, entonces, debe entenderse *sueño nervioso*, y para abreviar, sustituyó el prefijo -neuro de los términos: hipnótico, hipnotizar, hipnotizado, hipnotismo, deshipnotizar, deshipnotizado e hipnotista [2].

Se sabe que Braid utilizó la hipnosis para inducir un parto prematuro por razones médicas. Se trata de un estudio de caso único, pero tuvo éxito. Parece que esta es la primera referencia al uso de la hipnosis en el parto [3, 4].

En España, el Premio Nobel español, D. Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), brillante mente científica, concededor de los experimentos científicos en el terreno de la hipnosis desde el siglo XVIII, tuvo la idea de aplicarla, con gran éxito, en algunos de sus pacientes, fundamentalmente en histerias y neurosis. Su brillantez y su poderoso razonamiento deductivo le impulsó a aplicarla en el nacimiento del sexto de sus hijos, ante el temor extraordinario al dolor de su esposa en los partos anteriores.

La sometió a una sugestión hipnótica previa, durante 10 días, dando como resultado un parto rápido e indoloro y por lo cual publicó su experiencia concluyendo "*que el hipnotismo puede ser de provecho en el parto, suprimiendo o atenuando notablemente el dolor sin perturbar los actos mecánicos y vitales que los acompañan, bien así como acontece bajo el sueño clorofórmico*" [5].

El estudio de Ramón y Cajal es el primero que describe su posible utilidad en los dolores del parto, como él afirmaba en 1889 en la publicación que realizó [5], aunque esta pasó absolutamente desapercibida para el mundo científico hasta muchos años después. Es de suponer que, lejos de querer autoarrogarse la primicia del uso de la hipnosis en el parto, desconocía el experimento de Braid, con lo cual no habría sido el primero, sino el segundo en aplicar la técnica de la hipnosis en el proceso de parto.

Desgraciadamente no se interesaron por esta afortunada y nueva experiencia de Ramón y Cajal, ni los ginecólogos españoles de su tiempo, ni del nuestro. Ni tan siquiera los miembros de su propia familia que se dedicaron a la Ginecología y Obstetricia. Santiago Ramón y Cajal sintió un especial afecto por este pequeño trabajo suyo y cuando en 1924 decide hacer una recopilación para editar trabajos especialmente escogidos por él y que considera importantes, no se olvida de incluirlo [6] en este libro que tituló: *Trabajos escogidos* [7].

A partir de los años 60, la hipnosis en el parto empieza a ganar popularidad tras la publicación de diversos estudios que probaban su efectividad. Sin embargo, muchos fueron irrelevantes o sin validez suficiente por el tipo de estudio realizado, hasta que en 2004 salió a la luz un metaanálisis que presentaba la revisión más completa de la literatura

hasta la fecha sobre el uso de la hipnosis para la analgesia durante el parto. Sus conclusiones afirmaban la reducción de los requerimientos de analgesia durante el trabajo de parto y la posible disminución en la necesidad de estimulación farmacológica del trabajo de parto cuando se usa hipnosis para el parto, lo que podría minimizar, además, la incidencia de hiperestimulación uterina y la necesidad de analgesia epidural [8].

En 2006, con casi 120 años de retraso con respecto a Ramón y Cajal, una amplia y rigurosa revisión de estudios clínicos realizada por un grupo de la Cochrane concluía que, efectivamente, la hipnosis parece demostrarse como una herramienta útil a la hora de reducir el dolor en el parto. Esta revisión también encuentra evidencias de que la hipnosis puede aumentar la incidencia de nacimientos vaginales y puede también reducir el uso de oxitócicos [9] (esto es, que los partos con hipnosis resultan más sencillos, rápidos y seguros, algo que el artículo de Ramón y Cajal ya barruntaba como posibilidad) [10].

El término y concepto de *hipn parto*

Los programas de hipn parto datan de la década de los noventa del pasado siglo, pero con anterioridad hubo hipnoterapeutas que ya enseñaban hipnosis para su aplicación en el parto, como por ejemplo, en los años 50, en la Unión Soviética, la hipnosis se empleaba de forma rutinaria en los partos para reducir el dolor en el proceso [11]; o Lamaze en Francia, con formación en hipnosis en Rusia, que en sus inicios asociaba su método de preparación al parto a la autohipnosis [12].

Posteriormente, Michelle Leclair O'Neill, autora de *Hypnobirthing: The original method* en 1987 [13], parece que fue la primera que utilizó el término, mientras que Marie Mongan creó el método Mongan expuesto en *Hypnobirthing: A celebration of life* en 1989 [14]. Sin embargo, el término *hipn parto* se ha asociado fundamentalmente con la hipnoterapeuta Marie Mongan y su marca registrada, HypnoBirthing, con B y H mayúsculas, pero sus orígenes no son tan sencillos, como se recoge en el sumario de la demanda interpuesta por Mongan contra O'Neill en 2002 [15]. En el sumario de la demanda se lee: Mongan y O'Neill son educadoras de parto que enseñan métodos de parto que emplean la hipnosis. Parece indiscutible que el concepto básico de la reducción del dolor en el parto mediante técnicas naturales de relajación se remonta al menos al trabajo del obstetra inglés Grantley Dick-Read en la década de 1930, como se relata en su influyente libro *Parto sin miedo* (1930). Tanto Mongan como O'Neill han enseñado el uso de la hipnosis como medio para lograr la relajación durante el parto desde finales de la década de 1980. Ambas han publicado libros y otros materiales educativos sobre el tema de la hipnosis en el parto y han

utilizado el término *hipn parto* en sus publicaciones; ambas afirman haber inventado la técnica. Además, Mongan opera en una empresa llamada HypnoBirthing Institute, que certifica a instructores de hipn parto.

Esta demanda no fue aceptada por el tribunal *a priori*, dado que no consideraron que la utilización del término *Hypn parto* fuera privativa de Mongan por el hecho de haberlo registrado y considerarlo como un término genérico y, por tanto, no elegible para protección de marca registrada, que era lo que solicitaba la demandante.

Por tanto, si término hipnosis significa "un procedimiento durante el cual una persona experimenta cambios sugeridos en la sensación, la percepción, el pensamiento o el comportamiento", la versión específica de la hipnosis durante el parto se conoce como HipnoParto. El hipn parto es un método para el manejo del dolor del parto que combina técnicas de visualización, relajación y respiración profunda.

La genialidad de Marie Mongan residió en crear un programa compacto (conocido como HipnoParto: El Método Mongan) que utilizaba herramientas de hipnosis y conocimientos prenatales, y que podía ser impartido por mujeres que habían realizado el hipn parto, en lugar de hipnoterapeutas o psicólogos, lo que ha permitido que su método llegara a un público mucho más amplio y ganara popularidad.

Estado actual de la asistencia al parto y nacimiento

En abril de 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) patrocinaron una conferencia interdisciplinaria sobre tecnología apropiada para el parto. El primer documento de esta conferencia fue la llamada *Declaración de Fortaleza*, fruto del consenso internacional que contemplaba las recomendaciones para la atención al nacimiento desde una perspectiva desmedicalizadora ante la preocupante evidencia de su acelerada medicalización y deshumanización. En esta declaración, posteriormente resumida en *Tecnología apropiada para el nacimiento* [16] hace dos propuestas claras:

- Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.
- Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.

Este fue el motor de arranque para que profesionales y sistemas de salud pusieran las intenciones en revertir

esta curva ascendente de medicalización, aunque todavía existe, como refiere el Ministerio de Sanidad español, "creciente preocupación por el alto intervencionismo en partos normales y de riesgo y su gran e injustificada variabilidad". Además de las elevadas cifras de inducciones, partos instrumentales y episiotomías, en las que destaca la práctica frecuente de cesáreas [17], lo que coincide con la propia OMS que expresa su preocupación por las consecuencias negativas subsiguientes para la salud materno infantil [18].

El respeto a la fisiología del parto y del nacimiento y el uso de intervenciones seguras y eficaces solo cuando son necesarias, están avalados por la mejor evidencia científica disponible y, por ello, deben ser el enfoque y la forma de atención habitual y preferente [17].

Los servicios sanitarios se han ido dotando con medios cada vez más sofisticados, lo que permite garantizar una adecuada asistencia al parto, en particular a los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico [19] que requiere la calidad y calidez necesarias que favorezcan una vivencia satisfactoria para las mujeres, las/os recién nacidos y la familia [20].

Esta tendencia ha motivado el desarrollo de alternativas que buscan recuperar la autonomía y satisfacción de la mujer en el parto, promoviendo un enfoque respetado y humanizado; entre estas destaca el apoyo continuo en el trabajo de parto. Históricamente, las mujeres han recibido la asistencia y el apoyo de otras mujeres durante el parto; sin embargo, en hospitales de todo el mundo, el apoyo continuo durante el parto se ha convertido a menudo en la excepción, en lugar de la rutina. Hoy en día hay evidencias científicas fuertes de que esta práctica mejora los resultados para las mujeres y los recién nacidos en el parto: aumento del parto vaginal espontáneo, menor duración del trabajo de parto y disminución de partos por cesárea, parto vaginal instrumental, uso de cualquier analgésico, uso de analgésicos regionales, la baja puntuación de Apgar a los cinco minutos y los sentimientos negativos sobre las experiencias del parto [21].

Otra de estas alternativas es el hipn parto, que ha ganado interés como técnica que utiliza la autohipnosis, la relajación y el acompañamiento activo para ayudar a las mujeres a experimentar el parto de manera positiva y con menor intervención médica [22-24, 19].

Objetivos

- Analizar la relación entre la práctica de hipn parto y la incidencia de partos eutócicos.

- Evaluar su impacto en la satisfacción materna, percepción del dolor y miedo durante el parto.
- Proporcionar una base de evidencia para la inclusión del hipn parto en programas de preparación al parto, promoviendo una experiencia más humanizada y respetuosa para la mujer.

Método

Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre el hipn parto y su aplicación en el contexto obstétrico. La búsqueda bibliográfica se centró en artículos publicados entre 2013 y 2023 en español e inglés, utilizando las principales bases de datos (PubMed, CINAHL, Scopus, Medline, ClinicalKey, Embase, Dialnet, Scielo) y metabuscadores (Epistemonikos, Trip Database), así como guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas en Cochrane.

Los criterios de inclusión para los estudios fueron:

- Estudios que evaluaran los resultados materno-fetales en mujeres que practicaron hipn parto.
- Ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas en los idiomas español e inglés.
- Estudios que exploraran el impacto del hipn parto en la incidencia de partos eutócicos, satisfacción materna, percepción del dolor y miedo durante el parto.

Para la selección de artículos se aplicaron los operadores booleanos *OR* y *AND* en combinaciones como "*hypnobirthing OR hypnobirth*) *AND* birth" y "hipn parto *AND* parto eutócico". La literatura seleccionada fue analizada con las herramientas CONSORT para ensayos clínicos aleatorizados y PRISMA para revisiones sistemáticas.

Resultados y discusión

Los estudios revisados indican que el hipn parto puede contribuir a una reducción significativa en la necesidad de intervenciones médicas como cesáreas y episiotomías [25, 26].

También se asocia con una mejor percepción del dolor y un mayor control emocional durante el proceso del parto, lo que disminuye el miedo y aumenta la satisfacción materna [25-27].

En varios ensayos clínicos revisados se observó que las mujeres que practicaban hipn parto tenían una mayor incidencia de partos eutócicos, logrando completar el proceso de parto sin intervención instrumental o farmacológica en comparación con los grupos de control [26, 28]. Además, las técnicas de hipn parto favorecen una experiencia de parto positiva, mejorando la vinculación materna y la adaptación en el posparto [26, 28].

Una aportación tan interesante como cautelosa es la que hace el estudio de Gueguen et al. [28], el primer estudio que combina resultados cuantitativos y cualitativos entre los que incluye los nueve estudios cuantitativos estudiados en la revisión de Madden [25], de cara a las implicaciones para la práctica clínica y la investigación.

Los investigadores afirman que, aunque no se pueden hacer recomendaciones formales sobre la utilidad clínica de la hipnosis para el manejo del dolor durante el parto, cabe destacar varios puntos:

- Dado que los estudios publicados no han reportado ningún efecto adverso específico, y considerando los informes positivos de estudios cualitativos, no existe evidencia que recomiende evitar el uso de la hipnosis si la paciente así lo desea.

- La hipnosis no debe presentarse como un medio para reducir el uso de analgésicos farmacológicos, sino como una técnica que permite a la paciente tener una experiencia de parto positiva.
- El personal, especialmente en los centros que ofrecen sesiones de autohipnosis prenatal, debe recibir capacitación para identificar a las mujeres que probablemente recurran a la autohipnosis durante el parto activo, a fin de evitar retrasos en el manejo de la paciente. Esta investigación destaca el efecto potencialmente beneficioso de contar con un acompañante (ya sea una pareja o un miembro del personal médico), un medio reconocido para mejorar un enfoque centrado en la paciente.

En el Cuadro 1 se recoge una descripción de los trabajos revisados y un resumen de la evidencia.

Cuadro 1. Descripción de trabajos revisados y resumen de la evidencia

Año	Autores/título		Conclusiones y resultados
2016	Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L <i>Hypnosis for pain management during labour and childbirth.</i> Cochrane Database Syst Rev. [25]	Nueve ensayos: Rock1969 Freeman1986 Harmon1990 Martin.....2001 Mehl-Marona....2004 Cyna2011 Wemer2013 Downe2015 2.954 mujeres aleatorizadas	Todavía hay solo un número relativamente pequeño de estudios que evalúan el uso de la hipnosis para el trabajo de parto y el nacimiento La hipnosis puede reducir el uso general de analgesia durante el trabajo de parto, pero no el uso de epidural. No se encontraron diferencias claras entre las mujeres del grupo de hipnosis y las de los grupos de control en cuanto a la satisfacción con el alivio del dolor, la sensación de afrontamiento del trabajo de parto o el parto vaginal espontáneo. Actualmente no existe suficiente evidencia sobre la satisfacción con el alivio del dolor o la sensación de afrontamiento del trabajo de parto y alentáramos que cualquier investigación futura priorice la medición de estos resultados Se necesita más investigación en forma de ensayos controlados aleatorios grandes y bien diseñados para evaluar si la hipnosis es útil para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y el nacimiento
2018	Atis FY, Rathfisch G <i>The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear.</i> Complement Ther Clin Pract. [27]	62 mujeres /30 aleatorizadas	Las mujeres que dieron a luz mediante hipn parto experimentaron menos dolor y miedo durante el parto en comparación con las participantes del grupo de control. Todas las mujeres que aplicaron el hipn parto afirmaron que este método redujo el dolor. Además, en comparación con las participantes del grupo de control, las mujeres del grupo experimental tuvieron una duración del parto más corta en la segunda y tercera fase del parto, así como un tiempo más corto para la primera lactancia

Cuadro 1. Descripción de trabajos revisados y resumen de la evidencia (*continuación*)

Año	Autores/título		Conclusiones y resultados
2021	Gueguen J, Huas C, Orri M, Falissard B <i>Hypnosis for labour and childbirth: A meta-integration of qualitative and quantitative studies</i> Complement Ther Clin Pract. [28]	Cuatro estudios cualitativos Cuatro estudios de caso 48 mujeres aleatorizadas <hr/> Nueve estudios cuantitativos incluidos en el estudio de Madden 2.954 mujeres aleatorizadas	Este es el primer estudio que combina resultados cuantitativos y cualitativos sobre la hipnosis durante el parto y el nacimiento Los resultados sugieren que la hipnosis podría alterar las expectativas y la autoevaluación de las mujeres (cambio de respuesta) Se requieren instrumentos centrados en la paciente para explorar el cambio de respuesta La hipnosis puede presentarse como una técnica que permite a las pacientes tener una experiencia de parto positiva
2022	Buran G, Aksu H. <i>Effect of Hypnobirthing Training on Fear, Pain, Satisfaction Related to Birth, and Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial.</i> Clin Nurs Res. [26]	80 mujeres aleatorizadas	La puntuación media del grupo de hipn parto para toda la Escala de expectativa/experiencia de nacimiento de Wijma fue significativamente inferior a la del grupo de atención de rutina. En las fases latente, activa y de transición del parto, las puntuaciones de la Escala analógica visual (EVA) de los grupos experimentales fueron significativamente inferiores y su periodo de parto fue más corto que el del grupo de control de rutina Además, las tasas de parto vaginal y las puntuaciones de la Escala de satisfacción con el parto revisada (BSS-R) también fueron superiores a las del grupo de control

Limitaciones de los estudios y su comparabilidad

Tanto en los estudios cualitativos como en los cuantitativos, la heterogeneidad de las intervenciones de hipnosis constituye una limitación importante, lo que cuestiona la comparabilidad entre los estudios, además, de la baja calidad de los estudios cuantitativos y cualitativos [28].

La evidencia aún presenta variabilidad debido a factores como el diseño de las sesiones, la capacitación de los profesionales que aplican el hipn parto y las características de cada grupo de estudio [25, 27, 28]. Esto sugiere la necesidad de más estudios estandarizados para evaluar de forma precisa el impacto del hipn parto [25, 26, 28].

Conclusiones

- El hipn parto parece ser una técnica eficaz para promover partos eutócicos y humanizados, con menos in-

tervenciones y una experiencia más satisfactoria para la mujer.

- Apoyamos, como los autores consultados, que la inclusión en los programas de preparación al parto puede ofrecer una alternativa valiosa para el manejo del dolor y el apoyo emocional, contribuyendo a mejorar la atención obstétrica y el bienestar materno-fetal.
- Instamos a las matronas a formarse en la técnica del hipn parto a fin de procurar una más satisfactoria atención a las mujeres/parejas.
- Nos sumamos a la conclusión mayoritaria de trabajos de que es necesario continuar investigando su efectividad en diferentes contextos y con muestras representativas para validar sus beneficios a nivel general.

Agradecimientos

Agradecemos a los profesionales que han contribuido de manera indirecta al desarrollo de este proyecto.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Braid J. Braid on hypnotism. The Beginnings of Modern Hypnosis [internet]. New York: The Julian Press; 1960. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://ia801500.us.archive.org/22/items/in.ernet.dli.2015.187969/2015.187969.The-Beginings-Of-Modern-Hypnosis.pdf>
- [2] Braid J. Neurypnology; or The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism [internet]. London: J. Churchill; 1843. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=DMgDAAAQAA-J&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- [3] Braid J. The Discovery of Hypnosis: The Complete Writings of James Braid, the Father of Hypnotherapy. UKCHH Ltd, 2008.
- [4] Fletcher S. What is the history of hypnobirthing? Sophie Fletcher [internet]. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://www.sophiefletcher.co.uk/blog/what-is-the-history-of-hypnobirthing>
- [5] Ramón y Cajal S. Dolores del parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica. Gaceta Médica Catalana [internet] 31 de agosto de 1889. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/ciencia/cajal/cajal_articulos/parto.htm
- [6] Ramón y Cajal Junquera MA. Santiago Ramón y Cajal y la hipnosis como anestesia. Rev Esp Patol [internet] 2002 [citado 23 abr 2025]; 35(4):413-4. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num4/pdf%20patologia%2035-4/35-4-07.pdf>
- [7] Ramón y Cajal S. Trabajos escogidos I (1880 1890). Madrid: Jiménez y Molina; 1924. p. 500-2. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000200612&page=1>
- [8] Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. British Journal of Anaesthesia [internet] 2004 [citado 23 abr 2025]; 93(4):505-11. Disponible en: [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)35844-0/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)35844-0/fulltext)
- [9] Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2006 (4):CD003521. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>
- [10] Nieto C. Santiago Ramón y Cajal. Hipnológica [internet] 2009 [citado 23 abr 2025]; 2:6-7. Disponible en: https://www.hipnologica.org/wp-content/uploads/2019/11/hipnosis_ramon_y_cajal.pdf
- [11] Haber M. Concealing Labor Pain: The Evil Eye and the Psychoprophylactic Method of Painless Childbirth in Soviet Russia. Kritika: Explorations in Russian and Eurasian History 2013; 14(3):535-59. doi: <https://dx.doi.org/10.1353/kri.2013.0044>.
- [12] George J. L'accouchement sans douleur. Encyclopédie d'Histoire numérique de l'Europe. Encyclopédie d'Histoire Numérique de L'Europe [internet]. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://ehne.fr/fr/encyclopedie/th%C3%A9matiques/genre-et-europe/de-la-transition-d%C3%A9mographique-aux-r%C3%A9volutions-sexuelles/l%E2%80%99accouchement-sans-douleur>
- [13] Hipnobirthing Leclair. Original Method for a Mindful Peaceful Pregnancy. Hypnobirthing Leclair [internet]. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://hypnobirthingtheleclairmethod.com/spanish/?v=84de8e2b14bb>
- [14] HypnoBirthing. International. The Mongan Method. [internet] [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://hypnobirthing.com/marie-mongan-method/>
- [15] United States District Court. District of New Hampshire. Summary Judgment Standard Mongan v. O'Neill CV-01-135-M 07/24/02. District of New Hampshire (gov). [internet] 2002. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://www.nhd.uscourts.gov/sites/default/files/Opinions/02/02NH139.pdf>
- [16] World Health Organization. Appropriate technology for birth. The Lancet. 1985.
- [17] Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. El nuevo modelo se atención al parto y al nacimiento. Un modelo paradigmático [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cambioParadigma.pdf>
- [18] Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 23 abr 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- [19] Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2007.
- [20] 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 Sa-

- nitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
- [21] Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 7(7):CD003766. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- [22] Mongan MF. *HypnoBirthing: The breakthrough natural approach to safer, easier, more comfortable birthing - The Mongan Method.* 4th ed. London: Health Communications; 2005. p. 59-67.
- [23] Fletcher S. *Mindful Hypnobirthing: Hypnosis and Mindfulness Techniques for a Calm and Confident Birth.* Vermilion; 2019. 304 p.
- [24] Moreno C. *Hipn parto: Preparación para un parto positivo.* 2nd ed. Independently Published; 2020. 203 p.
- [25] Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May; 5(5):CD009356. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009356.pub3>
- [26] Buran G, Aksu H. Effect of Hypnobirthing Training on Fear, Pain, Satisfaction Related to Birth, and Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Clin Nurs Res.* 2022; 31(5):918-30. doi: <https://doi.org/10.1177/10547738211073394>
- [27] Atis FY, Rathfisch G. The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complement Ther Clin Pract.* 2018; 33:77-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.08.004>.
- [28] Gueguen J, Huas C, Orri M, Falissard B. Hypnosis for labour and childbirth: A meta-integration of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Clin Pract.* 2021; 43:101380. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101380>

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

CURSOS DESTACADOS:

- Cuidados en cirugía menor para Enfermería: heridas y suturas
- Enfermería Comunitaria: cuidados para mantener la salud
- Patologías frecuentes en la consulta de Enfermería
- Actuación en vacunas para enfermeras/os
- Detección y prevención de la Violencia de género
- Comunicación terapéutica en Enfermería



www.daeformacion.com



ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Tenga una matrona en su vida, la sociedad las necesita

Rosa M^a Plata Quintanilla

Presidente de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur desde 2003.

Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

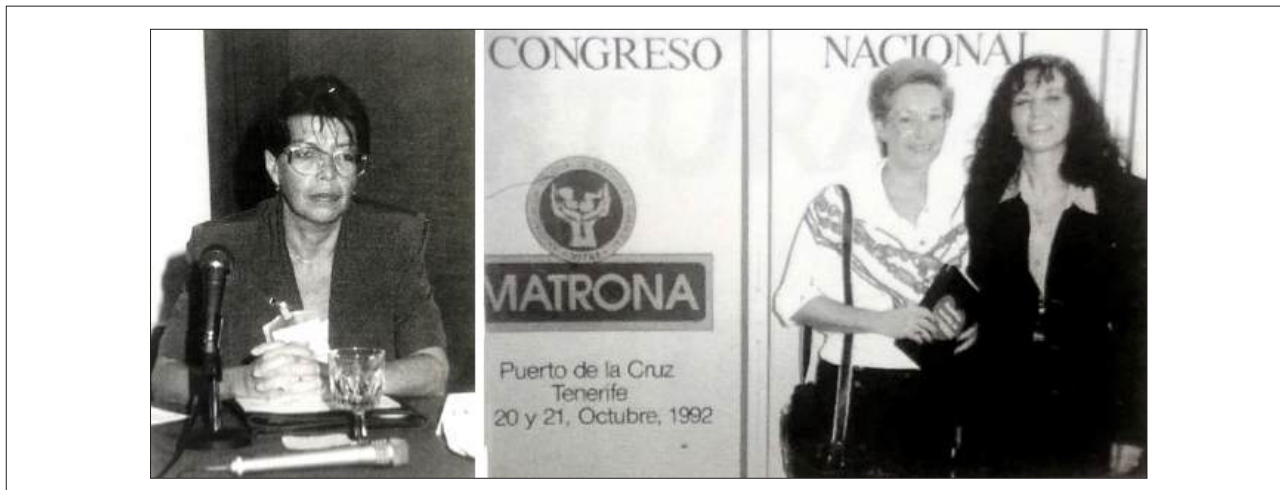


Corría el año 1992 cuando la Asociación Española de Matronas (AEM) convocó su III Congreso Nacional en las Islas Canarias y, concretamente, en la magnífica Isla de Tenerife. La elección de las islas fue la respuesta al gran número de socias que desde el inicio de la AEM (primera asociación de matronas de España, en 1978) se adhirieron al afán asociativo de esta organización representativa, para vertebrar y canalizar los esfuerzos, los problemas y las demandas de las matronas españolas y de la atención materno-infantil.

La imagen de este congreso, como se puede observar en el cartel anunciador del mismo, mostraba la esencia de las islas con esa fotografía de la mujer tradicional mientras realiza uno de los oficios ligados a la decoración de telas, el del bordado, históricamente practicado por mujeres, a las cuales les daba la oportunidad de generar una atractiva fuente de ingresos. El traje típico canario es un elemento de expresión de la identidad canaria y símbolo de una cultura compartida, sin embargo, diferente para cada una de las islas; en este caso fue el de la Orotava, vistoso y colorido que, como el de todas las islas del archipiélago, muestra el fuerte sentimiento de pertenencia, arraigo y orgullo a su tierra. Sabemos que esta imagen fue elegida para la promoción por parte de la Administración Turística que, desde los albores del turismo en estas islas, fue construyendo y consolidando un singular discurso alrededor de la tradición del que los carteles han sido a la vez testigos y cómplices. Y este icono canario, tan vistoso y estimulante, fue también el escogido por la AEM para el anuncio de este evento científico, tan escasos en la época y en el que las matronas se volcaban con presencia y participación.

Para presidir este Congreso, la AEM eligió a Carmen Hernández, matrona, profesora titular de la Escuela de Enfermería de Sta. Cruz de Tenerife, con un largo bagaje profesional, quien inauguró el encuentro con una ponencia resumen de la presencia histórica de la matrona a lo largo de la historia, en un momento como era aquel año 1992, en el que se esperaba la inminente apertura de las nuevas Unidades Docentes de Matronas.

El subdirector General de Planificación y Ordenación de RR.HH del Ministerio de Sanidad y Consumo, Ignacio Gómez-Escolar Mazuela, inauguró en nombre del Ministro de Sanidad, por entonces y por poco tiempo, José Antonio Griñán Martínez, este III Congreso afirmando: "Es fundamental la formación de Matronas. Llevamos seis años sin poder formar a las matronas en las condiciones que nos exigía la Comunidad Europea y ahora ya tenemos la Orden Ministerial del 2 de junio de 1992 que regula la creación y



Presidenta del III Congreso Nacional de Matronas. M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta de la Asociación Nacional de Matronas

puesta en marcha de las Unidades Docentes". En sus declaraciones evadió mencionar y asumir que esto fue debido a la indolencia de la Administración española, como ya se explicó ampliamente en el N.º 34 -2024 de esta revista.

El debate en torno a esta mesa fue especialmente interesante, participativo y centrado en que la Administración de los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad explicasen la Orden y clasificasen en definitiva el cómo, el cuándo y el dónde de la formación de Matronas.

Como curiosidad, es preciso mencionar la intervención que llevó a cabo una asistente "no matrona", quien cuestionó el sistema de formación previsto al advertir la casi exclusiva participación de las matronas como profesoras. A esta pregunta, la Presidenta de la Asociación entonces llamada *Asociación Nacional*, hoy, *Asociación Nacional de Matronas*, M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén, le contestó con cierta

ironía: "las matronas agradecemos el interés de las enfermeras y médicos por nuestra profesión, pero creemos que la profesión y las profesionales ya estamos *maduritas* para decidir, gestionar y diseñar nuestro futuro. Desde luego, creemos absolutamente legítimo el deseo de que la formación de las matronas esté en las manos de las mismas".

Ponencias, comunicaciones, conferencias, mesas redondas, pósters, etc., conformaron el programa de las sesiones de trabajo que se iniciaron con la Conferencia del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid, el doctor y catedrático de la Universidad Complutense, D. Pedro de la Fuente Pérez sobre "Avances de la Ingeniería genética". Este reputado gineco-obstetra ya contaba en su haber profesional, entre sus muchos méritos, haber dirigido la primera intervención para corregir una taquicardia intra-fetal en el mundo, en 1990.



Mesa inaugural del III Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Nacional de Matronas (1992)



Las conclusiones de este III Congreso se centraron en la urgente necesidad del reinicio de la formación de matronas:

- Exigir, a los correspondientes Ministerios, la puesta en marcha de las Unidades Docentes de Matronas (UDM).
- Solicitar, también a estos, la creación de la Comisión Nacional de la Especialidad, lo que llevaba implícita la garantía de la participación legítima de las matronas en todos los trámites restantes hasta la puesta en marcha de las UDM.

No en vano hay que recordar que se hubo de constituir, de forma provisional, un Comité Asesor de Especialidades de Enfermería del que formó parte la Asociación Nacional de Matronas como única asociación científica de ámbito nacional de la especialidad referida, ante la imperiosa necesidad de la reapertura de las UDM, para elaborar el Programa de la Especialidad de Matrona, aun hoy vigente y superior al de cualquier país del entorno europeo, sin ninguna estructura administrativa al efecto. A todas esas personas, que de forma desinteresada trabajaron en dicho programa, hay que agradecer su esfuerzo y tesón, el cual culminó en la Orden Ministerial que permitió no solo la formación de matronas vía EIR, sino que, además, articuló los mecanismos burocráticos y administrativos para el resto de las especialidades enfermeras que posteriormente han ido desarrollándose ya con un Consejo Nacional de Especialidades y las respectivas comisiones nacionales de cada especialidad.

Este congreso tuvo, además, la peculiaridad de lanzar la primera campaña de imagen en torno a las matronas, en medio de la efervescencia de las matronas que no había dejado de crecer desde 1987 con el cierre de las escuelas. El lema del congreso "Tenga una matrona en su vida, la sociedad las necesita", acuñado por la asociación nacional, fue un eslogan de impacto que aspiraba a demostrar el posicionamiento de las matronas en el sistema sanitario poniendo en valor sus diferencias con el resto de profesionales sanitarios, lo que directamente implicaba la necesidad de matronas, no otros profesionales, para una atención sexual y reproductiva de las mujeres de calidad.

La Asociación Nacional quería conseguir este objetivo aumentando el impacto del colectivo con esta pionera acción de divulgación y mejorar el efecto de este presentando una identidad tan bien construida como la de las matronas que, al margen de la conocida y asumida asistencia a los partos, estaban recién introducidas en la novísima Atención Primaria de Salud, terreno distinto de acercamiento y oferta de servicios a las mujeres. En resumen, la AEM quiso fortalecer la personalidad de la *marca matronas*, informando a la sociedad de toda la oferta de sus cuidados para mejorar su percepción y demanda pública.

Este eslogan gustó y causó mucho impacto y la AEM siguió promoviendo numerosas iniciativas en radio, prensa,



actividades comunitarias dirigidas por matronas, etc., convencida de que en el concepto de reputación y valía profesionales jugaba un papel fundamental el conocimiento de las capacidades reales y las competencias que poseían las matronas, en un mundo altamente competitivo de los profesionales incluso dentro del sistema sanitario.

Tiempo después, y con muchas más intervenciones de marketing de por medio, la AEM lanzó el ya tan popular "Ponga una matrona en su vida. Tu salud es lo nuestro" (2004), con base en este primigenio eslogan, con la consiguiente campaña nacional de la que informamos en el N° 30 de 2021 de esta revista.

Para más curiosidades, el entonces Director General de Ordenación Profesional, D. Jesús Gutiérrez Morlote, tuvo a bien colaborar en la edición de la portada de la revista *Matronas Hoy* correspondiente al año 1992 y, precisamente sobre el anuncio de este congreso, escribió dejando bien claro que las matronas no necesitaban buscar su identidad profesional, como tantas otras profesiones sanitarias lo estaban haciendo, porque hacía mucho tiempo que ya la tenían definida.

Cuando tantos, trabajosamente, van buscando su propia identidad profesional, las matronas hace tiempo que la encontraron.

Lo único que nos legitima, en tanto que sanitarios, es responder a lo que los ciudadanos esperan de nosotros.

Por eso hemos de adaptarnos progresivamente a los cambios sociales.

Como en todo proceso participativo nunca estaremos todos satisfechos ni veremos reflejadas totalmente nuestras propuestas, pero sin duda, trabajaremos más a gusto y nos sentiremos orgullosos de pertenecer al Sistema Nacional de Salud.

Jesús Gutiérrez Morlote
Médico

Director General de Ordenación Profesional del
Ministerio de Sanidad y Consumo
(1992)



matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

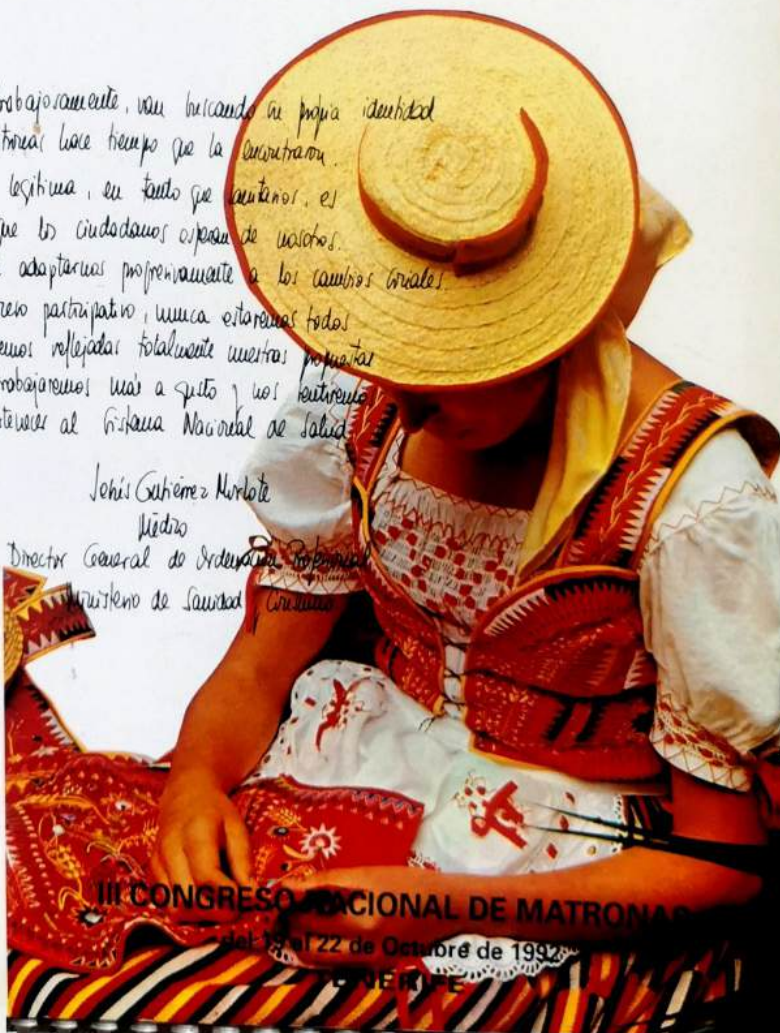
N.º 2 - 4.º TRIMESTRE, 1992

Cuando tanto, trabajosamente, van buscando su propia identidad
 profesional, las matronas hace tiempo que la encuentran.
 Lo bueno que nos legitima, en tanto que profesionales, es
 responder a lo que los ciudadanos esperan de nosotros.
 Por eso hemos de adaptarnos propiamente a los cambios sociales.
 Como en todo proceso participativo, nunca estaremos todos
 satisfechos; lo veremos reflejado en nuestras propuestas
 pero, sin duda, trabajaremos más a gusto y nos sentiremos
 orgullosos de pertenecer al Sistema Nacional de Salud.

Jesús Gutiérrez Morlate
 Médico
 Director General de Ordenación Profesional
 Ministerio de Sanidad y Consumo



ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS ESPAÑOLAS



III CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

del 19 al 22 de Octubre de 1992

BOGOTÁ

SACRAMENTO CANDAU CÁCERES (SACRI)



Nuestra entrevistada es una mujer bizarra, entregada, trabajadora infatigable, con ideales honestos y simpática, con ese gracejo sevillano que pone luz hasta en las circunstancias más grises.

Pregunta: Para quienes la conocen es *Sacri*, forma reducida de ese nombre tan contundente que la bautizaron... Pero ¿de dónde te viene el nombre de pila?

Respuesta: Es un nombre que heredo de mi familia paterna, Sacramento se llamaban mi bisabuela, mi tía y bueno... ¡me tocó a mí! En mi pueblo me llaman Sacramento, con el pareado que le sigue... ¡Sacramento, un momento!, pero los amigos y en el hospital me llaman Sacri, y aquí ni te cuento cuando llegué... ¿Sacrificio?, ¿Sacrilegio?, ¿Sacriscía? Así que tuve muy claro que no seguiría la tradición del nombre familiar y mi hija se llama Lola.

P. A renglón seguido me llama la atención tu apellido, Candau, que si no me equivoco es de origen francés y, sin embargo, tienes un revoleo de palabras y expresiones con ese dulce seseo sevillano que nada indica que hayas pasado por Francia más que de turista. ¿Cuál es tu origen?

R. El apellido Candau efectivamente es de origen francés, procede de un comerciante afincado en la Sierra Sur sevillana en el s. XIX, tierra en la que nació, Montellano, frontera con la provincia de Cádiz, cuna de mi familia paterna. Mezclo este origen con el del Aljarafe sevillano, ya que mi madre es de Benacazón, mi segundo pueblo. He vivido en diferentes lugares por motivos familiares, incluso, de pequeña, cinco años en Villanova i la Geltrú (Barcelona). Actualmente resido en Montellano, a una distancia de unos 50 minutos del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), donde trabajo.

P. Trázanos una reseña de los inicios de tu formación en enfermería... ¿Por qué te decantaste por ello?

R. Siempre tuve claro que lo mío era la medicina, lo tenía muy presente en la familia, pero al final la nota de corte de medicina me llevó a la enfermería. Realicé mis estudios en la Escuela "Salus Infirmorum" de Cádiz, promoción 82-85.

P. Más tarde te formaste como matrona. ¿A qué se debió? ¿Por qué lo decidiste?

R. La especialidad de matrona la cursé en la misma escuela durante el año 1986, penúltimo curso antes de quedar suspendida la especialidad. En Cádiz, la única escuela donde se podía realizar la especialidad era en el "Salus". El paso por la planta de maternidad en las prácticas de enfermería fue decisivo para tener claro que quería continuar con la especialidad de matrona, aunque en aquellos tiempos no sabía si sería ese mi futuro, ya que antepuse trasladarme a Sevilla y dejar que el tiempo fuera marcando el destino. Y así fue como, después de trabajar dos años como enfermera en urgencias de traumatología en el Hospital Virgen del Rocío, y simultáneamente titularme como enfermera puericultora, me llegó una llamada que sí cambió mi futuro.

En mayo de 1990, me ofertaron una interinidad de enfermera con funciones de matrona en un centro de salud de nueva apertura en Montellano, como zona básica de salud. A los dos años accedí a una interinidad vacante de matrona para los pueblos de Morón de la Frontera y Montellano, quedándome solo como matrona en Montellano desde 1997 hasta 2006, cuando obtuve la plaza de matrona en el Hospital Virgen del Rocío. Como anécdota contaré que el Centro de Salud de Montellano se ubica anexo a la antigua maternidad que existió hasta 1962, la consulta que ocupé durante los 16 años como matrona se encuentra en lo que era el quirófano de la maternidad, y el detalle es que la última cesárea que se hizo en noviembre del 62 fue la mía...

P. ¿Cuál es el elemento motivador que encuentras en la profesión de matrona?

R. Toda la motivación la encontré en Atención Primaria, los 16 años que atendí a las mujeres en todas sus etapas de salud me dieron un gran bagaje profesional y toda una experiencia en lo personal. Te das cuenta de la importancia de la prevención, la educación sanitaria y el ser su referente en todos esos momentos que la mujer te necesita. El cupo de mujeres que tenía me permitía realizar todos los programas de salud con un alto nivel de autonomía, consiguiendo una fidelización muy alta de las mujeres a los distintos programas, por lo que iba ampliando la cartera de servicios con una muy buena aceptación.

A nivel hospitalario, lo que más me gusta de esta profesión es vivir con la familia el momento más emocionante de la vida con la llegada de un nuevo miembro. Es una profesión preciosa porque te permite compartir este momento único, no es comparable a nada, y con todos los años que llevo en esto aún sigo emocionándome.

A nivel docente, me ilusiona y me motiva ver la progresión de los residentes, cómo avanzan a lo largo de los años de su formación. Me motiva el equipo de tutores, somos una piña trabajando, con todos nuestros momentos y, por supuesto, me motivan los retos, los objetivos cumplidos y alguno que me queda por cumplir.



Tutorizando a los residentes en las prácticas clínicas

P. ¿Cómo es un día de trabajo para ti?

R. Trabajo desde marzo 2006 en el Hospital de la Mujer, que forma parte del complejo hospitalario Virgen del Rocío.

Mi trabajo semanal se divide en días de turno de 12 horas (8-20), cada 5-6 días en el Servicio de Partorio, en los que vamos rotando cada mes por las áreas de urgencias, unidad

de vigilancia del embarazo de bajo riesgo, unidad de vigilancia de alto riesgo y posparto inmediato. Y tres mañanas de trabajo semanal para la Unidad Docente Multidisciplinar (UDM), gestión, reuniones, formación, etc.

P. La UDM que coordinas, y en la que además ejerces como tutora, se encuentra ubicada en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. ¿Cuándo se inicia la formación de Matronas en esta (hoy, UDM; antes UDEFGB)?

R. En efecto, nuestra unidad docente multidisciplinar se encuentra ubicada en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, calificado como el mayor complejo sanitario de Andalucía, con una alta consideración entre los hospitales de España y una larga trayectoria sanitaria y de formación. Dicha trayectoria abarca desde los años 50 cuando se inició con el nombre de Residencia Sanitaria García Morato y la que contó, a partir de 1971, con Hospital Maternal.

Es de referencia regional específica para población de Andalucía, Extremadura, Ceuta, Melilla e Islas Canarias.



Plano del complejo hospitalario Virgen del Rocío, en el que se incluye el Hospital de la Mujer

En 1993, cuando se publicó la primera oferta de plazas para la reapertura de la formación de Matronas tras el cierre de 1987, fue el Hospital Regional Materno-Infantil de Málaga quien abrió la primera UDEFGB en Andalucía de entre las ocho comunidades que iniciaron la formación en España: Madrid (50 plazas), Cataluña (37 plazas.), Comunidad Valenciana (35 plazas), Albacete (15 plazas), Tenerife (15 plazas), País Vasco (12 plazas) y Navarra (4 plazas). Al año siguiente, nos sumamos tres UDEFGB más, dos en Granada (Hospital Clínico Universitario y Hospital Virgen de las Nieves) y una en Sevilla, nuestra unidad en el Hospital Virgen del Rocío, en que se ofertaron dos plazas y en

conjunto para toda la autonomía fueron 10 las plazas ese año destinadas a formar Matronas desde Andalucía. Actualmente tenemos acreditadas 20 plazas y ofertadas 20 plazas con siete tutores.

P. ¿En qué cifras se ha movido la oferta de Matronas en Andalucía?

R. La oferta de plazas formativas en Andalucía ha evolucionado de forma creciente en unidades docentes y plazas, desde de las primeras seis plazas acreditadas en la comunidad en 1993, hemos llegado a tener hasta 90 en este año 2025. Andalucía ha sido la comunidad que más plazas ha ofertado, 79. Del total de plazas acreditadas (1.824 plazas), a pesar de la necesidad demostrada, las que se han ofertado han quedado reducidas a 1.621 plazas, lo que supone el 88,87% de las acreditadas. Esas 203 plazas que "se han quedado en el papel sin ofertar" en Andalucía, sumadas a las de tantas otras comunidades, de haber existido una visión y compromiso político real con la atención a las mujeres, se hubieran destinado fondos para que todas ellas se hubieran ofertado. Si esto se hubiera llevado a cabo, actualmente no estaríamos en la situación de precariedad con los efectivos de matrona en todo el país y se habría avanzado más en el desarrollo de las competencias de Matrona, lo que revertiría directamente en la mejor atención a las mujeres y en el cumplimiento de la normativa competencial de las Matronas evitando, por ende, el intrusismo que las propias administraciones de salud están favoreciendo y comparando.

P. Respecto a las Unidades Multiprofesionales, ¿qué opinas sobre esta reconversión impuesta?

R. Progresivamente, desde el arranque de la nueva formación a partir de 1993, se fueron abriendo por todas las provincias de la comunidad (y del país) UDENFOBG, muchas reconvertidas a partir de 2011 a UDM, como la nuestra del Hospital Virgen del Rocío que pasó a ser UDM en 2012. En la actualidad, Andalucía cuenta con 12 UDM y 13 UDENFOBG.

La UDM supuso el fin de la etapa de formación donde se priorizaba la formación pasiva del alumno, las clases magistrales, con un perfil docente del profesor universitario alejado de la actividad asistencial, sumándose como docentes Matronas que ejercían cargos de gestión, sin tutores de FSE. Este modelo se mantuvo hasta la publicación del POE, Orden SAS mayo 2009, marcando un antes y un después en la estructura y tipología de la formación, con una tutorización individual por parte del tutor de FSE, con el apoyo del Portal EIR como portafolio del alumno, encargado de la formación transversal, y un programa de sesiones clínicas que mantiene al residente vinculado continuamente a la investigación. La formación pasó a desarrollarse

plenamente por docentes clínicos, garantizando un 70% de formación por parte de Matronas. Todo este cambio que exigía el POE, a mi manera de ver, fue positivo. Otro aspecto positivo que resaltar ha sido la formación conjunta que realizan nuestros residentes con los residentes de ginecología, el trabajo en equipo y el ambiente de colaboración que repercute muy positivamente en la asistencia.

La parte negativa bajo mi perspectiva, la paso a detallar:

Las UDM de obstetricia y ginecología se acreditaron incluyendo dos especialidades, una de las cuales, Enfermería Obstétrica-Ginecológica, conlleva, por orden ministerial transpuesta de normativa europea, un plan de estudios de 3.600 horas, con 900 horas de formación teórica (450 horas por curso), que se dejaba en manos de los tutores y la buena voluntad de compañeros, Matronas expertas, que iban ayudando en la formación en días de descanso sin ningún tipo de remuneración, ni horas exentas, al igual que los tutores. Con el tiempo, los tutores tuvieron que ir asumiendo cada vez más cursos y talleres, hasta que el sistema no se pudo mantener y en 2016 conseguimos que la Comisión de Docencia reconociera las horas exentas asistenciales para formación realizada por tutores, con el apoyo de la dirección de enfermería. Seguimos sin poder contar con el apoyo de Matronas expertas para la formación específica por falta de reconocimiento, a diferencia de la formación que imparten los ginecólogos, a los cuales pueden liberar puntualmente de sus consultas.

A todo esto, añadimos que las UDM se ordenan con la figura de un jefe asistencial, normalmente un jefe de UGC, ginecólogo, sin que se reconozca oficialmente la figura del coordinador, fundamental en la organización de las unidades docentes de Matronas, como se dejó constancia en el informe de la auditoría que realizó el ministerio en 2008, donde se solicitaba el compromiso de la Jefatura de estudios de tener un coordinador al frente de la organización de la unidad.

P. ¿Desde cuándo eres coordinadora de la UDM? ¿Cómo accedes a esta ingente tarea y qué es lo que te supone?

R. Aterricé en el cargo cuando finalizó el proceso de la acreditación que realizó la anterior coordinadora, Cecilia Ruiz. Yo era tutora desde junio de 2010 y estuve ayudándola con la Guía formativa y el proceso de acreditación. En octubre de 2011, ella pasó a la universidad y me propuso que continuara con el proyecto y pusiera en marcha la UDM. En aquel momento me pareció todo un reto, ahora mirando atrás creo que heredé un "marronazo" que sin la ayuda de los tutores, Matronas, jefes de estudio, coordinadores de las distintas UDM y cargos de gestión de la UGC, no hubiera sido posible haber llegado hasta aquí. Como coordinadora no recibo ninguna retribución ni complemento, al igual que los tutores.



Parte del grupo de simulación obstétrica de Sevilla (SOS) del Hospital Universitario Virgen del Rocío

Además de la coordinación de la UDM, presido la subcomisión de enfermería de la comisión de docencia y formo parte de ella como vocal.

Coordino el Grupo de simulación obstétrica Sevilla (SOS) del Hospital Universitario Virgen del Rocío, único grupo multiprofesional de simulación obstétrica en Andalucía, formado en 2019 por un grupo de Matronas, ginecólogos, anestesiólogos y neonatóloga. Somos 17 instructores acreditados que formamos a residentes de tres especialidades en emergencias obstétricas (EIR Matronas, MIR Ginecología y MIR anestesia), formamos igualmente a los profesionales del hospital y salimos a hospitales públicos y privados de la comunidad que nos solicitan cursos. Ya hemos formado a más de 900 profesionales en las principales emergencias obstétricas, con resultados en salud que plenamente avalan esta formación.

P. En 2016, en una entrevista concedida a ABC contundentemente afirmabas que "hoy, nuestras Matronas están muy cotizadas". ¿Qué opinas unos años después?

R. Me mantengo en lo dicho, la formación que se les da en España es de las más completas de Europa, aunque ese aprendizaje va muy por delante de las competencias que nosotros podemos llevar a cabo, ya que en la mayoría de hospitales estamos prácticamente reducidos a la asistencia en los paritorios. En ese sentido, incido en que las competencias de las Matronas abarcan toda la etapa reproductiva de la mujer: planificación familiar, embarazo, parto, puerperio, esterilidad, patologías (como el cáncer de cuello de útero o el de mama) y el climaterio, entre otras. Sin embargo, es triste saber que el sistema está invirtiendo mucho en la formación de las Matronas, perfectamente conoce-

doras y capacitadas en los últimos avances médicos y utilizando las nuevas tecnologías aplicadas a la profesión, pero cuando se inician en el mundo laboral se frustran, porque ven que parte de su trabajo lo están desempeñando enfermeros sin especialización.

P. Ya sabemos que es una vergonzosa, pero auténtica, entelequia, que en pleno siglo XXI no se sepa las Matronas con las que cuenta este país, incapaz el Ministerio de Sanidad desde 2012, aunque su génesis es de 2003 con la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de completar un registro de profesionales. A pesar de esto, sí hay evidencias de que Andalucía es una de las comunidades autónomas especialmente afectada por la carencia de Matronas. ¿Cómo vivís la situación?

R. La comunidad autónoma de Andalucía, con sus ocho provincias, es la más poblada del país con 8.650.938 habitantes, de los cuales 4.400.990 son mujeres; tiene un índice elevado de emigrantes censados, 870.903 habitantes de los cuales 432.213 son mujeres. Además, es la segunda comunidad más extensa después de Castilla y León, lo que también condiciona la asistencia sanitaria. En cuanto al número de Matronas por CC.AA., el último dato emitido por el Consejo General de Enfermería (CGE) es del 2023, aunque es difícil establecer la proporción como ha hecho el CGE, cuando nadie sabe a ciencia cierta el número de las Matronas trabajando en el Sistema Nacional de Salud (SNS), otra cosa son los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE) que ni aporta todas las titulaciones, ni especifica las profesionales que están en activo. Bien, pues este dato al que me refiero situaba a Andalucía en el vagón de cola precedida de la comunidad autónoma de Cataluña y por delante de la Comunidad Valenciana con 61,37 Matronas/100.000 mujeres en edad fértil.



Foto de familia en la finalización de un curso de simulación

Aunque entiendo que es la forma autorizada de clasificación por tasas, Matronas x 100.000 mujeres en edad fértil, reclamo desde aquí que las Administraciones recuerden que la salud sexual y reproductiva del resto de las mujeres de los demás rangos etarios no incluidos en la edad fértil son también competencia de atención de las Matronas, ya que nos ocupamos de las mujeres en todo su ciclo vital.

Nuestros residentes se tienen que marchar fuera de la comunidad por precariedad laboral, es muy triste e incomprensible que se nos diga desde la Administración que competencias de las Matronas esenciales como el control de embarazo lo puedan hacer enfermeras de familia porque no hay Matronas. Estamos nutriendo de Matronas a otras regiones, Matronas formadas en Andalucía, en el SAS, con un presupuesto de millones de euros.

P. En el 2020, la plantilla de Matronas del Hospital Universitario Virgen del Rocío saltó a la prensa reclamando la dotación completa de la estructura de la plantilla de Matronas. ¿Cuál es vuestra situación pasado el tiempo?

R. En 2020 reclamábamos la dotación total de 60 Matronas para paritorios a tiempo completo y una matrona de lunes a viernes en turno de mañana para la consulta del Test de Bienestar Fetal, así como el mantenimiento del turno de 12 horas con una cadencia que asegurara grupos de trabajo de 10 Matronas por turno para cubrir todos los servicios, contando cada miembro de la plantilla con una planilla anual con la programación de su jornada. Además, se pedía la implantación de medidas para mejorar la gestión de los turnos y horarios y la cobertura de las bajas y permisos reglamentarios del personal, ya que en muchas ocasiones se estaba trabajado con un número de Matronas por debajo de los servicios mínimos establecidos de 10 Matronas. Tras la negociación, llegaron los acuerdos que se mantienen en la actualidad, aunque seguimos sin un retén de Matronas que pueda cubrir imprevistos, en una plantilla de casi 80 Matronas, entre titulares y reducciones de jornada.

P. Andalucía probablemente sea una de las comunidades que con más fuerza y de forma más temprana (2005) ha introducido la Gestión por Procesos (PAI) como abordaje integral de cada uno de ellos desde que el paciente demanda una asistencia hasta que esta termina. En este contexto, en que la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales, llama la atención que ya se incluyera la figura de la enfermera en el proceso de atención a la mujer gestante y puerpera junto a la matrona, incluso en la Educación Maternal. ¿Qué puedes decir al respecto?

R. Efectivamente, llama la atención que en el PAI de embarazo-parto y puerperio del 2005 ya figuraba la enfermera,

no se entiende cómo profesionales Matronas y asociaciones científicas colaboraron y aceptaron que nuestras competencias fueran asumidas por profesionales sin especialización. Ahora se hace una revisión y, según el borrador presentado, continua la enfermera junto a la matrona para llevar el control de embarazo, con la justificación que hay centros de salud sin Matronas!!! Y ¿por qué hay centros de salud sin Matronas? Las Matronas quedaron adscritas como dispositivos de apoyo en los distritos sanitarios, esto supuso contar con Matronas con movilidad, que permitía cubrir imprevistos, bajas de otros profesionales y repartir la actividad asistencial en distintos centros, "matrona para todo". Esto supuso tener que abandonar programas de salud, no poder realizar sus competencias y centrarse casi exclusivamente en el control de embarazo; todo ello explicado con el mantra de "no hay Matronas". Este problema es el más grave que tienen las Matronas de Atención Primaria: hasta que no haya una matrona por Zona Básica de Salud, no podremos atender a las mujeres en todas las áreas de salud reproductiva, somos las profesionales especializadas para ello, con una formación que nos capacita y lo hemos demostrado a lo largo de los siglos.

P. ¿Cuál es la situación actual?

R. A finales de año se presentó en foro científico el boceto de la revisión del PAI embarazo-parto y puerperio de la Consejería de Salud por parte del grupo de trabajo encargado para ello. En esta revisión figura, como he comentado anteriormente, la enfermera comunitaria en el control de embarazo junto a la matrona, lo que volvió a producir el rechazo unánime de las Matronas.

A través de la Asociación Andaluza de Matronas (AAM), se remitió un escrito a la coordinadora de la estrategia de cuidados de la consejería para frenar ese despropósito. Paralelamente a este conflicto producido por el PAI, se ha creado un grupo de trabajo liderado por el Departamento de estrategia de cuidados en Atención Primaria, dentro del desarrollo del punto 18 del Pacto de la Atención Primaria "Desarrollo competencial de la matrona en Atención Primaria", con representantes de la Consejería, la coordinadora del PAI (anterior Presidenta de la AAM), la actual presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas, una matrona del Consejo General de Enfermería, una matrona/coordinadora de un distrito de Atención Primaria y yo, como portavoz de la formación especializada. El grupo de trabajo ha realizado una encuesta muy amplia para que se cumplimente en todos los centros de salud y podamos hacer un mapa de las competencias que se están desarrollando en cada uno de los centros de Atención Primaria de la comunidad; esto nos permitirá hacer un estudio real de las competencias que asume la matrona en cada centro, de las que no realiza y quién lo hace en ese caso. Se ha soli-

citado que la matrona forme parte de los equipos básicos de salud y no sea dispositivo de apoyo, que es el origen del problema de la situación en la que se encuentran las Matronas de Atención Primaria en Andalucía.



Embarazo, parto y puerperio, PAI de la Junta de Andalucía

Hemos plasmado la triste realidad del desarrollo de competencias de Matronas en Atención Primaria, hemos puesto sobre la mesa la falta de plazas de Matronas en los centros de salud, el hecho de estar formando a Matronas para otras comunidades y el peligro de la formación específica de residentes, si no se amplían la dotación de estas profe-

sionales para que puedan desarrollar todos los programas en salud de la mujer, lo que solo compete a la Matrona como profesional especializado y cualificado para ello. Ya veremos qué pasa tras todo este laborioso trabajo que aún no hemos completado...Tras la reunión mantenida hace unos días de la presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas (AAM) con la Consejera, tenemos el compromiso de que se revisarán, antes de su puesta en marcha, las competencias exclusivas de las Matronas en la revisión del PAI.

P. Sabemos que te involucras en numerosas actividades y nos ha llamado la atención el Aula de puerperio y crianza. Una de tus compañeras definía muy acertadamente esta iniciativa como "un espacio educativo para empoderar a la mujer". ¿Qué nos puedes contar al respecto de esta actividad?

R. Bien, este proyecto se inició como una colaboración de la Unidad de Gestión Clínica Materno-Fetal, Genética y Reproducción y la Unidad Docente de Matronas en el año 2012, como una escuela de padres en la que se ofrecían charlas en grupo a mujeres ingresadas, gestantes y puérperas, lo que llevado a la práctica generaba muchas dificultades organizativas y logísticas para la formación de grupos. En 2016, un grupo de Matronas, enfermeras y residentes de Enfermería en Ginecología y Obstetricia elaboramos la *Guía de atención al Aula de Puerperio y crianza*, avalada por la Comisión Central de Calidad del Hospital Universitario Virgen del Rocío y por la Asociación Andaluza de Matronas. A partir de ahí se inició el actual modelo de Aula de Puerperio, donde la atención a la familia se hace individualizada con el apoyo del hospital, que dedicó un espacio, dentro de la hospitalización de puerperio, residentes de segundo curso de Matronas y una matrona referente. Valga como dato asistencial que en 2023 se atendieron un total de 2.900 mujeres, el 66% de las mujeres



Jornadas de investigación

puérperas ingresadas. Esta actividad si no única, sí ha sido pionera en España y va destinada a mujeres ingresadas en las plantas de hospitalización de puerperio del Hospital de la Mujer e incluso mujeres puérperas con sus recién nacidos y sus familiares tras el alta hospitalaria desde sus domicilios, con la ventaja añadida de dar a las familias la posibilidad de ser atendidos vía telefónica en horario de mañana, ofertando así otro punto de ayuda para la mujer en las difíciles 48-72 horas tras el parto, además de la atención de la matrona de su centro de salud que sigue su evolución puerperal y puede solventar las dudas que le surjan. El objetivo de esta actividad es empoderar a la mujer en este momento de su vida lleno de cambios, novedades y descubrimientos, y ofrecerle recursos y claves que podrá utilizar en ese mismo instante y posteriormente. La primera información sobre la existencia de esta aula la reciben las mujeres en la educación maternal de los centros de salud, que pertenecen al área de nuestro hospital; así, tras el ingreso, en el proceso de parto y posparto inmediato, se les informa de este recurso por parte de las Matronas gracias a un díptico informativo.

Por otra parte, el Aula de Puerperio y Crianza representa la puesta en práctica de las competencias y nivel de autonomía que los residentes de segundo año han adquirido en su formación previa, tutorizada a la atención de la mujer en el aula. Se trata de un servicio único que ofrece nuestro hospital, del que se benefician tanto las familias que acuden a él como los propios residentes y profesionales. Constituye, además, una fuente de datos muy importante para la investigación, realizando estudios que han ayudado a través de sus resultados a realizar mejoras en la práctica clínica. Otro aspecto positivo que tiene el aula para la formación del residente es permitirle participar activamente en la gestión y realización de actividades, utilizando las nuevas herramientas digitales de que dispone el hospital para prestar ayuda al máximo número de familias, videos tutoriales, infografías, QR para acceso a información, etc.



Aula de Puerperio y Crianza en el Hospital Virgen del Rocío

P. Desde 2022 formas parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) del Ministerio de Sanidad, una experiencia más a sumar a tu larga trayectoria profesional en línea con tu actividad formativa. ¿Qué es lo que te reporta ser vocal de esta comisión, además de un trabajo ímprobo como me consta?

R. Está siendo una gran experiencia trabajar con Matronas de tanta experiencia y prestigio, estoy aprendiendo en un aspecto fundamental para la docencia: garantizar que las unidades docentes que se van acreditando cumplan los requisitos para poder formar Matronas y a la vez aportar mi humilde granito de arena en todo lo que puedo, sobre todo del trabajo de campo en la Unidad Docente. Hay muchos temas importantes encima de la mesa; la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Matrona (CNENFOBG) vive un momento igualmente complicado: se ataca la formación desde distintos ámbitos, sirva de ejemplo las enfermeras que realizan un máster en un país contiguo comunitario, que los titula en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), y que les puede servir como trampolín para saltarse un examen EIR y 3.600 horas de formación especializada y, lo peor, que es evidente que al llegar a este país tienen una falta de conocimientos y habilidades fundamentales para el ejercicio de la profesión. Es un tema prioritario saber la actitud del ministerio sobre el reconocimiento y si las consejerías debieran aceptar estas titulaciones para contratar Matronas.

Por otro lado, es necesario actualizar el programa formativo del 2009, ya que se han producido muchos cambios en los programas de salud de la mujer, perspectiva de género, modelo de familia, etc.

Los programas formativos de distintas especialidades confluyen en actividades de promoción de la salud de la mujer y familia, esto debería generar áreas de mejora en Atención Primaria y Atención Especializada, pero en la práctica real se produce un intrusismo claro de profesionales no especializados a las competencias que no se realizan por Matronas, lo que supone una asistencia no cualificada hacia la mujer. De ahí la importancia de que el CNENFOBG garantice que la formación de los residentes en Atención Primaria se realice por Matronas y que la formación teórica-práctica en hospitales se lleve a cabo por Matronas en el 70% del contenido.

La estructura de la formación de Matronas en España actualmente es muy complicada, coexistiendo UDENFOBG con UDM, donde cada una organiza la formación con formatos diferentes, con o sin apoyo económico de sus distintas consejerías, comisiones de docencia y unidades de gestión hospitalaria, con el único punto en común para todas que es el POE. Mi sensación es que hay muchas desigualdades en función de la comunidad que sea, y el apoyo

de esa consejería a la especialidad y a sus profesionales. Pongo un ejemplo, nuestros residentes solicitan rotaciones externas en Cataluña en Atención Primaria, porque allí, en cada centro, hay una o dos Matronas desarrollando una cartera de servicios amplísima, esto es una realidad.



Ministerio de Sanidad

P. ¿Hay futuro para nuestra profesión?

R. Esta profesión siempre tendrá futuro porque estaremos siempre donde esté una mujer, es la profesión más antigua del mundo, lo hemos demostrado durante siglos, eso lo sabemos todos, pero en pleno s. XXI las Matronas tienen que estar a la altura de una profesión que nos exige una actualización continua, investigación en todas las áreas y divulgar el trabajo científico. Matronas también en la gestión, en la docencia, en la investigación, etc., no solo en la asistencia, todo esto es lo que hace que una profesión progrese. Nos tenemos que centrar en lo que de verdad nos ayuda, y no es otra cosa que la excelencia en la formación y en la actividad diaria, es la forma objetiva de repetirles y demostrarles a los gestores lo que ya saben, aunque no lo pongan en práctica tantas veces: lo económico que resulta una matrona y la importancia que tiene en la salud de la mujer.

Necesitamos Matronas líderes que nos representen en todos los foros donde tenemos que estar, con verdadera vocación, ya estamos cansados de ver gente que se posiciona en organizaciones que dicen representarnos y lo que vemos son sillones ocupados, con intereses partidistas y poco interés general.

P. Y después de hablar de vocación, pasemos a hablar de devoción. ¿Cuáles son tus hobbies?

R. Mis *hobbys* han ido cambiando, la mayor afición que he tenido ha sido la guitarra, durante muchos años era mi compañera del alma.. ja, ja, ja, ja. Ahora me encantan los viajes con la familia y los amigos, disfrutar los pocos momentos que me dejan. Me gusta mucho hacer turismo gastronómico, el cine, los conciertos... y hacer puzzles con mi hija.



Con el grupo de simulación impartiendo un curso de emergencias obstétricas

P. ¿Con qué sueñas para tu jubilación, aunque te queden aún unos años de trabajo activo?

R. El día que deje la mochila... Uffff, seguir disfrutando de mi familia, adaptarme a una vida más tranquila, no será fácil al principio, pero no creo que me aburra. Es difícil pensar en el descanso, tengo muchas cosas que hacer aún, ¡¡no me lo voy a creer el día que llegue!!

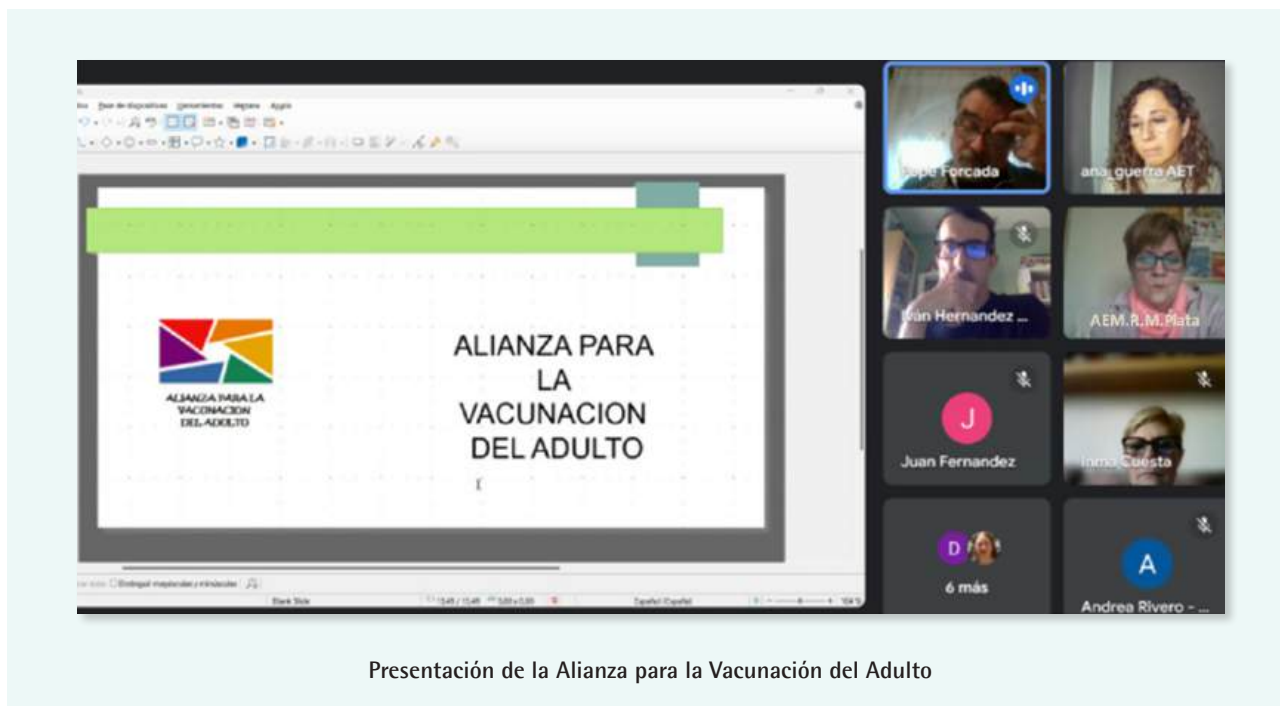
Sacri, en nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio, agradecerte que nos hayas concedido parte de tu tiempo y por todo lo aportado a la profesión.

Sirva esta entrevista como el reconocimiento, muy merecido, que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando, para dar visibilidad a tantas personas, que han formado o forman parte de su historia, como en tu caso, trabajando por un mejor futuro para nuestra profesión y las mujeres. Gracias.

ATENEA
Redactora AEM

AGENDA

Adhesión de la AEM a la Alianza para la vacunación del adulto



Presentación de la Alianza para la Vacunación del Adulto

La Asociación Española de Matronas (AEM) viene colaborando desde hace años con la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC) para que las matronas se formen en vacunología dirigida a la mujer gestante y al niño. Es desde esta asociación enfermera que surge, a finales del pasado 2024, la idea de crear una gran alianza de sociedades científicas de enfermería y médicas, en la que los organizadores pensaron que sería muy importante que las matronas estuviéramos en este proyecto. Se trataría de un proyecto liderado por la profesión enfermera. Por parte de la AEM, no se puso en duda la oferta y desde el inicio se ha integrado en esta iniciativa con el propósito de fortalecer la cultura de la vacunación en todas las edades y resaltar la importancia de la inmunización en la población adulta.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) publica cada año el Calendario Común de Vacunaciones e Inmunizaciones a lo largo de toda la vida. La importancia de este calendario es que en él se recogen las vacunaciones y las inmunizaciones necesarias que abarcan desde el embarazo, pasando por la lactancia, la niñez, la adolescencia hasta la edad adulta.

La idea de que las vacunas son para toda la vida incide en la cultura vacunal para todas las personas y a todas las edades. La vacunación del adulto ha alcanzado una mayor trascendencia con la inclusión de nuevas vacunas, que previenen principalmente algunas infecciones de carácter respiratorio, especialmente gripe, neumococo, covid-19, pero también herpes zóster e, incluso, actualmente ya se dispone de una vacuna frente al virus respiratorio sincitial (VRS).

En cuanto a las mujeres embarazadas, la vacunación frente a la tosferina (dTpa) en cada embarazo, frente a la gripe (cuando el embarazo se desarrolla durante la temporada gripal, en cualquier momento de él) y frente a la covid-19 en la misma situación, es muy importante tanto para la protección personal como para el feto y el recién nacido. En el caso de no producirse la vacunación durante el periodo del embarazo, durante el puerperio se protege igualmente al recién nacido.

Las coberturas vacunales a nivel nacional de estas vacunas ya incluidas en los calendarios de las CC.AA. no están

publicadas, aunque por los datos ofrecidos por algunas CC.AA. los resultados no son los deseados.

Tan solo se dispone de tasas de coberturas de la vacunación antigripal en grupos de población mayor de 64 años, a nivel del estado español y por cada comunidad autónoma. En muy pocos casos se dispone de tasas de cobertura por grupos de riesgo. Los últimos datos a nivel nacional datan de la temporada 2017.

Las administraciones sanitarias, las SSCC y todo el mundo sanitario, especialmente por parte de enfermeras/os, debemos realizar un gran esfuerzo para proteger la salud de la población que atendemos.

El año 2019, el CISNS publica el primer Calendario Común de Vacunación a lo largo de toda la vida. Este calendario se ha venido actualizando anualmente, pasando a denominarse para el año 2024 como *Calendario Común de Vacunaciones e Inmunizaciones a lo largo de toda la vida*.

Se trata de un calendario de mínimos que todas las CC.AA. tienen la obligación de adoptar para su territorio. A partir de sus competencias en materia de Sanidad, las CC.AA. pueden incluir en él otras vacunas o modificar las pautas de administración.

Hasta el momento, se ha constituido un comité de trabajo con la participación de todas las sociedades involucradas y se ha presentado la Alianza a la industria farmacéutica, con el fin de explorar vías de colaboración en la promoción de la vacunación en adultos.

Asimismo, los próximos pasos pasan por la presentación ante la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y las direcciones generales de salud pública autonómicas. También se iniciarán reuniones con asociaciones de pacientes y de personas mayores para fortalecer la difusión del mensaje y promover una mayor concienciación sobre la vacunación en adultos.

Para incrementar la cobertura vacunal en la población adulta, es fundamental un trabajo conjunto entre todos los sectores implicados. Los profesionales sanitarios deben reforzar su formación en inmunización y asumir un papel activo en la recomendación de vacunas, independientemente del ámbito en el que ejerzan. Por su parte, la sociedad y las asociaciones de pacientes juegan un papel clave en la difusión de información y en la concienciación sobre la importancia de la vacunación en todas las etapas de la vida. Además, las administraciones públicas tienen la responsabilidad de diseñar y promover estrategias y campañas que contribuyan a mejorar las tasas de vacunación en adultos.

Objetivos de la "Alianza para la vacunación del adulto"

Para poder alcanzar las tasas de cobertura deseadas, es necesario un esfuerzo por parte de todos los actores implicados en la vacunación, e incluso en aquellos actores que aunque no lo están, deberían estarlo, pues las vacunaciones tienen un carácter transversal y no solo implican a la Atención Primaria, forman parte de los estilos de vida saludables (según indica la Organización Mundial de la Salud) y sabemos que todas las personas de todas las edades pueden ser susceptibles de una recomendación vacunal, por parte de cualquier profesional sanitario que la atiende.

También es necesario un esfuerzo formativo e informativo por parte de las administraciones públicas, con un doble objetivo:

- Por una parte, mejorar la formación de los profesionales sanitarios, tanto del sistema público como privado, ya que este último también debe estar implicado en las recomendaciones de vacunación a las personas que atienden, especialmente las personas de riesgo.
- Por otra parte, la información a la población y su educación en un tema tan fundamental como es la prevención de las enfermedades y el propio compromiso con su salud y la de su entorno.

Desde las SSCC también tenemos un reto, formar e informar a nuestros socios/as en las vacunas y las inmunizaciones, y en la recomendación vacunal, ya que el consejo del médico/a y la enfermera/o son fundamentales para que las personas que atendemos se inmunicen.

Concretamente, en el caso de las enfermeras/os es especialmente importante, ya que las vacunaciones forman parte de los cuidados de enfermería, que deben ser aplicados a todas las personas, independientemente de su edad. Es por ello, por lo que la formación de las enfermeras y su recomendación vacunal a la población es fundamental.

Así pues, proponemos los siguientes objetivos:

- Formar a los profesionales sanitarios en la cultura vacunal y las inmunizaciones.
- Trabajar con la sociedad y las asociaciones de pacientes en la información y formación sobre necesidades vacunales.
- Trabajar con las administraciones públicas para la mejora de las tasas de coberturas vacunales.

A continuación, se citan las sociedades científicas participantes en la ALIANZA: enfermería, matronas, familia y comunitaria, geriatría y preventiva:

- Asociación Despertando Enfermería (AdeNfermero).
- Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).
- Asociación de Enfermería y Salud (AEES).
- Asociación Española de Matronas (AEM).
- Asociación de Especialistas de Enfermería del Trabajo (AET).
- Asociación Española de Vacunología (AEV).
- Asociación Española de Enfermería y Vacunas (ANENVAC).
- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).
- Federación de Asociaciones de Matronas (FAME).
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG).
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFC).
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS).
- Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (SEMST).

La Fundación Alcohol y Sociedad y la Asociación Española de Matronas renuevan su compromiso con la prevención del consumo de alcohol en mujeres embarazadas



Madrid, 28 de febrero de 2025.

La Asociación Española de Matronas y la Fundación Alcohol y Sociedad (FAS) han renovado el acuerdo de colaboración que mantienen desde 2019 para concienciar a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia sobre la necesidad de apostar por el consumo cero de alcohol en esta etapa de su vida. Aunque los datos sobre incidencia del síndrome alcohólico fetal en España son mínimos, ambas entidades quieren seguir aportando información para que esta tendencia positiva se mantenga en nuestro país.

“En la Fundación Alcohol y Sociedad trabajamos desde 2000 para prevenir el consumo de alcohol en menores de edad a través de la educación, por lo que este acuerdo de colaboración va a servir para que ahondemos más en este objetivo, fijándonos también en los nonatos y en las madres gestantes y en periodo de lactancia”, señaló la Directora de Relaciones Institucionales de la Fundación Alcohol y Sociedad, Silvia Jato, tras la firma del acuerdo. De este modo, la Fundación Alcohol y Sociedad refuerza su labor prioritaria de proteger a los menores de edad.

La Asociación Española de Matronas ha puesto el acento en el cuidado y protección que necesitan las madres gestantes y lactantes, que han de vigilar sus hábitos alimentarios y de consumo en esta etapa de su vida. Así, la Presidenta de la Asociación Española de Matronas, Rosa María Plata, ha recordado que "consumir cualquier tipo de bebida alcohólica durante el embarazo puede conducir a un aborto espontáneo o una variedad de discapacidades conocidas como trastornos del espectro alcohólico fetal, por lo que es necesario contar con información y apostar por un consumo cero de alcohol en esta etapa de la vida".

El trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF) es un conjunto de patologías que afectan el normal desarrollo del feto durante el embarazo, ocasionadas por el consumo de alcohol en la etapa prenatal, dado que los niveles de alcohol en la sangre de la madre pasan a través del cordón umbilical.

Para la Directora de Relaciones Institucionales de FAS, Silvia Jato, "es vital concienciar de la necesidad de realizar un

consumo cero de alcohol durante el embarazo, y desterrar ese falso mito de que el consumo de pequeñas cantidades no hace daño. No hay ninguna cantidad ni ningún tipo de bebida alcohólica que podamos considerar seguro durante la gestación", especifica.

Sobre la Fundación Alcohol y Sociedad

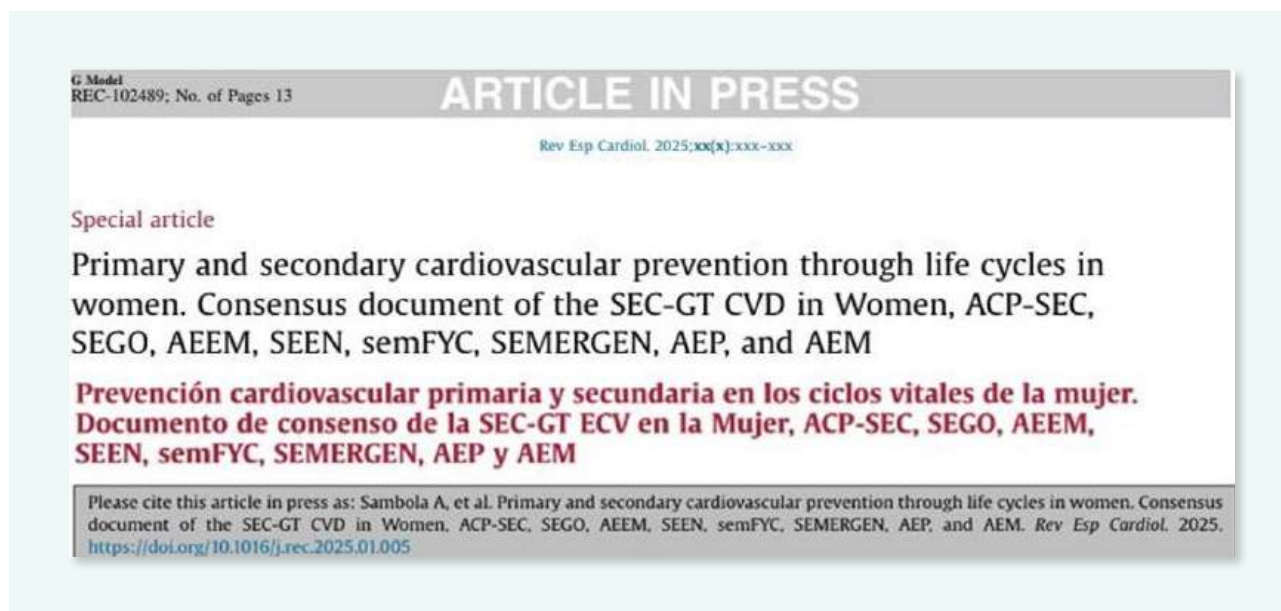
La Fundación Alcohol y Sociedad es una entidad sin ánimo de lucro, creada en el año 2000, con el objetivo principal de eliminar hábitos indebidos en el consumo de alcohol. Financiada por la Federación Española de Espirituosos (Espirituosos España), trabaja de forma independiente con vocación de servicio público, para ofrecer a la sociedad información rigurosa junto a soluciones realistas y viables a través de todos sus proyectos.

www.alcoholysociedad.org



Rosa Mª Plata junto a Silvia Jato en la firma del acuerdo de colaboración

La AEM participa en la Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares en mujeres



El documento de consenso es fruto de un trabajo multidisciplinar, que tiene en cuenta los riesgos asociados a todas las etapas de la vida de las mujeres y las diferencias respecto a los hombres.

El Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona) ha participado en la creación de un documento de consenso con expertos y expertas en numerosas especialidades clínicas para mejorar el diagnóstico y abordaje de las enfermedades cardiovasculares en mujeres a lo largo de toda su vida. En la guía han participado profesionales de los Servicios de Cardiología y de Obstetricia y Ginecología del citado hospital, de los grupos de Enfermedades Cardiovasculares y de Medicina Materna y Fetal del Vall d'Hebron Instituto de Investigación (VHIR) y del CIBER de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV). El trabajo, coordinado por la Sociedad Española de Cardiología, ha sido publicado en la *Revista Española de Cardiología*.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en mujeres. En los últimos años, además, se ha observado un incremento de casos de infarto de mio-

cardio en mujeres jóvenes. "La detección temprana de estas patologías, a menudo infradiagnosticadas en mujeres, es esencial para reducir el riesgo y mejorar la supervivencia y la calidad de vida. Esta guía quiere concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del abordaje de las enfermedades cardiovasculares en mujeres, dar a conocer algunas de las diferencias entre hombres y mujeres, y ofrecer recomendaciones específicas para prevenir complicaciones en función de cada etapa de la vida", destaca la Dra. Antonia Sambola, quien lideró el consenso desde el Servicio de Cardiología y el grupo de Enfermedades Cardiovasculares del VHIR.

"Se trata de un trabajo importante porque es fruto de un consenso entre diversas especialidades, incluyendo Medicina Familiar y Comunitaria, Obstetricia y Ginecología, y Cardiología, y tiene en cuenta la salud cardiovascular de las mujeres en las distintas etapas de la vida. El trabajo multidisciplinario es fundamental en este ámbito y desde nuestro centro siempre hemos promovido esta colaboración", afirma la Dra. Antonia Pijuan, adjunta de la Unidad Integrada de Cardiopatías Congénitas del Adolescente y el

Adulto de Vall d'Hebron-Sant Pau e investigadora del grupo de Enfermedades Cardiovasculares del VHIR.

Desde la adolescencia hasta la menopausia

La guía, elaborada por 16 personas expertas en diferentes especialidades, pone énfasis en los riesgos específicos de cada fase de la vida de las mujeres y en las posibles alteraciones que pueden aparecer debido al papel que desempeñan las hormonas sexuales en el control del metabolismo y en el funcionamiento del sistema cardiovascular.

Así, por ejemplo, se destaca la importancia de la terapia hormonal sustitutiva en mujeres con síndrome de ovario poliquístico o menopausia, especialmente cuando es precoz. Estas situaciones, en las que los niveles de estrógenos disminuyen, se asocian a resistencia a la insulina, obesidad o hipertensión, por lo que su control es importante para reducir el riesgo cardiovascular.

El documento también incluye recomendaciones para el embarazo y el posparto, etapas en las que el cuerpo experimenta muchos cambios metabólicos asociados a un mayor riesgo cardiovascular, especialmente en mujeres que previamente ya presentan obesidad, hipertensión o diabetes. "Controlar los factores de riesgo cardiovascular durante el embarazo y los meses posteriores al parto es imprescindible para la salud de la mujer y también la del feto. Por ello, es necesario un equipo multidisciplinario que ayude a

detectar los riesgos de forma temprana y permita mejorar la salud", asegura la Dra. María Goya, adjunta del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vall d'Hebron e investigadora principal del grupo de Medicina Materna y Fetal del VHIR.

Controlar los factores de riesgo para prevenir complicaciones cardiovasculares

Finalmente, los y las profesionales que han participado en la guía inciden en la necesidad de conocer los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares y abordarlos desde una perspectiva de género. Por este motivo, es fundamental tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres, como el incremento de la tensión arterial o de los niveles de grasa en sangre debido al uso de anticonceptivos o la menopausia, así como el mayor riesgo de enfermedades autoinmunes, cáncer de mama o ansiedad y depresión en mujeres.

"Hasta ahora, sigue faltando mucha información sobre los tratamientos más eficaces para las mujeres, ya que históricamente los estudios que se han llevado a cabo han sido mayoritariamente con hombres. Es necesario fomentar los ensayos clínicos que nos permitan conocer mejor la influencia de las diferencias en el riesgo cardiovascular y encontrar tratamientos personalizados más efectivos y más seguros que los que existen actualmente", concluyen las investigadoras.

Participación de la AEM en la nueva campaña de salud oral y embarazo 2025



Las campañas de salud oral y embarazo son habituales, hasta la fecha se han organizado cuatro, la última, en 2021. La acogida de estas campañas ha sido siempre muy buena, tanto por parte de los Colegios de Dentistas, como de los profesionales y las mujeres embarazadas participantes. Estas campañas son amables y permiten acercarnos no solamente a la mujer embarazada, en materia de educación sanitaria, sino también a los primeros cuidados del recién nacido y lactante. Por todo ello, se propone realizar la 5ª edición de la campaña en 2025.

Propuesta de contenidos:

Para esta campaña se proponen las siguientes acciones:

- Desarrollar, como habitualmente, un *microsite* actualizado de la campaña Salud Oral y Embarazo (saludoral-yembarazo.es).
- Actualizar y reeditar la *Guía de salud oral en el embarazo*, dirigida al público general, en formato digital, así como el *Manual Niño Sano Boca sana* (también en formato digital).
- Incorporar nuevas Fichas de educación sanitaria y un Decálogo para la mujer embarazada.
- Preparar material divulgativo (libreto de educación sanitaria) para distribuir a una amplia muestra representativa de Centros de Atención Primaria, con el objetivo de incluir información sanitaria bucodental en los cursos preparto que las matronas imparten a las mujeres embarazadas.
- Aprovechar la campaña para realizar una encuesta a las mujeres embarazadas sobre varios aspectos de su comportamiento frente a la salud oral. Esto permitirá llevar a cabo un Libro Blanco sobre la salud oral en el embarazo en España, información que sería novedosa y de la que no se dispone de datos. Para la recogida de la información se propone incluir una encuesta en soporte papel en el propio libretto divulgativo, encuestas que serían recogidas por las matronas durante las charlas de educación sanitaria y posteriormente enviadas en sobre franqueado al Consejo General para su informatización y análisis. Paralelamente, la encuesta en formato electrónico estará también disponible en el *microsite* de la campaña.

Material divulgativo para Centros de Atención Primaria (matronas)

La gran novedad de esta campaña se centra precisamente en facilitar un material educativo de calidad (libreto ilustrado) que pueda ser distribuido entre las mujeres embarazadas que asisten a las sesiones de educación sanitaria en sus respectivos centros de salud. Ese material se complementa con un vídeo explicativo sencillo y una presentación Power Point que recogen los principales problemas bucodentales ligados al embarazo así como los consejos de autocuidados, preguntas frecuentes y visitas al dentista. También se incorporan algunos consejos de cuidados bucodentales para el recién nacido (prevención de caries temprana de la infancia, medidas higiénicas, revisión dental al año, etc.).

Encuesta a mujeres embarazadas

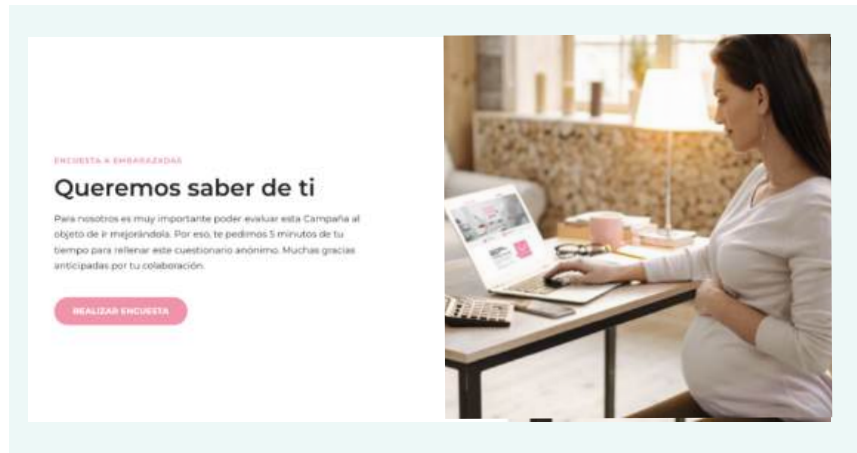
Se aprovecha la campaña para realizar una encuesta a las mujeres embarazadas sobre varios aspectos de su comportamiento frente a la salud oral. Esto permitirá llevar a cabo un Libro Blanco sobre la salud oral en el embarazo en España, información que será novedosa y de la que no se dispone de datos. Para la recogida de información, además de la encuesta física en papel que recogerán las matronas durante las charlas, se habilitará la encuesta en formato electrónico en un apartado del *microsite* de la campaña. Sin embargo, es importante resaltar que, al objeto de poder obtener una muestra representativa de mujeres embarazadas, la recogida de encuestas en formato papel al final de la charla es clave. Se proporcionará un sobre franqueado para introducir las encuestas y remitirlas.



Campaña de salud oral y embarazo

Los resultados procesados de las encuestas permitirán la elaboración de un Libro Blanco sobre la salud oral de las mujeres embarazadas en España, destacando los hábitos saludables, las principales patologías orales percibidas (gingivitis, vómitos, erosión dental y sensibilidad, etc.) y

algunos aspectos sobre el nivel de conocimientos de la relación salud oral y embarazo. Los contenidos de este libro serán consensuados con las asociaciones de matronas participantes en la campaña e incluirán, al final, una serie de recomendaciones.





Enferteca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentra@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías



enferteca.com

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360°:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a internet.

 grupo
paradigma

Soluciones para el mundo enfermero