



Mamá y bebé (1988). Emilio Barreiro Soto

SUMARIO

Editorial

Originales

- Sátira y debate en torno al *man-midwife* y la defensa de las matronas

Revisiones

- La placenta, un tesoro inagotable
- Desarrollo de la identidad profesional: el rol de los tutores clínicos en la formación de estudiantes de Obstetricia (Matrona)
- Deporte y embarazo, papel de la matrona
- Evaluación y medición de la hemorragia posparto tras parto vaginal, revisión bibliográfica

Echando la vista atrás

¿Conocimiento empírico o pensamiento mágico por parte de las matronas en el siglo XXI?

Entrevista

Entrevista a Matilde Fernández y Fernández Arroyo

Agenda

- La AEM y el Plan Nacional de Sangre de Cordón (PNSCU)
- Reunión de ANENVAC con la dirección general de Salud Pública



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. 13 - nº 2 septiembre-noviembre 2025

Editorial

4

Originales

- Sátira y debate en torno al *man-midwife* y la defensa de las matronas 6
 Rosa M^a Plata Quintanilla, Alba Díaz-Ibarbia

Revisiones

- La placenta, un tesoro inagotable 19
 Ángela Torres Díaz, Teresa Morilla Aragón
- Desarrollo de la identidad profesional: el rol de los tutores clínicos en la formación de estudiantes de Obstetricia (Matrona) 31
 Carolina Pérez-Pérez, Catalina Argüello-Gutiérrez
- Deporte y embarazo, papel de la matrona 37
 Leticia Lledó Gómez, Patricia Vázquez Gay, Elena Fernández García
- Evaluación y medición de la hemorragia posparto tras parto vaginal, revisión bibliográfica 46
 Elena Basteiro Ginés, M^a Rosa Solans Oliva, Eudocia Guadalupe Miranda Saucedo

Echando la vista atrás

- ¿Conocimiento empírico o pensamiento mágico por parte de las matronas en el siglo XXI? 51
 Rosa M^a Plata Quintanilla

Entrevista

- Matilde Fernández y Fernández Arroyo 54

Agenda

- La AEM y el Plan Nacional de Sangre de Cordón (PNSCU) 60
- Reunión de ANENVAC con la dirección general de Salud Pública 61

Editorial

Socavando la salud sexual y reproductiva de la mujer

Recientemente leía un interesante editorial en el *New England Journal* titulado *Undermining Women's Health Research - Gambling with the Public's Health* que se podría traducir como *Minando la investigación sobre la salud de las mujeres: jugando con la salud pública*. En ella, los autores, encabezados por la Dra. Armanda N. Kallen del departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, denunciaban que las acciones de la administración Trump estaban poniendo en grave peligro el futuro de la salud de la mujer, por los recortes aplicados a un foco central de la investigación sobre mujeres, el Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano (NICHD).

Para la mayoría será desconocido este instituto de investigación, bajo el nombre de Eunice Kennedy Shriver, una agencia del gobierno federal estadounidense que realiza investigaciones sobre temas de salud (1962). Lleva el nombre de la hermana del entonces presidente John F. Kennedy porque fue quien le sugirió a este la posibilidad de que la triste historia obstétrica de su esposa Jacqueline en la que, además de sus dos hijos vivos, contabilizaba un aborto espontáneo, el nacimiento de una hija muerta y el nacimiento prematuro de su último hijo que irremediablemente falleció a las pocas horas y que tanto marcaron a su esposa, pudieran haber sido derivadas de problemas de salud de base y/o problemas sobrevenidos evitables en sus embarazos.

Eunice, mujer sensible, socialmente comprometida y gran defensora de causas sociales, estaba convencida de la necesidad de un mayor enfoque en la salud de las mujeres y los niños en Estados Unidos. Con estas dos premisas, convenció al presidente para que apoyara la creación de un instituto federal dedicado a investigar el desarrollo humano a lo largo de todo el proceso de la vida. Este debía fundarse con un enfoque en la comprensión de las discapacidades y los acontecimientos importantes que ocurren durante el embarazo, con el fin de reducir las muertes infantiles, promocionar embarazos y partos saludables, investigar el crecimiento y el desarrollo y los problemas de los defectos de nacimiento y un entendimiento de la salud reproductiva.

El presidente atendió su iniciativa y fundaron este emblemático instituto con el objetivo de comprender y atender un amplio rango de problemas de salud reproductiva y ginecológica de las mujeres como tarea prioritaria. En su área de salud materna, buscan soluciones basadas en evi-

dencia científica para reducir las causas prevenibles de las muertes relacionadas con el embarazo, y mejorar la salud antes, durante y después del parto.

Desde entonces, la investigación realizada y financiada por el NICHD ha ayudado a salvar vidas, mejorar el bienestar y reducir los costos sociales asociados con las enfermedades y las discapacidades. No en vano hay que recordar como apuntan los autores, *"que las mujeres representan aproximadamente la mitad de la fuerza laboral estadounidense y a menudo se desempeñan como cuidadoras no remuneradas de niños y otros miembros de la familia, pero los problemas de salud pueden limitar su capacidad para trabajar y mantener a sus familias"*. En consecuencia, las inversiones para mejorar la salud durante el embarazo, afirman ellos mismos, *"representan una herramienta poderosa para romper los ciclos intergeneracionales de enfermedades"*.

La misión del NICHD es garantizar que todas las personas nazcan sanas y queridas, que las mujeres no sufran los efectos nocivos de los procesos reproductivos y que todos los niños tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial para llevar una vida sana y productiva; igualmente garantizar la salud, la productividad, la independencia y el bienestar de las personas a través de una rehabilitación óptima.

Este editorial me ha hecho pensar en la situación terrible que denuncian los autores y conectarme con la que actualmente estamos viviendo en España, que lejos de poner el foco en la salud materno-infantil, se está alejando de ello, empezando por la protección a las matronas como vehículo fundamental para proteger y cuidar la salud sexual y reproductiva de las mujeres de nuestro país así como el futuro de sus hijos.

En un país como el nuestro que se vanagloria, fundamentalmente los políticos en el poder, por ser percibido como el país más feminista de Europa, parece que la salud de la mujer es un tema que no se pone encima de la mesa y eso no cuadra con esta denominación. Al contrario que EE.UU., cuya tasa de mortalidad materno fetal es de las mayores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), España con un gasto en salud inmensamente inferior, ha escalado ya hace años los primeros puestos de este importante ranking de los 38 países que componen esta organización.

Esto es una tarea que ha llevado lustros, empezando por las primeras medidas de protección a la maternidad a ini-

cios de siglo, hasta el programa de cobertura sanitaria universal. Hemos avanzado con paso seguro hacia el logro de mejoras sustanciales en salud general y específicamente de la mujer: más y mejores profesionales en la asistencia obstétrica ginecológica para reducir el riesgo de muerte materna mediante la planificación familiar; un mayor acceso a servicios de alta calidad antes, durante y después del parto, brindados por profesionales de la salud capacitados; estrategia para abordar las disparidades en la prestación de estos servicios esenciales de salud sexual y reproductiva destinados a la población femenina general; además del fortalecimiento del sistema de salud en general junto con acciones multisectoriales (por ejemplo, educación de la mujer, lucha contra la violencia), esfuerzos de colaboración que resultan cruciales para mejorar la vida de la sociedad, y en particular de las mujeres, y por extensión, de la sociedad que conformamos esta España.

Me enorgullece decir de forma incontestable que en gran parte estas mejoras han venido del ejercicio de las matronas que, desde la primera línea de atención, han estado y estamos procurando el bienestar sexual y reproductivo de las mujeres. Sin embargo, no se puede "seguir viviendo de rentas", el reconocido como uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo adolece de muchos problemas: disminución del gasto público en sanidad (si bien España se disfruta de una atención universalizada que llega al 99% de la población, que crece inexorablemente sin que las plantillas de profesionales lo hagan en proporción); descentralización de la gestión, que ocasiona disparidades entre CC.AA., etc. Todo ello está diluyendo las grandes fortalezas del sistema sanitario nacional, la calidad y la entrega de sus profesionales, y por cuya calidad de formación sanitaria eran reclamo para todos los países europeos que demandan profesionales formados en España.

El caso puntual del déficit de matronas es un ejemplo de las políticas erráticas, erróneas e irresponsables que ya hace tiempo que nos han posicionado en la realidad de

resultar insuficientes para la asistencia, tanto en Atención Primaria como Especializada, al no contemplar los políticos, con perspectiva a largo plazo desde muchos años, que era necesario fortalecer esta profesión invirtiendo sesudamente en nuestra formación para seguir brindando esta atención de calidad y resultados incontestables. Sin embargo, en un alarde de irresponsabilidad política y negación de su directa responsabilidad con la situación actual de riesgo extremo de matronas en el sistema nacional de salud (SNS), intentan solucionarlo traspasando a Atención Primaria competencias en salud sexual y reproductivas a quienes no están formados competencial y legalmente para ello, pero igualmente irresponsables y ambiciosos de reclamar y asumir unas competencias sin bagaje formativo en la materia.

Los políticos, salvando honrosas excepciones, con su sentido del cortoplacismo y el desprecio constante hacia la ciudadanía, obviando su inexcusable obligación de procurar el bien de sus conciudadanos, están contribuyendo a carcomer la salud sexual y reproductiva de las mujeres, algo que pagaremos muy caro, aunque desgraciadamente no seremos las únicas, porque la sociedad española, de resultas, también pagará el precio de esta incuria. No digo nada nuevo al afirmar que las políticas inversoras erróneas en salud, como la priorización de intervenciones ineficaces, la falta de enfoque en la prevención y promoción de la salud sumadas a la falta de inversión adecuada y mala gestión de recursos, siempre tienen graves consecuencias: la fundamental, el impacto negativo en la salud de la población.

Para llorar, este es el país feminista en el que lo más importante, cuidar la salud de las mujeres, ¡se pasa por alto!

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora Matronas Hoy

Sátira y debate en torno al *man-midwife* y la defensa de las matronas

¹ Rosa M^a Plata Quintanilla
² Alba Díaz-Ibarbia

¹ Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). Santander (Cantabria)

E-mail: rplataq@gmail.com

² Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). H.U. Marqués de Valdecilla. Doctora en Ciencias de la Salud. Santander (Cantabria)

Fecha de recepción: 13 de septiembre de 2024.

Fecha de aceptación: 8 de agosto de 2025.

Cómo citar este artículo:

Plata Quintanilla RM, Díaz Ibarbia A. Sátira y debate en torno al *man-midwife* y la defensa de las matronas. *Matronas Hoy* 2025; 13(2):6-18.

Resumen

Introducción: el hombre-partero en Gran Bretaña fue un fenómeno del siglo XVIII, que tuvo sus inicios en Francia a finales del siglo XVII, y que desató una batalla entre las parteras tradicionales y estos nuevos asistentes, al ver ellas amenazado no solo su sustento, sino su reputación y su labor social. Sin embargo, este enfrentamiento no solo se libró entre los dos oficios, sino en la sociedad.

Objetivos: analizar en profundidad el libro *Man-midwifery dissected* como crítica social a la introducción del *Man-Midwifery* en la Inglaterra del siglo XVIII.

Contribuir a hacer *historia de las mujeres* demostrando el papel importante de las mujeres parteras en la historia de la obstetricia.

Denunciar los mecanismos opresivos que permitieron este hecho a expensas de la desigualdad de género.

Material y método: traducción y análisis del libro *Man-midwifery dissected*, en cuyo frontispicio aparece el famoso grabado satírico con el título *A man mid-wife* por el que se iniciará el análisis.

Discusión: la asistencia de los *men-midwives* (varones parteros) basada en la superioridad de uso de instrumentos obstétricos no estuvo justificada porque la mayoría de los partos no necesitaba más que una asistencia profesional de parteras a las que les negaban la formación. El uso indiscriminado e innecesario de instrumentos, junto a la ambición y la ignorancia obstétrica, quebró muchas vidas maternas y fetales. A pesar de esto, creció el conocimiento científico en torno al parto, aunque excluyendo de la posibilidad de participación en este desarrollo a las parteras por una cuestión de género y la propia codicia de los parteros por un mejor estatus profesional, social y dinerario.

Conclusiones: el vasto movimiento de científicización, instrumentalización y medicalización del parto por los hombres excluyó a las parteras.

Las parteras, incluso iletradas, tenían mayores conocimientos del parto que los recién llegados *man-midwife*. La vía de acceso de los hombres a la asistencia obstétrica fue a través de la infravaloración y difamación de las parteras y el uso de instrumentos obstétricos.

Muchos de los comportamientos y las actuaciones de los primeros hombres *accouchers*, *men-midwives* no soportarían el juicio-ética que se impone a las actuaciones, médicas.

La carencia de formación y la mala instrucción de las parteras fueron las únicas causas de su inferioridad.

Palabras clave: *accoucher*; *man-midwife*; instrumentos obstétricos; moral; parteras; parteros; patriarcado; sexualidad; violencia de género.

Abstract

Satire and discussion around the "man-midwife" and advocacy for midwives

Introduction: in Great Britain, the "man-midwife" was an 18th century trend, which was initiated in France by the end of the 17th century, and started a battle between traditional midwives and these new assistants, as the former saw a threat not only for their income but also for their reputation and social work. However, this conflict was not only fought between both jobs, but also in society.

Objectives: to analyse in depth the book "Man-midwifery Dissected" as a social criticism to the introduction of the man-midwife in 18th century England.

To contribute to the history of women by demonstrating the important role of female midwives in the history of Obstetrics.

To expose the oppressive mechanisms which allowed this fact at the expense of gender inequality.

Materials and Method: translation and analysis of the book "Man-midwifery Dissected", with the famous satirical engraving titled "A man mid-wife" in its cover, which will be the start of the analysis.

Discussion: assistance by men-midwives (male midwives) was based on their superiority for using obstetric instruments, and not justified, because most births only required the professional assistance by midwives, who were denied training. The undiscriminated and unnecessary use of instruments, together with ambition and obstetric ignorance, broke many maternal and fetal lives. Regardless of this, scientific knowledge around delivery was increased, even though midwives were excluded of any potential involvement in this development, due to a matter of gender and the greed of male midwives in search of a better professional, social, and financial status.

Conclusions: midwives were excluded by men from the vast movement of scientificization, instrumentalization and medicalization of childbirth.

Midwives, even if illiterate, had greater knowledge of childbirth than the recently arrived "man-midwives". The route of access for men to obstetric assistance was through the underestimation and defamation of midwives and the use of obstetric instruments. Many of the behaviours and actions of this first accoucheurs and men-midwives would not pass the ethical judgement currently imposed on clinical actions.

Lack of training and poor education in midwives were the only causes for their inferiority.

Key words: midwives; male midwives; accoucheur; man-midwife; obstetric instruments; moral; sexuality; gender-based violence; patriarchy.

Introducción

La historia médica muestra consistentemente que las mujeres estuvieron ampliamente excluidas de la medicina hasta la segunda mitad del siglo XIX debido a barreras académicas. Este obstáculo provocaría que, en el siglo XVIII, las mujeres se vieran desafiadas por el rol femenino más tradicional de la historia: la partera.

Hasta los siglos XVII-XVIII el parto era un evento social y ritualista centrado en la comunidad, donde la gestión de los partos estaba a cargo de las mujeres y la sala de partos era un espacio exclusivo para ellas. No existía ningún tipo de regulación profesional que se conozca hoy en día, y estas profesionales eran formadas principalmente por parteras en ejercicio, fundamentalmente.

El hombre-partero en Gran Bretaña fue un fenómeno del siglo XVIII, que tuvo sus inicios en Francia a finales del siglo XVII. La invención del fórceps obstétrico brindó a los médicos la oportunidad de atender partos difíciles, a los que a menudo recurrían las parteras tradicionales si surgían complicaciones, como un parto obstruido. Esto, sumado al creciente conocimiento de la anatomía del embarazo y las enfermedades ginecológicas, brindó a los hombres una forma creíble de menospreciar a la partera tradicional, insistiendo en que el conocimiento y el instrumental médico (en manos exclusivas de los hombres) significaban que eran las "manos más seguras" [1].

Si bien los hombres dominaban la literatura académica sobre el parto, la mayoría de los nacimientos seguían siendo atendidos por parteras. Sin embargo, el control de los escritos permitió a prominentes parteros socavar aún más a la partera tradicional al publicar casos que habían atendido. Muchos de estos casos involucraban una situación en la que el partero "salvó la situación" y la partera era retratada como ignorante, supersticiosa e imprudente. Incluso el prominente partero William Smellie, quien a menudo trabajaba junto a parteras tanto en partos como en docencia, publicó estos casos en su *Colección de Casos y Observaciones sobre Partería* [2].

En 1726, en Edimburgo, la obstetricia se convirtió en parte de la enseñanza médica cuando el Ayuntamiento de Edimburgo creó la primera Cátedra de Obstetricia del mundo. Posteriormente, Thomas Young se convirtió en el primer profesor universitario de Obstetricia en Gran Bretaña en 1756, en la Universidad de Edimburgo. Young también contribuyó a establecer la enseñanza clínica de la obstetricia al crear una sala de partos en la Royal Infirmary de Edimburgo. Esto permitió que los médicos adquirieran experiencia en partos sin necesidad de competir con las parteras inglesas. También ayudó a eliminar cualquier resistencia a los hombres-partero y la barrera del pudor, ya que las mujeres tenían que aceptar ser examinadas y asistidas en el parto por estudiantes varones para poder acceder

a la sala. En 1833, el profesor James Hamilton realizó una campaña y logró que la obstetricia fuera una asignatura obligatoria para obtener el título de médico en Edimburgo. El aumento de obstetras con formación universitaria garantizó que el hombre-partero ocupara una posición estimada en la comunidad médica [1].

La ética del conocimiento científico

William Smellie (1697-1763) contribuyó a promover y elevar el papel del partero mediante la publicación de un *Tratado sobre la teoría y la práctica de la partería* en tres volúmenes, que no solo explicaba claramente el mecanismo del parto, corregía numerosos conceptos erróneos y establecía normas sensatas para la práctica obstétrica, sino que también incluía ejemplos de casos de su propia experiencia al asistir a más de 1.500 partos. William Hunter (1781-1783), un anatomista escocés que pasó la mayor parte de su carrera en Londres y alumno de William Smellie, contribuyó a establecer la partería como disciplina médica mediante su estudio del embarazo [1].

Para 1755, circulaban rumores de que las mujeres del diario de Smellie, lo mismo que en el caso de Hunter, habían sido asesinadas. Recientemente (2010) ha vuelto a ponerse en cuestión su ética en un detallado estudio histórico, que concluía que ambos, motivados por el ego, la rivalidad personal y el deseo compartido de beneficiarse de ser aclamados como los principales médicos especialistas en partos de su época, sacrificaron vidas en su afán por estudiar los efectos físicos del embarazo y desarrollar nuevas técnicas, incitando al asesinato de docenas de mujeres, muchas de ellas en las últimas etapas del embarazo, para diseccionar sus cadáveres [3].

A lo largo del texto que se analiza se exponen muchos casos en los que queda al descubierto la falta de ética de muchos de los asistentes varones al parto, al anteponer también la vanidad de sus descubrimientos relacionados con nuevos instrumentales obstétricos, la falsedad de muchos de sus casos publicados, el desprecio hacia la vida de madres y fetos, la codicia profesional y económica y la sucia y desleal batalla contra las parteras.

Sexualidad y moral en la época georgiana

El fenómeno del hombre-partera (*man-midwife* en Inglaterra) se enmarca en la época georgiana (1714 a 1837), previa a la tan conocida victoriana; fue un periodo de transición hacia la modernidad del país, con avances en la industria, la ciencia y la cultura y en que las actitudes sexuales estaban cambiando, especialmente entre las clases altas. Esta etapa ya estaba marcada por un puritanismo exagerado y una tremenda represión sexual, que tendría el máximo apogeo en la era victoriana. Al mismo tiempo que se producía una infravaloración de la mujer, se la responsabilizaba de todos los males sociales de la época y se la exigía sumisión absolu-

ta al hombre. El matrimonio civil reducía el enlace religioso a un mero contrato entre dos partes en la que la mujer debía obediencia disciplinada y sumisión sexual al marido.

Hecha esta contextualización se podrá entender mejor la oposición social férrea a la manipulación de los hombres en los asuntos "íntimos de mujeres", la suposición (a veces cierta) de su lascivia facilitada y satisfecha por trabajar con la autoridad de erigirse en médicos de mujeres, la correspondencia y elección de mujeres modernas y/o reprimidas sexualmente de este tipo de asistentes; circunstancias que todas en conjunto consiguieron que los recién creados *accouchers* en Francia se expandieran por el resto del mundo. Los hombres aceptando esta "moda beneficiosa" porque así lograban su objetivo de salir de la consideración infima de cirujanos para ascender a profesionales reputados de la esfera de la medicina, con garantía de mayor prestigio social y poder adquisitivo.

Objetivos

- Poner de relieve la crítica social por la introducción de los hombres (*man-midwife*, *accoucher*) en el arte de partear ayudados por sus instrumentos obstétricos.
- De otra parte, pretendemos contribuir a hacer *historia de las mujeres* buscando el enfoque histórico crítico con la historia tradicional, fundamentalmente en este campo, recuperando el papel de las mujeres en la historia de la obstetricia, un papel ocultado por los mecanismos que ha desarrollado históricamente el patriarcado.
- Denunciar los mecanismos opresivos que permitieron este hecho a expensas de la desigualdad de género.

Material y método

Traducción y análisis del libro *Man-Midwifery dissected* [4] en cuyo frontispicio aparece el famoso grabado con el título *A man mid-wife*, que representa una sátira del recién creado partero varón y sobre el que se ejercía una fuerte crítica social que prevaleció hasta entrado el siglo XX, contra su introducción en el mundo de la asistencia al parto, tradicionalmente femenina hasta el momento.

Análisis y discusión

El dibujo

En la edición original de 1793 sobre la que se ha trabajado, depositada en el Museo Británico y digitalizada por Google Books, el dibujo no está coloreado y en su borde superior consta el lugar y la fecha de publicación del editor y autor del libro con la dirección de su negocio: *LonⁿPub. June 15 1793, by S W Fores N^o3 Piccadilly.*

Existen numerosas copias de este dibujo coloreadas a mano la mayoría de ellas, como la depositada en el Museo Británico [5], donde se expone inclusive una copia grabada al aguafuerte con gran precisión por otro artista [6]. El tamaño del libro, según la descripción de las medidas de los anteriormente mencionados grabados (Alt. 25,1 x 20,5 cm y Alt. 26,6 x 20 cm respectivamente), sería de bolsillo; el grabado endosado, dado que se observa una marca longitudinal, se infiere que era un desplegable que sobrepasaba el ancho de las hojas de la obra.

Centrándonos en el dibujo que antecede la obra [4], la mitad izquierda representa un despacho o consulta médica con un hombre elegante, vestido según la moda de la época, blandiendo una palanca (de Lowder) para extraer los fetos, un elemento que ya por la época se había hecho distintivo en la neófito práctica de asistencia a los partos por los hombres. En Francia, desde donde se expandió el uso de la asistencia masculina a los partos, ya habían acuñado nueva denominación para los varones introducidos en el arte de partear: *accoucher*, no así en Inglaterra.

Se puede leer: "*Un hombre medio mujer (o, en un juego de palabras, un hombre-matrona aludiendo al término mid-wife con que se nombra a las matronas en inglés) o un animal recién descubierto que no se conocía en la época de Buffon. Para una descripción más completa de este monstruo, ver un libro ingenioso recientemente publicado, precio 3/6 (3 peniques y 6 chelines), titulado Man Midwifery dissected (Hombre partera diseccionado), que contiene una variedad de casos bien autenticados, esclareciendo las propensiones de este animal a la crueldad e indecencia, vendido por el editor de este grabado, que ha presentado al autor lo anterior como frontispicio de su libro*". En algunas otras imágenes revisadas aparece este texto firmado por el caricaturista, con fecha de 13 de junio de 1793, en la edición analizada, se desconoce si originalmente no fue firmada o por problemas en la digitalización no aparece.

El Buffon al que se hace referencia en el pie del grabado era Georges-Louis Leclerc, Conde de Buffon (1707-1788), un naturalista, matemático y autor francés del que se llegó a decir que "*fue el padre de todo pensamiento en historia natural en la segunda mitad del siglo XVIII*" [7].

Continuando con la descripción pormenorizada del dibujo, se observan dibujados en los estantes superiores del despacho médico los instrumentos obstétricos descubiertos hasta el momento: fórceps, tijeras y gancho romo.

La desproporción del tamaño de estos instrumentos en comparación con la imagen del partero es grande, por lo que se deduce que el dibujante quería poner de manifiesto con esta discordancia que la práctica de estos recién llegados profesionales al arte de partear se centraba en estos instrumentos que se convirtieron en su arsenal "terapéutico", en comparación con las parteras que solo podían utilizar sus manos.

En los estantes inferiores se ven distintas botellas: *Love Water* (agua de amor), crema de violetas, *Eau de vie* (aguardiente) y curiosamente una botella de cantáridas, un estimulante con supuestas propiedades afrodisíacas. Además de lo inaudito de esta colección de afeites personales entre los útiles de trabajo médico, la frase que utiliza el caricaturista debajo era "*Este estante para mi propio uso*", lo que induce a pensar que ya el dibujante acusaba indirectamente a los hombres-parteros de aprovechar su trabajo para seducir a las mujeres, antesala de las acusaciones del libro. En el suelo hay un mortero grande, utensilio esencial empleado para la preparación de fórmulas magistrales, y que hace suponer, por su gran tamaño, que indicaba también la potestad de los médicos de poder prescribir tratamientos a base de preparados medicinales, formulaciones que elaboraban los boticarios. Por contra, la acción de prescribir también a las mujeres les estaba prohibido, limitándolas al uso de plantas con conocidos, históricamente por ellas, efectos benéfico-medicinales.

En contraste, en la mitad derecha se ve una mujer (partera) con todos sus atributos femeninos, en cuya mano, su único "instrumento útil en el parto", presenta un pequeño recipiente que posiblemente fuera un pistero o elemento similar para ofrecer a beber agua a la parturienta durante el trabajo de parto. El dibujante esboza una escena doméstica y acogedora del hogar en que se llevará a cabo el parto: habitación alfombrada con una chimenea encendida para caldear el ambiente y sobre la que se calienta una cacerola de agua, elemento tal necesario y útil en los partos. En el estante de la chimenea, apenas se distingue una botella, un tarro, probablemente con ungüento para aliviar los esfuerzos y/o dolores de la parturienta, o incluso azúcar y/o sal que, junto a un limón, se intuyen podrían ser la base de preparación de una limonada para mantener hidratada a la mujer sometida a una intensa actividad física en la dilatación de parto y favorecer una dinámica uterina adecuada. De esta forma tan sencilla y paciente asistían los partos las parteras (Imágenes 1 y 2).



Fuente: dominio público

Imagen 1. Grabado original sin colorear de I. Cruikshank, que aparece a modo de frontispicio en el libro *Man-midwifery dissected* [4]



Copy: Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) licence

Imagen 2. Figura frontal de cuerpo entero, dividida por la mitad; una mitad representa a un hombre y la otra a una mujer. Grabado coloreado de I. Cruikshank, 1793. The Trustees of the British Museum

El autor del famoso dibujo

Esta caricatura o dibujo satírico analizado hace evidente la carga de ironía y exageración con el fin de criticar y ridiculizar el empleo de varones en la asistencia los partos, pero no solo esto, porque además intenta provocar una reflexión o cambio en la mentalidad de la sociedad que gradualmente iba aceptando esta injerencia en la asistencia a las mujeres.

El dibujo fue realizado por Isaac Cruikshank (Edimburgo, 1764–1811), pintor, grabador, ilustrador y caricaturista escocés, conocido sobre todo por su sátira social y política que formó parte de la época dorada de la caricatura británica, y trabajó para editores y comerciantes de grabados

importantes como Samuel W. Fores [8]. El artista muestra al partero como una especie de "monstruo" híbrido que intenta cruzar la frontera entre los mundos masculino y femenino.

El editor

Samuel William Fores (1761–1838) fue un editor y vendedor de grabados inglés con una reconocida imprenta en el número 3 de Piccadilly, Londres, durante la época dorada de los grabados satíricos georgianos. Fores enfrentó procesos judiciales varias veces por la naturaleza presuntamente difamatoria de sus sátiras, que abarcan una amplia gama de estilos y temas políticos y sociales procedentes de los mejores caricaturistas de aquel periodo [9].

El cuerpo del libro

El libro del que la imagen previamente analizada, *Man Midwifery dissected*, fue escrito por Samuel William Fores (1761-1838) en 1793 bajo el seudónimo de John Blunt.

El autor sorprende en la primera página de este, pues desvela sus intenciones y, de forma general, el contenido: *Para el uso de parejas casadas y adultos solteros de ambos sexos. Contiene: una muestra del manejo de todas las clases de partos por parte de hombres y chicos-parteros*; también de sus prácticas astutas, indecentes y crueles. Instrucciones a los maridos sobre cómo neutralizarlos. Un plan para la instrucción completa de la mujer que posea talentos prometedores a fin de reemplazar la práctica de la partería masculina. Diversos argumentos y citas que prueban que la partería masculina es un mal personal, doméstico y nacional.*

Una curiosidad es la cita en esta página: *Trust not yourselves, but the truth to know. Make use of ev'ry Friend, and ev'ry Foe.* La cita pertenece a un verso del primer libro importante de poemas *An Essay on Criticism (Ensayo sobre la crítica)* de Alexander Pope, escritor inglés, aunque textualmente reza: *Trust not your selves but you defects to know. Make use of ev'ry Friend, and ev'ry Foe*, lo que vendría a decir: No confíes en ti mismo, ya que tus defectos los conoces. Aprovecha cada amigo y cada enemigo [10].

El razonamiento de Pope en este libro se basa en su visión de la naturaleza humana, donde el amor propio y la razón son principios clave. El amor propio puede generar orgullo y reticencia a reconocer las propias faltas, mientras que la razón puede ayudar a identificarlas y corregirlas. Al considerar las perspectivas de amigos y enemigos, las personas pueden comprenderse mejor y esforzarse por superarse, a través de sus interacciones pueden despertar emociones tanto positivas como negativas que revelan estos aspectos de uno mismo.

Blunt, parafraseando a Pope, y acaso sustituyendo defectos por verdad, porque intenta exponer la verdad de la historia de la obstetricia, o al menos su verdad, intenta llamar a la conciencia social para que no se dejen engañar por los parteros varones, muchos de ellos sin apenas conocimientos obstétricos que sí atesoran las parteras, pero deslumbran con la supremacía social que exhiben al utilizar instrumentos obstétricos, no siempre inocuos para el parto, y en demasiadas ocasiones, *"más por impaciencia que por necesidad y en contra de la naturaleza"*, critica el autor, los emplean en los partos normales.

El libro se articula en torno a catorce cartas dirigidas por el autor a Alexandre Hamilton, médico escocés, cofun-

dador de la Royal Society of Edimburgo y profesor de la escuela de partería de la Universidad de Edimburgo, que contribuyó a la creación de un hospital de maternidad en Edimburgo [11].

Blunt cuestiona muchas de sus casi dogmáticas enseñanzas obstétricas de sus libros de texto, así como su programa de formación en obstetricia para varones, ayudándose para el análisis de tal doctrina, de casos y textos de otros muchos autores contemporáneos: Osborn, Young, Smellie, Hamilton, Moorley, Dunam, Elizabeth Nihell, etc.

Estructura del libro

CARTA I. De interés para todos los adultos estudiar las líneas generales de la Obstetricia. Una nueva forma de considerar los partos.

CARTA II. Sobre la anatomía necesaria para ser conocida por todos los que practican la partería.

CARTA III. Sobre el trabajo natural.

CARTA IV. Sobre la suficiencia de la naturaleza para lograr el nacimiento y cómo pocas veces es necesaria la ayuda artificial.

CARTA V. En partos que requieren asistencia manual.

CARTA VI. En los partos que requieren ayuda instrumental y en los partos fatales.

CARTA VII. Sobre el modo indecente de enseñar el matrimonio a los jóvenes.

CARTA VIII. Sobre el modo escocés de formar a los parteros masculinos.

CARTA IX. Sobre el comportamiento indecente de los *acoucheurs*, debido a la impropiedad de su educación obstétrica.

CARTA X. Sobre la ignorancia y la crueldad de algunos *acoucheurs*.

CARTA XI. Sobre la nueva especie de crueldad masculina, inventada en París (sinfisiotomía).

CARTA XII. Sobre la crueldad clandestina y cómo los maridos pueden prevenirla (palanca o vectis).

CARTA XIII. Sobre el mérito de la palanca del Dr. Lowder, y sobre la ineptitud de los cirujanos para el ejercicio de la partería en los partos naturales.

CARTA XIV. Sobre la principal causa de la ignorancia entre las parteras. Un plan para formarlas completamente, a fin de superar la necesidad de la práctica masculina: comentarios, argumentos y citas para probar que la partería del hombre es un asunto personal, doméstico y un mal nacional.

**Men and boy-midwives* se refiere a hombres maduros y hombres muy jóvenes en la asistencia del parto.

En el prólogo, explica la existencia de las parteras en la historia y la introducción gradual de los varones en el arte de partear justificada por la moda francesa:

"Generalmente se cree que la partería estuvo totalmente en manos de mujeres desde la creación hasta el diluvio, pues el primer historiador sagrado ha registrado varios casos manejados por parteras tan pronto como la tierra fue repoblada; particularmente el nacimiento de los mellizos, Esau y Jacob, y Pharez y Zarah.

Tampoco parece que los hombres practicaran el arte en Oriente durante dos mil años después del diluvio, ya que no existe tal relato ni en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento. ¿Y por qué se registra la práctica de las mujeres y no de los hombres? Este puede ser un ejemplo que debe ser seguido por todas las naciones cristianas. Parece ser una idea entusiasta; quienes así lo piensen tienen la libertad de rechazarlo; yo ofreceré otros argumentos contra la partería masculina, que pueden parecerles más potentes.

Es muy extraño, sin embargo, que la práctica masculina es alentada solo entre los cristianos, mientras que las naciones cuyo único guía en esto es la luz de la razón, nunca la han tolerado; y no parece que los hombres hayan practicado nunca el arte (en casos naturales) hasta finales del siglo XVI, cuando los cirujanos, en París, se las arreglaron para tener acceso frecuente al Hotel Dieu, donde obtuvieron un mejor conocimiento del Arte que sus predecesores tenían.

Por la ligereza y versatilidad de las mujeres francesas, no debemos sorprendernos de que fueran las primeras en admitir en la práctica a los hombres, como los maridos franceses; Sterne (clérigo y escritor irlandés) y otros que han delineado su carácter, nos muestran que son demasiado "políticos" para darse cuenta de las relaciones sexuales de sus esposas con otros hombres, siempre que no sean de naturaleza criminal. Gradualmente, la partería masculina llegó a este país, donde ahora aparece en su cenit".

A continuación, el autor, y siempre dirigiéndose y enmendando al Dr. Hamilton, narra los objetivos de su manual:

- 1º Describir brevemente la pelvis y su contenido.
- 2º Explicar cuatro clases de trabajos.
- 3º Averiguar si su manera y la de sus colegas de instruir a los alumnos varones es consistente con la decencia.
- 4º Mostrar qué efectos produce tal educación.
- 5º Indagar si la práctica de los parteros varones (cuando los instrumentos no son absolutamente necesarios) es consistente con la seguridad.

En sexto y último lugar, indagaré por qué hay tan pocas buenas parteras; ofreceré un plan para su mejor instrucción y probaré que la partería masculina es un mal

personal, doméstico y nacional. Como ilustración de mis argumentos tendré ocasión de presentar muchos casos sorprendentes, he insertaré unas cuantas inferencias y comentarios verosímiles de paso, a pocas parejas casadas, cuánto se les impone y cómo prevenirlo en el futuro".

Aclara al Dr. Hamoilton la introducción de conceptos obstétricos innecesarios para los versados en la partería, adultos profanos, mujeres y hombres que, a su juicio, es importante que tengan nociones mínimas de estos para conocer el parto y la seguridad en el mismo: *"Siento molestarle con los dos primeros apartados, ya que están diseñados para el uso de aquellos que no hayan estudiado partería, como percibirá por mi cuidado en explicar o evitar términos anatómicos y técnicos; para que todo lector atento, así como los accoucheurs, puedan juzgar si mis sentimientos están en consonancia con la razón y el sentido común.*

De hecho, a menudo he pensado que los adultos de ambos sexos deberían saber un poco de obstetricia antes de casarse, y preferiría mucho más poner un sistema decente en manos de mis hijos que una novela, un romance o un juego que frecuentemente tratan de amoríos, seducciones inocentes, etc., y así inyectar el veneno más maligno en las mentes de los jóvenes: mientras que los libros que tratan de la práctica de la partería únicamente son tan apropiados para ser leídos por adultos, como lo son muchas partes de la ley Mosaica, y enseñarán a los hombres cómo juzgar si sus esposas son tratadas con decencia y decoro por sus operadores; enseñarán a las mujeres a ser más útiles entre sí y cómo comportarse ellas mismas para promover su propia seguridad y comodidad durante la gestación, el trabajo de parto y el parto (...)"

Llama la atención no solo la agudeza y el ingenio del autor sino también la crítica muchas veces ácida, pero no carente de verdad, como cuando explícitamente alude a la paciencia de las matronas a lo largo de la historia y su buen hacer sin instrumentos:

"¡Ah, señor, esa es la roca donde naufragan tantos bebés indefensos! Esa "esperar pacientemente" (en un parto prolongado) exige mucha abnegación en un hombre que es llamado para asistir a otro parto, donde espera buenos honorarios, especialmente si tiene en el bolsillo la palanca del Dr. Lowder para presionar la cabeza.

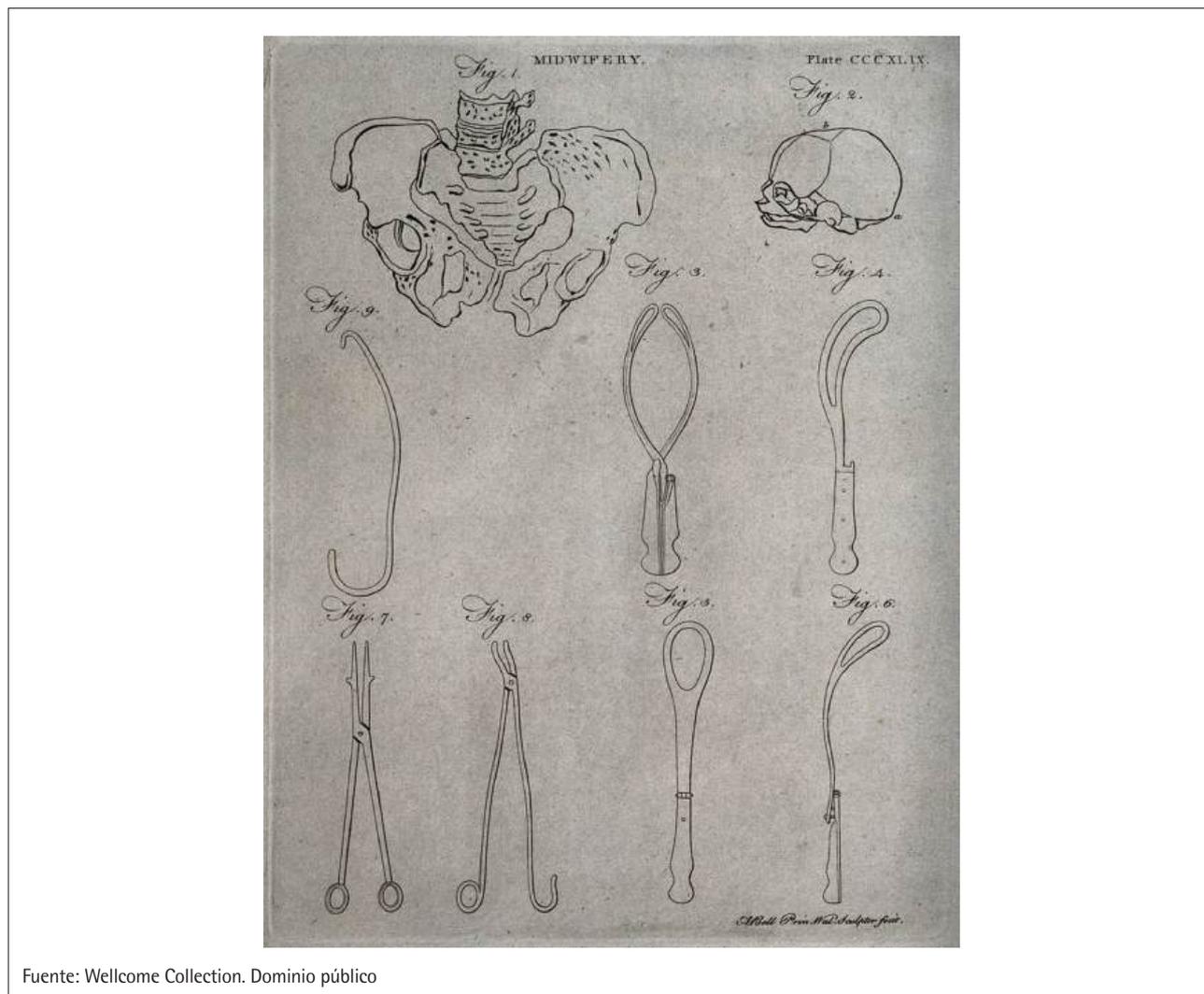
Estoy convencido, señor, de que si los parteros hubieran estado de moda durante la esclavitud, el éxodo y los viajes de los israelitas por el desierto, habríamos visto un relato muy diferente de su inmenso número; todos ellos fueron traídos o, mejor dicho, recibidos al mundo por mujeres que se vieron obligadas a esperar con paciencia, sin contar con instrumentos para llevar adelante el parto. No digo que nunca sean útiles, pero sus dos compatriotas han demostrado que rara vez ocurre".

Plan para desbancar a las parteras de la asistencia obstétrica

En estas primeras cartas, Blunt va exponiendo de forma cruda, amparado en el derecho a la libertad de prensa, el *business* articulado por los hombres para acceder al terreno obstétrico: difamación, embustes, impostura, descrédito, maledicencia y falsedad hacia las parteras, desde una consideración inferior de las mujeres en general y en particular de las parteras, incluso las que tenían formación (*"solo son mujeres"*); corporativismo profesional de los varones aspirantes unido a su autopredicamento, vanidad y una descarada pomposidad que no justificaba los conocimientos en el arte de partear de estos neófitos en esta asistencia, son otras de las consideraciones con que les define a los hombres parteros.

También les acusa de utilizar subterfugios, cuando no engaños y extorsión a las mujeres, para sembrar el miedo a su asistencia por parteras, basándose en su superioridad profesional por el mero hecho de utilizar instrumentos obstétricos, como demostrará el autor, hasta el abuso del poder que les otorgaron estos instrumentos, al ser utilizados en cualquier ocasión, causando mutilaciones fetales y muertes de madres, no siendo necesarios en la mayoría de los partos (*"siendo suficientes las fuerzas de la naturaleza para la expulsión del feto (sin la menor ayuda) 99 veces de cada 100"*):

"... se han causado grandes daños desde que la obstetricia masculina se generalizó, debido a la ignorancia e impaciencia de aquellos profesores que erróneamente imaginaron que sus instrumentos debían usarse en todas las ocasiones, ya fueran los partos naturales o difíciles" (Imagen 3).



Fuente: Wellcome Collection. Dominio público

Imagen 3. Grabado de Andrew Well. Instrumental Obstétrico para uso en partería: Fig. 1. Pelvis deforme; Fig. 2. Cabeza fetal (fontanelas y suturas); Fig. 3. Fórceps obstétrico; Fig. 4. Distinta rama de fórceps obstétrico; Fig. 5-6. Vista frontal y lateral de un vectis o palanca plegable de Lowder; Fig. 7. Tijera perforadora de craneotomía; Fig. 8. Tijeras de craneotomía tipo Godson; Fig. 9. Gancho romo

Habla de avaricia, codicia y usura en el proceder de estos parteros que buscaban su clientela entre las clases adineradas (*"la falacia de los parteros, quienes constantemente instan a las mujeres ricas a no usar a su propio sexo para dar a luz fingiendo que ninguna mujer está segura en sus manos porque no entienden anatomía"*) mientras necesitaban practicar con las pobres de instituciones hospitalarias, necesariamente en creación, para la asistencia a los partos de las desfavorecidas y sobre cuyos resultados nadie les exigiría responsabilidades. Reprocha que por dinero profesores de partería dieran instrucciones escasas e incompletas a las mujeres que asistían a sus lecciones para su formación, y su desmedido interés por el brillo social, personal y profesional.

La partería en Gran Bretaña fue un oficio mayoritariamente femenino hasta alrededor de 1720, y la cirugía, también oficio porque no era considerada parte de la medicina, de práctica exclusivamente masculina. Los cirujanos en la asistencia al parto solo se emplearon previamente *en casos extremos* para extraer un feto, generalmente mortinato, tras un parto prolongado y fallido. La irrupción de los parteros (*man-midwife* en Inglaterra) conllevó, como vía de, hoy diríamos, marketing de su marca, la crítica más feroz a las prácticas tradicionales de la partería ejercida históricamente por mujeres, denigrando la experiencia natural de estas en materia de embarazo y parto, y enfatizando las ventajas de la recién implantada instrucción anatómica y fisiológica, restringida al aprendizaje de las mujeres en general, así como el uso de instrumentos obstétricos.

Todo ello devino de la moda impuesta desde París, aunque hay que matizar que los *accocheurs* franceses, muchos cirujanos franceses que llegaron a obstetras para esas fechas, ya se formaban en las maternidades de la capital de Francia de la mano de grandes matronas.

La evidencia ha probado que la paulatina introducción de los hombres a finales del siglo XVI en el terreno asistencial de la obstetricia, vetado para ellos durante siglos y también por ellos despreciado, necesitó de una campaña orquestada para lograr su fin: relegar y desprestigiar a las parteras que desde el inicio de los siglos habían tenido encomendada esa labor entre y para mujeres. Combatir al enemigo (parteras), lo hicieron bien los hombres confiados en su superioridad intelectual y social y ayudados por el uso de instrumentos que fueron desarrollando y cuyo manejo fue prohibido a las parteras.

Conclusiones de las Cartas III-V

Blunt, tras la exposición de ejemplos y reflexiones relacionados con los temas elegidos en el índice para estas cartas y a modo de resumen, relata una serie de conclusiones:

"Primera conclusión. *Si ni siquiera un parto manual ocurre una vez en cien nacimientos, lo cual he comprobado con los escritos del Dr. Smellie, quien fue un gran defensor de los instrumentos, toda mujer modesta que desee preservar el afecto de su esposo y no tenga motivos para esperar un parto difícil, debería contratar a una partera experta en lugar de a un hombre, pues, aunque un esposo pretenda aprobar la práctica masculina innecesaria, no tiene una mejor opinión de su esposa por consentirla. Él sabe que puede haber muchas relaciones sexuales indebidas entre un partero y su paciente, cuando no existe una conexión criminal; sí, sabe que la partería es una práctica demasiado indecente para que los hombres la ejerzan (por muy decentemente que se desempeñen) cuando la dificultad no hace que la ayuda masculina sea absolutamente necesaria. Ningún esposo sensato puede tolerar el acceso a la persona de su esposa en común con parteros, hombres sombreroeros y mantueros, etc. Por lo tanto, si las mujeres quieren inducir a sus esposos a cumplir sus compromisos matrimoniales, no deberían provocarlos a romperlos mediante una exposición desenfrenada e innecesaria de la parte más sagrada de sus personas a parteros; lo cual (que yo sepa) a menudo ha generado discordia en las familias, además de la perversa tendencia a dar un ejemplo tan pernicioso a las hijas adultas.*

Segunda conclusión. *Si las pobres nacen con facilidad gracias a las parteras, tanto en sus propias viviendas como en los hospitales de maternidad, aunque tienen muchos más trabajos sobrenaturales que las ricas, debido al laborioso ejercicio que se ven obligadas a realizar, toda mujer rica y modesta debería emplear su propio dinero, o avergonzarse de aparecer entre quienes lo hacen; especialmente si pueden permitirse mantener a un hombre de guardia, en caso de que surja alguna dificultad que la partera no pueda resolver, aunque generalmente hay tiempo suficiente para conseguir uno en tales lugares.*

En nombre de la razón, que todas las instituciones de caridad empleen hombres para asistir a las mujeres pobres en sus partos, si las parteras no son tan seguras. Si así fuera (y la experiencia lo confirma a diario), que los ricos los emplearan y demostraran que la generación actual es tan modesta como nuestras bisabuelas, quienes nunca buscaron un hombre, salvo en casos difíciles. Un partero es un animal inaudito en nueve décimas partes del mundo.

Tercera conclusión. *Si las parteras hábiles son capaces de gestionar 99 de cada 100 casos, ¿no es lamentable que haya 99 parteros hombres por cada partera? Y que el número de profesionales masculinos siga aumentando, tanto que cinco nuevos (algunos hombres y algunos niños) han surgido en una calle cerca de mi casa, a menos de 200 yardas uno del otro, durante los últimos meses.*

Así, muchas mujeres se ven (en cierta medida) obligadas a emplear hombres, en contra de sus inclinaciones, porque

hay muy pocas parteras hábiles, especialmente en el campo, y no soy partidaria de los ignorantes, como tampoco de las parteras ignorantes, de las que abunda Inglaterra.

Cuarta conclusión. *Si la partería masculina es un empleo indecente y afeminado, cuando es innecesaria, todo partero que se gana la vida con ello debería ser considerado perjudicial, en lugar de útil, para la sociedad; pues, aunque la moda sanciona su oficio, ni la razón ni el sentido común pueden justificarlo.*

Quinta conclusión. *¿Acaso los maridos que se conforman con que sus esposas sean manipuladas innecesariamente por parteros masculinos no son dignos de ser coronados con orejas de asno, aunque no tengan derecho a cuernos de cornudo?*

Sexta conclusión. *¿Es falsa o genuina la modestia de aquellas mujeres que emplean a hombres para asistirles en partos fáciles, en lugar de a parteras expertas que (saben) han ayudado a nacer a muchas de sus vecinas más modestas con facilidad? Cabe recordar que estas inferencias no se aplican a las mujeres que no pueden conseguir una buena partera o que tienen partos difíciles; ni tampoco a los maridos de esas mujeres.*

Séptima conclusión. *¿No es deber de todas las mujeres modestas y sus esposos unir esfuerzos para abolir esta práctica indecente, procurando establecer y apoyar una institución para la instrucción de practicantes femeninas que puedan ayudar a mujeres pobres a salir gratis durante la última etapa de sus estudios? Así, la caridad y la modestia se apoyarían y promoverían al mismo tiempo.*

Conclusión final. *Siendo las mujeres (cuando reciben la instrucción adecuada) tan capaces de manipular a un niño como los hombres, ¿no son esos maestros del arte, que cobran 12 guineas por cada alumna y no les enseñan a manipular, culpables de todos los perjuicios que se producen como consecuencia de su ignorancia?*

Conclusiones de las Cartas VI–XIII

A lo largo de estos escritos se trasluce el poco conocimiento, al menos escrito y difundido, sobre la asistencia a los partos en Inglaterra, cuando el propio autor, cierto que profano en la materia, da a entender que asistir un parto es tan sencillo como poner las manos y recoger el feto, por tanto de eso eran capaces las mujeres a pesar de su condición intelectual inferior. Se admite que el conocimiento obstétrico se empezó a desarrollar a partir del siglo XVII cuando los hombres decidieron entrar en este campo apoyados por su deseo de medrar en el mundo de la medicina y amparados por sus posibilidades como género dominante. Sin embargo, no fue debido en absoluto a la incapacidad de las mujeres su veto en este campo. Ya en la época, aunque pocas mujeres, por la dificultad de acceso a

la formación, habían escrito libros fundamentales para la obstetricia: Lachapelle, Duges, Boivin, Cotencau, Ducou-dray, etc. Además, demostraron no solo sus conocimientos anatómicos y fisiológicos del parto, como pocos lo hicieron después, basándose en estos libros y en su enseñanza práctica directa.

Por eso en la carta VI arremete contra los instrumentos obstétricos que no son la panacea del conocimiento médico, aunque sí de su poder: *"Sin duda, se alegra de que haya sido tan ingenuo al reconocer la incapacidad de las mujeres para tratar casos sobrenaturales, lo cual es un argumento a favor de la práctica masculina. Pero permítame suplicarle, señor, que suspenda su alegría hasta que nos volvamos a encontrar para tratar el tema en el quinto punto, donde demostraré que se ha causado mucho más daño con los instrumentos de hombres hábiles que con las manos o las omisiones de mujeres ignorantes, y también daré noticia de la ignorancia de los parteros y sus errores"*.

Combate con energía la palanca o vectis de Lowder, el fórceps, la sinfisiotomía y cualquier uso instrumental innecesario; pone por ejemplo el comentario del Dr. O. (encubre deliberadamente la identidad del aludido para evitar problemas por el corporativismo profesional) que les cuenta *"a sus colegas obstetras que ha sabido de grandes daños causados por el uso innecesario del vectis, y que cuarenta y nueve de cada cincuenta veces se usa de forma sumamente peligrosa, que algunos hombres lo han usado mil doscientas veces; y por supuesto, deben haber causado daños con él, o haberlo usado peligrosamente, mil ciento cincuenta veces, y que todos estos daños han sido causados por el vectis en manos expertas"*. Y refuerza la idea: *"nunca he oído hablar de parteras expertas que causen otra lesión que esperar pacientemente en partos prolongados y recurrir a la ayuda de un médico (no a un partero descuidado) aproximadamente una vez de 500 veces"*.

Critica justamente la formación de los futuros obstetras: *"Los hombres se conforman con apresurarse en una sola serie de conferencias, y algunas se conforman con las vagas pistas que dan los profesores de anatomía"*. Hombres parteros que, a esas alturas, proliferaban de forma incontrolable en Londres: *"También creo que el uso de la palanca es ahora tan generalizado, dado que hay media docena o veinte parteros, hombres y jóvenes parteros, en casi cada callejuela de Londres y en cada pueblo del país"*.

El autor es especialmente cáustico con las mujeres que cambian la asistencia de una mujer partera por los cuidados de un hombre, afeando su conducta poco decorosa e insensata. Repetidamente alude a la responsabilidad del marido de no dejar sola a la mujer en la escena del parto si la atiende un varón, para salvar la decencia y honorabilidad de la mujer desconfiando de las intenciones limpias del partero.

Por otra parte, arremete con saña contra las maternidades (de caridad) en las que las mujeres eran objeto de estudio por parte de los estudiantes: "Como observé antes, muy pocas mujeres casadas virtuosas entran a estos burdeles obstétricos, de modo que a los hombres no se les puede enseñar la parte práctica de la obstetricia, sin tener prostitutas con las que practicar". Una constante en su texto es la importancia de que los maridos no dejen solas a sus mujeres en el parto cuando es asistido por un partero, y el terrible impacto de las exploraciones múltiples de los estudiantes permitidas por sus maestros sin la más mínima delicadeza y decoro: "¿Qué sentiría un hombre al enterarse de que alguien que no fuera médico estaba en la habitación de su esposa durante el parto, aunque supiera que no la había tocado? ¿No se abalanzaría sobre él y lo sacaría a rastras? ¿Será porque los parteros se han educado en hospitales, donde la decencia nunca se considera, donde las mujeres son examinadas por 30 alumnos juntos, y donde el director de ceremonias las descubre para mostrar el funcionamiento de sus instrumentos, como lo hizo el Dr. Smellie?".

Conclusiones de la Carta XIV: Formación para la idoneidad de las parteras

Aun con el matiz ya adelantado sobre la consideración intelectual inferior de la mujer, reconoce sus conocimientos en el parto, sobre todo de las instruidas, y por la preservación de la virtud de las mujeres, algo fundamental en la época, reitera la idoneidad de las mismas en los asuntos obstétricos desechando a las ignorantes y malas parteras, por las cuales han generalizado la impugnación del oficio en sus manos. Por ello, y con vistas a un futuro obstétrico mejor, en Inglaterra diseña un plan amplio de formación teórico-práctico (tres años) e impone que las parteras ejerzan la cotutela el aprendizaje de la partería para mujeres. La propuesta de Blunt es, en sus palabras, "ofrecer un plan para la educación adecuada de las parteras y para prevenir la práctica de impostores ignorantes de ambos sexos:

- 1º Que se instituya una escuela de obstetricia lo más cerca posible del centro de Londres para la instrucción de parteras menores de cuarenta años, cuya reputación de valentía y afabilidad sea indiscutible; y cuya educación, constitución y talentos mentales sean prometedores para la profesión y no se admita a ninguna otra alumna.
- 2º Que estas reciban instrucción durante tres cursos de conferencias, a cinco guineas por persona, lo cual es con seguridad menos de la mitad de la experiencia habitual. Cada partera estará obligada a anotar los encabezados de las conferencias, para poder responder a cualquier pregunta razonable que le formule el conferenciante, a modo de catecismo obstétrico.
- 3º Todas las personas que estén bien calificadas para responder a todas las preguntas prácticas al final del segundo curso recibirán un certificado que las acredite como capaces de realizar todas las prácticas de obstetricia que no requieran la ayuda de instrumentos. Quienes (después de cursar tres cursos) no estén calificadas deberán asistir a otro curso, o completar la parte teórica del arte, antes de recibir un certificado.
- 4º Se les enseñará la forma, la cavidad, los diámetros, el eje, etc., de las pelvis bien formadas; así como los diámetros, los futuros huesos y las fontanelas de los cráneos fetales, los cuales se conservarán en la escuela para tal fin, junto con las pelvis perfectas y deformadas.
- 5º Se les enseñará la anatomía de la vagina, la uretra y la vejiga, el útero, el recto y el contenido del útero fecundado y desarrollado en una máquina (maniquí) que se asemeja a la naturaleza lo más posible, adaptada a una pelvis y columna vertebral reales.
- 6º Se les enseñará el uso del catéter.
- 7º Se les enseñará el crecimiento del útero grávido, desde la concepción hasta el parto, mediante placas grandes de Smellie o Hunter.
- 8º Durante su segundo ciclo de conferencias, atenderán a mujeres pobres en cualquier parte de la ciudad; y dos acudirán juntas a los partos, es decir, una que ya haya asistido partos irá con la que no lo ha hecho.
- 9º Se les enseñará el arte de partear en la máquina común. Las conferencias se recopilarán de los mejores autores y conferenciantes modernos; se leerán, no se dictarán de memoria; una parte será impartida por un médico experimentado y otra por una partera experta, según se determine más adelante, dependiendo de la naturaleza de cada conferencia, que tendrá una duración de aproximadamente una hora diaria, excepto los domingos; de modo que cada curso tendrá una duración de aproximadamente cinco semanas, incluyendo el tratamiento de las enfermedades de las mujeres embarazadas y en periodo de puerperio, y de los niños durante el mes.
- 10º La partera lectora atenderá estos casos difíciles que las alumnas no puedan atender; si se trata de un caso instrumental, la partera profesora lo atenderá.
- 11º El caballero contratado para impartir estas lecturas no deberá ser partero de profesión, para que su propio interés no le impida impartir las instrucciones necesarias a las alumnas.
- 12º Cada suscriptor anual de esta institución recibirá dos boletos por cada guinea, que darán derecho a dos mujeres casadas pobres a dar a luz en sus propios domicilios".

Como muchos años después hizo A. Delacoix desde Francia, país que contó con las primeras escuelas de matronas, grandes figuras de la partería, parteras y maestras de los *accouchers*, Blunt defiende la importancia de las matronas que empezaron a ser relegadas antes que ninguna otra por la incipiente moda de la asistencia de los *accouchers*. En justicia escribió para resaltar la importancia de la profesión de matrona, bajo tres premisas: que se admitiera que esta profesión era necesaria e indispensable con la constitución social, que en principio las matronas eran aptas para comprender y resolver las cuestiones más elevadas de la ciencia y que solo la carencia de formación y la mala instrucción eran las únicas causas de su inferioridad:

"La utilidad y la importancia de las matronas no se deriva solo de los servicios manuales que ellas pueden aportar, sino, además, de una consideración moral que las almas menos susceptibles no sabrían despreciar; ¿por qué el derecho de imponer a un sexo los socorros del otro en el caso del nacimiento?, ¿quiénes son las mujeres que iniciarían a los hombres en los misterios de sus partos, si ellas pensaban que hubiera paridad de conocimiento científico y experimentación entre las matronas y los parteros?"

Si el oficio de matrona se limitara a cuidados de humanidad, esta profesión no tendría derecho a otra consideración que la que le otorgara el reconocimiento personal, pero cuando este oficio es la aplicación racional de conocimientos especiales, constituye una profesión privilegiada, que es del dominio público y, consecuentemente, debe tener el rango de sus funciones que le asigna la naturaleza y marchar de frente con todas las que contribuyen al mismo objetivo. Ya que tal es el fin de la profesión de matrona, tal es su importancia; sin embargo, esta importancia cesa cuando no hay servicios reales, y estos no se tendrían sin instrucción. Es, pues, por ausencia de esta misma instrucción que, en todos los tiempos y en todos los países, las matronas estuvieron en un estado de encadenamiento a la ignorancia que causa generalmente su exclusión de elevados empleos, como actualmente motiva todavía su ilotismo en medicina.

Hoy todo ha cambiado, pero ¿se piensa que el orden de las cosas sea mejor desde que el privilegio se adquiere antes que los conocimientos y sin otras garantías que algunas formalidades obligatorias que se reducen con frecuencia a una cuestión de dinero?"

La educación primera puede bien, por la fuerza del hábito, no ser considerada como una condición esencial de aptitud para la práctica de los partos, cuando, en su defecto, una instrucción bien dirigida fortalecida por la experiencia la suple" [12].

Al final del libro, Blunt condensa el propósito del mismo reforzando la necesidad de formar matronas para la mejor asistencia del parto y protegiendo a las mujeres del uso

indiscriminado de instrumental obstétrico, que hizo que el parto dejara de ser natural y, a la vista de los más de tres siglos que nos separan de la fecha, se puede afirmar que encaminó los pasos hacia el parto en exceso intervenido en que en nuestros tiempos se ha convertido progresivamente:

"Percibirá claramente, señor, que mi principal propósito al escribir este libro es detener el progreso de las armas obstétricas, oponiéndoles una legión de amazonas bien disciplinadas. Y que mi objetivo secundario es persuadir a los maridos para que se mantengan vigilantes durante el parto de sus esposas, a fin de protegerlas de ser atacadas por tales armas de acero, hasta que haya un número suficiente de mujeres entrenadas para entrar en el campo de batalla solo con sus armas naturales".

Conclusión

Desde finales del siglo XVII, el parto se vio envuelto en un vasto movimiento de científicización, instrumentalización y medicalización, del que los hombres se apropiaron y excluyeron a las parteras, históricamente asistentes de los procesos gineco-obstétricos.

El conocimiento de la fisiología del parto, incluso empírico, y la paciencia fueron las mejores armas de las parteras, aunque muchas de ellas iletradas, pero instruidas en la transmisión oral y entrenadas en la práctica tutelada de parteras expertas en la asistencia al parto.

El desprecio histórico de los hombres hacia el sexo femenino infravaloró el trabajo y las posibilidades de las mujeres entregadas al arte del parto.

Las parteras fueron sometidas por los parteros por el sistema de dominación y subordinación más opresor, el de género, en el que los hombres, en una relación desigual y guiados de intereses concretos y fundamentales en el control, uso, sumisión y opresión de estas, lograron su objetivo de encumbrarse en la asistencia obstétrica

Muchos de los comportamientos y las actuaciones de los primeros hombres *accouchers*, *men-midwives*, varones en general practicantes de la obstétrica, no soportan el juicio ético que se impone a las actuaciones médicas. Su ambición por el descubrimiento, por el estatus social, profesional y riqueza, prevaleció por encima de los derechos de madres e hijos a un parto seguro, como si eso fuera un precio razonable a pagar por el progreso de la ciencia y pisotearon con falsedad un oficio establecido.

Nadie se opone, al menos hoy en día, a que las mujeres en general tienen las mismas posibilidades que los hombres para comprender y resolver las cuestiones más elevadas de la ciencia y, por tanto, las parteras-matronas eran aptas para desarrollar la obstetricia científica, pero la carencia

de formación y la mala instrucción, algo de lo que fueron los hombres responsables, fueron las únicas causas de su inferioridad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Wilkie L. "In Safe Hands: A Battle for Midwifery" temporary exhibition. Blog Surgeons 'Hall Museum. The Royal Collegue of Surgeons of Edimburgh. [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://surgeonshallmuseums.wordpress.com/2023/03/22/in-safe-hands-the-battle-for-midwifery/>
- [2] Smellie W. A collection of cases and observations in midwifery. By William Smellie, M. D. To illustrate his former treatise, or first volume, on that subject. Vol. II. 1779. The Internet Archive [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: https://archive.org/details/bim_eighteenth-century_a-collection-of-cases-an_smellie-william_1779
- [3] Shelton DC. Man-midwifery history: 1730-1930. J Obstet Gynaecol. 2012; 32(8):718-23. doi: <https://doi.org/10.3109/01443615.2012.721031>
- [4] Blunt J (pseud. [i.e. S. W. Fores.]). Man-Midwifery Dissected; or the Obstetric family-instructor.1793 S.W. Forest. 2024. Google Books [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=vqlkAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&qt&f=false>
- [5] Cruikshank I. A Man Midwife.1793. BM Satires/Catalogue of Political and Personal Satires in the Department of Prints and Drawings in the British Museum (8376). British Museum [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.britishmuseum.org/collection/search?keyword=man&keyword=midwifery>
- [6] Unknown author. A copy of BMSat.8367 A Man Midwifery.1763. BM Satires/Catalogue of Political and Personal Satires in the Department of Prints and Drawings in the British Museum (8376). British Museum [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.britishmuseum.org/collection/search?keyword=man&keyword=midwifery>
- [7] The Royal Geographical Society of South Austalian inc. Comte de Buffon, Georges Louis Leclerc, natural history, general and particular Illustrated, 1785. The Royal Geographical Society of South Austalian [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://rgssa.org.au/heritage/treasures/comte-de-buffon-georges-louis-leclerc-natural-history-general-and-particular-illustrated-1785>
- [8] National Portrait Gallery Isaac Cruikshank. [sede web] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.npg.org.uk/collections/search/person/mp06840/isaac-cruikshank>
- [9] The Printshop Window. Caricature, Graphic Satire in the long Eighteenth century. Blog. The Printshop Window [internet] 2014 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://theprintshopwindow.wordpress.com/2014/06/15/paint-property-and-prints-s-w-fores-in-the-small-ads/>
- [10] Pope A. An Essay on Criticism. 1711. The Project Gutenberg. [internet] 2015 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.gutenberg.org/files/7409/7409-h/7409-h.htm>
- [11] The Royal College of Surgeons of Edimburgo. Alexandre Hamilton. Archive and Library [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://archiveandlibrary.rcsed.ac.uk/surgeon/3770074-alexander-hamilton>
- [12] Delacoux A. Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines. Avec 20 portraits Trinquart, 1834 - 168 páginas. Google Books [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: https://books.google.be/books?id=pT5fAAAAcAAJ&hl=es&source=gbs_navlinks_s

¹ Ángela Torres Díaz
² Teresa Morilla Aragón

La placenta, un tesoro inagotable

¹ *Matrona. Hospital Regional Universitario de Málaga. Doctora por la Universidad de Málaga. Responsable de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona). Hospital Regional Universitario de Málaga. España*

² *Matrona. Distrito sanitario Málaga-Valle del Guadalhorce. España*

E-mail: angelatravel.01@gmail.com

Fecha de recepción: 22 de julio de 2025.

Fecha de aceptación: 5 de agosto de 2025.

Cómo citar este artículo:

Torres Díaz A, Morilla Aragón T. La placenta, un tesoro inagotable. *Matronas Hoy* 2025; 13(2):19-29.

Resumen

Introducción: la placenta es un órgano fetal transitorio que juega un papel crucial en la salud y el bienestar del feto y de su madre. Su estudio y experimentación han generado numerosas opciones terapéuticas en la actualidad. El uso de la placenta tras el parto depende del entorno donde se produzcan los nacimientos. Actualmente en los hospitales existe una demanda creciente de mujeres que solicitan la placenta para complementar de esta forma determinados ritos culturales y religiosos. Es fundamental garantizar la dignidad y autonomía de las madres.

Objetivos: obtener el conocimiento acerca de los distintos usos de la placenta a través de los tiempos y la existencia de respaldo jurídico o de bibliografía actual para poder realizar el procedimiento de entrega de las placentas a las mujeres si así son requeridas.

Metodología: se realiza una revisión narrativa de literatura en las siguientes bases de datos Pubmed, Cinalh y Ebsco también se utilizó una búsqueda de literatura gris usando Google académico y el buscador de Google. Se incluyen artículos en inglés, español y, excepcional y puntualmente, en francés. Se seleccionaron un total de 44 artículos y tres libros para la redacción del artículo.

Discusión y conclusiones: no se detecta ni en la legislación nacional ni en la internacional impedimento legal para entregar la placenta a la mujer. El tratamiento legal de la placenta varía entre distintos países.

Es necesaria legislación que regule la retirada de las placentas en los centros hospitalarios, en su defecto son necesarios protocolos hospitalarios que recojan el procedimiento.

Todos los profesionales, especialmente matronas y obstetras, deben de estar informados al respecto y ser respetuosos en cuanto a las creencias religiosas y culturales de las mujeres, también en este caso concreto.

Palabras clave: historia; matrona; medicina tradicional; placenta; prácticas culturales; rituales.

Abstract

The placenta, an endless treasure

Introduction: the placenta is a temporary fetal organ that plays an essential role in the health and wellbeing of the fetus and its mother. Its study and experimentation have generated a number of current therapy options. The use of the placenta after delivery depends on the birth setting. Currently, there is an increasing demand in hospitals by women who request their placenta in order to conduct certain cultural and religious rites. It is essential to guarantee the dignity and autonomy of mothers.

Objectives: to obtain knowledge about the different uses of placenta throughout time and the existence of legal support or current bibliography in order to conduct the procedure of delivering their placenta to those women who require them.

Methodology: a narrative review of literature was conducted on the PubMed, CINAHL and EBSCO databases; there was also a search for grey literature using Academic Google and the Google browser. Articles in English and Spanish were included; and exceptionally and in some cases, also in French. In total, 44 articles and three books were selected for writing the article.

Discussion and Conclusions: no legal impediment was detected in national or international legislation that prevented delivering their placenta to women. The legal treatment of placenta varies among different countries.

Regulatory legislation is needed for withdrawal of placentas from hospitals; failing this, it is necessary to include this procedure in hospital protocols.

All professionals, particularly midwives and obstetricians, must be informed about this and be respectful of the religious and cultural beliefs of women, also in this specific case.

Key words: history; traditional medicine; placenta; cultural practices; rituals; midwives.

Introducción

Consideraciones históricas sobre la placenta

En la antigüedad, prácticamente todos los conceptos registrados sobre la placenta la describían como animista o poseedora de mente o espíritu.

La transición del animismo al funcionalismo comenzó con los griegos. A Diógenes de Apolonia (480 a. C.) se le atribuye la idea de que la placenta es un órgano de nutrición fetal. Hipócrates (460-370 a. C.) creía que el feto "succionaba" los nutrientes de las "papas uterinas". Aristóteles (384-322 a. C.) fue el primero en postular la administración de nutrientes a través del cordón umbilical.

El Renacimiento marcó el inicio de un rápido progreso en la comprensión de la estructura y la función de la placenta. J. C. Arantius (1530-1589) fue el primero en describir la circulación materno-fetal separada en especímenes disecados. En el siglo siguiente, John Mayow (1643-1679) propuso que la placenta era el órgano respiratorio del feto y cambió el concepto de placenta de *heparuterinum* a *pulmouterinus*. El siglo XIX fue testigo de un rápido avance en la comprensión de la estructura de la placenta. William Hunter fue el primero en ofrecer una descripción sofisticada de la estructura de la placenta. Biscoff (1842) realizó numerosas contribuciones a la comprensión de la barrera placentaria. Charles Sedwig Minot (1891) publicó una descripción detallada de las placentas de diferentes especies.

En el siglo XX, la placenta fue reconocida por primera vez como un órgano endocrino y el nuevo enfoque se centró en la transferencia de solutos a través de ella. A pesar de este avance en la comprensión de las complejidades de la placenta, aún persisten importantes lagunas de conocimiento en la comprensión de sus funciones [1].

La palabra *placenta* fue usada por primera vez por Mateo Realdus Columbus en su libro *De re anatómica, quae orbicularis fit placenta in modum* (que adquiere una forma redonda como una placenta), publicado en 1559 [2]; es una palabra latina derivada de la palabra griega *placous* que significa plato plano o torta plana, actualmente es el término científico utilizado para nombrar a este órgano [3]. Históricamente, en la literatura médica, se ha usado el término *secundina* que implica el sentido de "segundo parto" de ese significado fue tomado por las expresiones inglesa *afterbirth* y a francesa *arrière-faix* respectivamente [4].

La placenta es un órgano fetal transitorio que juega un papel crucial en la salud y el bienestar del feto y de su madre. Funcionalmente sostiene el crecimiento del feto, realiza el aporte de oxígeno y nutrientes, encargándose de la eliminación de los productos de desecho [5]. Pero más

allá de esta definición, la placenta ha tenido una serie de connotaciones mágicas y de rituales culturales a través de la historia, que aún hoy perduran alrededor del mundo. En muchas culturas indígenas, el nacimiento de un nuevo ser no se resuelve hasta la correcta eliminación de la placenta. Globalmente diferentes culturas honran, aprecian y eliminan las placentas dependiendo de sus creencias tradicionales que han pasado de generación en generación, mientras otras la eliminan como residuo clínico [6].

Desde tiempos remotos, ha sido considerada como una prolongación y continuidad de la vida del recién nacido, por ello había que cuidarla, generalmente enterrándola, protegiéndola de seres adversos, normalmente animales, que podían comérsela, lo que podría ir en detrimento de la madre y sobre todo de la criatura recién nacida [7]. Este entierro simboliza la conexión con la tierra y los ancestros, con múltiples asociaciones a bendiciones y salvaguarda de la nueva criatura, pero también para la madre y su futura fertilidad. Ha sido valorada como un elemento sagrado entre la tierra y la vida en numerosas culturas siendo una característica particular en las sociedades Maorí, Navajo, Liu (Kenia), Thai y Kikuyo, entre otras [6]. La diferencia entre las distintas formas para desprenderse de la placenta depende de aspectos sociales y religiosos en los que tenga lugar el nacimiento.

En otras culturas, como en la región de Tamil Nadu en la India, tras el nacimiento el cordón umbilical se corta, se seca y se pulveriza para ponerlo dentro de un amuleto de plata u oro y que protegerá la salud del niño a lo largo de su vida [8].

El uso de la placenta como nutriente o como elemento de la medicina tradicional ancestral fue bien utilizado en China medieval, dinastía Ming, donde la placenta era secada, ahumada o cocinada para que fuera consumida por la mujer. Las matronas jugaban un papel estelar en la preparación de estas recetas. Así mismo, se puede encontrar similar uso en literatura farmacéutica [4].

Otro acontecimiento, registrado desde la antigüedad y que tiene lugar tras el parto y el alumbramiento, es la placentofagia, costumbre que se puede encontrar en diferentes culturas originarias de América, África, Asia y que se podría pensar natural en el ser humano, ya que aparece en casi todos los mamíferos placentarios del cual nuestra especie forma parte [9]. No es hasta los años 70 en Norte América que se describe la placentofagia en humanos y es mencionada como una práctica que puede beneficiar la recuperación de la madre tras el parto, comenzando a extenderse esta práctica en algunos grupos de mujeres, con la creencia de que se reponían nutrientes, prevenía la depresión posparto y fortalecía el vínculo entre madre e hijo [10]. La investigación empírica controlada no ha podido constatar estas afirmaciones [11]. En las décadas de 1910

y 1950 se realizaron algunos estudios sobre los efectos beneficiosos de la placentofagia en la lactancia [12-14], pero desde entonces han sido desacreditados debido a su diseño de investigación defectuoso.

Una revisión de 2015 concluyó que los datos existentes no respaldaban las afirmaciones de que la placentofagia "ayuda a mejorar la lactancia, reducir el dolor, facilitar la contracción uterina o reponer las hormonas asociadas con la recuperación posparto" [15]. Los autores añadían que los informes positivos sobre el consumo de placenta podrían deberse a "efectos placebo, que podrían abordarse mediante un ensayo clínico aleatorizado y controlado con placebo".

En 2017 se publicaron los resultados de los primeros ensayos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo, que evaluaron los efectos de la placentofagia en las hormonas salivales maternas [16], el estado de hierro [17] y el estado de ánimo, el vínculo afectivo y la fatiga [18]. Estos estudios revelaron pocos o ningún beneficio concreto, como una mejoría en el estado de hierro posparto o el estado de ánimo en las personas que consumieron sus placentas, en comparación con las que ingirieron un placebo.

Comercialización de la placenta

Desde que los partos pasaron a ser un asunto de obstetricia en el hospital, se considera desecho biológico que directamente se tira a un contenedor para su incineración, sin ni siquiera preguntar a su dueña, se desposee a las madres de forma inadvertida seguramente de algo muy preciado [19]. En otros casos, y al ser considerado como un producto de desecho clínico, empresas como Pasteur Mérieux, compañía farmacéutica francesa, ofertaban a los hospitales de 45 países europeos [20], desde 1976 hasta 1993 [21] (entre ellos a los de España, hecho confirmado por afirmaciones de colegas veteranas) e incluso en Sudáfrica [22], recoger las placentas de sus maternidades. La empresa previamente proporcionaba a los establecimientos adheridos congeladores y contenedores para su almacenamiento y posterior recolección en camiones frigoríficos para su uso con fines médicos y no cosméticos: fabricación de proteína albúmina, utilizada en emergencias, especialmente en personas que han sufrido quemaduras graves y enzima glucoceribrocidasa, prescrito para personas que padecen un trastorno genético raro llamado enfermedad de Gaucher, por el que su sistema digestivo es incapaz de descomponer las grasas.

En contraprestación, los hospitales que suscribían el concierto se veían exonerados de la incineración de estos residuos biológicos y recibían unos exiguos ingresos destinados a mejoras en la unidad de maternidad o eventos sociales. Otras compañías, como la belga Promedy S.A. y la inglesa Recolte, participaron en estos usos con la placen-

ta [23]. En esta misma noticia confirma los insignificantes ingresos generados por las placentas al mencionar que las recogidas en el Hospital Saint Finbarr de Cork (Irlanda) se vendían a 2,50 libras esterlinas por caja de 24, cuando el acuerdo comenzó en 1974. En septiembre de 1992, cuando finalizó, se vendían a 5,50 libras esterlinas por caja de 15, lo mismo que abonaba Pasteur Merieux [24]. Por lo tanto, se puede deducir que no era precisamente el ánimo de lucro lo que impulsaba a los hospitales a aceptar las ofertas de las compañías farmacéuticas.

Reino Unido fue el primer país, le fueron siguiendo el resto de países europeos, que a partir de 1992 prohibió la recogida de placentas debido a las nuevas regulaciones emitidas en el momento sobre el análisis de productos sanguíneos para evitar la infección por VIH [23]. Hay que mencionar, sin embargo, que no existe (ni existió) ninguna normativa de la Unión Europea (UE) que prohíba explícitamente la recogida de placenta para prevenir la infección por VIH. La principal preocupación con respecto a la transmisión del VIH a través de placentas se relaciona con la transmisión materno-infantil durante el embarazo y el parto. Si bien existen reglamentos y directivas de la UE relativos a la manipulación de tejidos y células para trasplantes y otros fines terapéuticos (Reglamento SOHo), estos no se centran específicamente en la recolección de placenta para prevenir la infección por VIH [25].

Uso cultural y social actual de la placenta

Actualmente el uso de la placenta tras el parto depende de la sociedad donde tenga lugar el nacimiento.

En Estados Unidos su utilización para uso humano es legal, pero muchas mujeres tienen dificultades para poder llevarse a casa su placenta. Paradójicamente mientras que a algunas pacientes en este país se les puede negar el acceso a sus propias placentas, otras pueden adquirir cosméticos y terapias a base de placenta mal reguladas. Cohen [26], para frenar este ciclo, propone que se proteja legalmente el derecho de las pacientes embarazadas a decidir qué hacer con su placenta y que los cosméticos que incluyan placenta se regulen de forma más estricta: transformación, comercialización, etiquetado y otros aspectos.

En el estado de Hawái, la sensibilidad hacia las culturas nativas se tradujo en la modificación de una ley que permitía a la mujer llevarse su placenta a casa si así era su deseo [26, 27].

En Europa, la placenta fue considerada un alimento novel en enero de 2015 por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) [28], por lo que no puede ser comercializada ni evaluada por los procedimientos definidos en esta regulación y, por lo tanto, no puede ser utilizada como un ingrediente de la cosmética o de la industria farmacéutica.

Se destaca que el hecho de que ser considerado como "nuevo alimento" significa que no se consumía ampliamente antes de mayo de 1997. La EFSA no la declaró específicamente como nuevo alimento en enero de 2015, sino que la normativa vigente define los nuevos alimentos basándose en la falta de consumo humano significativo antes de esa fecha [29].

Contra esta normativa se posicionó The Independent Placenta Encapsulation Network (IPEN), un grupo comunitario de doulas y matronas que prestan servicios de parto, cuya fundadora, Lynnea Shrief, fue la primera en ofrecer servicios de encapsulación de placenta a madres en el área metropolitana de Londres en 2008. Seguidamente inició la capacitación de matronas y doulas en la preparación del remedio placentario a partir de 2009. Desde entonces, los instructores de IPEN han capacitado a más de 350 mujeres y hombres en todo el mundo, obviamente actividades que generaban un lucro, independientemente de los beneficios, muy cuestionados, que el uso de estos componentes reportaran a la mujer [29].

IPEN lideró esta reivindicación bajo el lema *My Placenta, my Choice* para salvar los servicios de placenta en Europa en el verano de 2014, después de que la Agencia de Normas Alimentarias sugiriera una nueva regulación alimentaria sobre la placenta humana como alimento en el Reino Unido: *"Cualquier operador que desee comercializar alimentos que contengan placenta humana en la UE deberá solicitar una autorización conforme al Reglamento (CE) núm. 258/97. Dicha autorización requerirá la presentación de un expediente a uno de los 28 Estados miembros de la UE, que demuestre que el ingrediente (a) no presenta ningún riesgo para el consumidor; (b) no induce a error al consumidor; y (c) no presenta desventajas nutricionales en comparación con otros alimentos que podría sustituir en la dieta"*.

Esta nueva regulación alimentaria sobre la placenta humana habría impedido el uso de placenta en alimentos elaborados en el Reino Unido y, potencialmente, en toda Europa, poniendo fin a los servicios de placenta para las nuevas madres después del parto. Mediante una petición de concienciación firmada por 6.391 personas y con la ayuda de decenas de especialistas en placenta, matronas, doulas y profesionales del parto, además del apoyo de numerosas grandes organizaciones de parto y madres de todo el mundo, intentaron demostrar que la placenta humana no era un alimento nuevo o conseguir una excepción a esta regulación que estableciera que la placenta consumida por la madre que la produjo no se considerara en esta categoría. Afirmaba este grupo que la decisión de la FSA constituía una clara violación de los derechos humanos y privaba a las madres de su derecho a decidir y a recibir servicios de parto. Por ello, reclamaban ayuda para demostrar a la FSA que las madres no deberían tener sus

placentas designadas como alimento novedoso, alegando que las madres eran dueñas de sus propias placentas y tenían todo el derecho a contratar a quien elijan para que les preparase los remedios con la placenta después del parto. IPEN reunió las pruebas necesarias para protestar contra la regulación e impedir una regulación inmediata de la placenta humana como nuevo alimento. Actualmente, la placenta no está clasificada como nuevo alimento por la FSA [29].

En contestación a esta petición la FSA, el viernes 4 de diciembre de 2020, anunció que la placenta no se clasificaría como un nuevo alimento, transmitiendo a la IPEN las siguientes determinaciones en relación con el consumo de placenta humana y productos derivados de placenta:

La placenta se considera un alimento de acuerdo con la definición proporcionada en el artículo 2 del Reglamento (CE) núm. 178/2002.

1. La placenta no se considera un producto de origen animal. Esto tiene en cuenta las definiciones legales vigentes, otros aspectos de la legislación alimentaria y nuestra postura respecto a productos de origen similar, como la leche materna.
2. Tras revisar exhaustivamente las condiciones requeridas para la Condición de Nuevo Alimento, la EFSA no considera la placenta cruda ni los productos derivados de la placenta como *nuevos alimentos*. Si bien puede que no se disponga de pruebas específicas de un historial de consumo significativo antes del 15 de mayo de 1997, es probable que se haya producido un consumo personal no cuantificable de placenta en la UE durante muchos años. No creemos que ninguna de las diez categorías detalladas en el artículo 3(2)(a) del Reglamento (UE) 2015/2283 esté relacionada con la placenta cruda ni con los productos derivados de la placenta.
3. Como la placenta se considera un alimento, las empresas de procesamiento de placenta son operadores de empresas alimentarias (OEA) y deberían considerar su registro.
4. Como FBO, una empresa procesadora de placenta debe garantizar que produce alimentos inocuos e higiénicos y ser capaz de demostrar la seguridad e higiene de sus procesos y productos, a satisfacción de su autoridad competente, mediante la aplicación de un Sistema de Gestión de Inocuidad de los Alimentos basado en los principios de HACCP.
5. Esquema de Clasificación de Higiene Alimentaria (FHRS): este tipo de FBO debe incluirse a menos que la autoridad competente determine que se encuentra dentro de una exención.

Este consejo de la EFSA se basa en la información actual sobre las prácticas empleadas por pequeñas empresas que prestan servicios directamente a madres que desean consumir su propia placenta o productos elaborados con ella. Consideramos que nuestro consejo es adecuado a la situación actual. Si se producen cambios significativos y nos percatamos de una aplicación o comercialización más amplia, revisaremos y reconsideraremos nuestra decisión.

Dada la variedad de escenarios, cualquier evaluación de riesgos variará considerablemente según cada situación individual, y la FSA ha concluido que es adecuado que los riesgos se gestionen a nivel local, caso por caso, entre las autoridades locales (AL) y los operadores económicos autorizados (OEA), en lugar de mediante directrices genéricas proporcionadas por la FSA. Corresponde al OEA garantizar a la AL que sus prácticas de seguridad e higiene alimentaria y su SGSA, basado en los principios de HACCP, son suficientes para garantizar la seguridad de los productos suministrados. (30)

En contraposición, en algunos países entre los que se encuentra Japón, las placentas humanas son legalmente utilizadas en la industria de la cosmética, comercializando estos productos y exportando a otros países donde es legal utilizarla [31].

Opciones terapéuticas de la placenta

La placenta puede también tener una vida de laboratorio, lo que podría llamarse como *segunda vida*, a través de la donación de sus tejidos, además de su uso en la investigación: el material placentario sirve como herramienta para testar en general tóxicos químicos y nanopartículas, así como modelos en investigación para el cáncer, como agente en la investigación de vacuna frente al cáncer entre otras líneas de investigación [32].

Las células madre humanas son células precursoras totipotentes o pluripotentes capaces de generar diversos linajes de células humanas maduras. Existen pruebas que demuestran que las células madre pueden emplearse para repoblar muchos, si no todos, los tejidos y restaurar la funcionalidad fisiológica y anatómica.

Así, la sangre de cordón umbilical fue descrita como fuente para obtener células madre hematopoyéticas a mediados de 1970 y el primer trasplante se realizó en 1988 [33].

Desde entonces se han caracterizado muchos tipos diferentes de células madre de mamífero, y en relación con el tema tratado, en sangre del cordón umbilical, y células nucleadas totales obtenidas a partir de sangre del cordón umbilical, usadas en trasplantes para restaurar, parcial o completamente, la función hematopoyética en pacientes que han sido sometidos a terapia de ablación [34].

Abramson et al. [34] examinaron la expresión de ciertos marcadores en la superficie de las células de la médula

ósea, la sangre del cordón umbilical, el líquido amniótico y tejidos del amnios placentario, decidua parietal y decidua basal. La solicitud internacional WO 2005/001076 describe células derivadas de placenta posparto caracterizadas, entre otras cosas, por ciertos marcadores y métodos para su aislamiento y usos potenciales de esas células derivadas de placenta.

Otros autores [35], entre 2008-2011, concluyen en sus respectivos estudios también que la placenta puede ser una fuente útil de células madre con potencial terapéutico.

Una más reciente invención registrada en la oficina de patentes europea se refiere, en general, a células madre placentarias aisladas, poblaciones de células madre placentarias, composiciones que comprenden las células madre, y métodos de obtención de las células madre. Específicamente, la presente invención proporciona una población de células madre de amnios-corion adherentes aisladas, en donde dichas células madre de amnios-corion expresan el gen SLC12A8 a un nivel al menos dos veces mayor que un número equivalente de células madre mesenquimales derivadas de la médula ósea (BM-MSC) que se han cultivado en condiciones equivalentes y se han sometido al mismo número de pases en cultivo que dichas células madre de amnios-corion, y métodos para tratar enfermedades, trastornos o afecciones producidas por, o relacionadas con, una respuesta inmunitaria indeseada o perjudicial, por ejemplo, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de injerto contra huésped, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, psoriasis, lupus eritematoso, diabetes, micosis fungoide (síndrome de Alibert-Bazin) o esclerodermia [36].

Las membranas amnióticas para usos médicos están reconocidas como una opción terapéutica, en la oftalmología como injerto en la escisión de pterigión y en úlceras corneales [37], así como en otros procesos oftalmológicos y en medicina regenerativa [38, 39].

En conclusión, las enfermedades susceptibles de ser tratadas con células madre van desde cánceres, desórdenes metabólicos e inmunodeficiencias [33].

Nicho de mercado "emocional" de la placenta

En los últimos años, algunos hospitales ofertan a las mujeres la posibilidad de realizar una imprimación de su placenta con el objeto de perpetuar la huella que este órgano ha dejado en el nacimiento de su bebé. Aunque la práctica de realizar improntas de placenta no ha sido aún objeto de estudio académico formal, existen organizaciones especializadas, como Independent Placenta Network o Tree of Life, en el Reino Unido, que han documentado y profesionalizado esta técnica [40, 41], al objeto de crear un recuerdo más del embarazo. Sin embargo, estas actividades

no se realizan de forma altruista por estas empresas que, además, han encontrado un nicho de negocio basado en las emociones y han creado un marketing de empresa para ofrecer objetos variados, desde bisutería a objetos decorativos con el tema central de la placenta.

La moda de impresionar la placenta se está extendiendo fuera de Reino Unido como en el caso de España, aunque, en la totalidad de las efectuadas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, es una actividad lúdica, voluntaria, gratuita y sobreañadida al trabajo profesional de las matronas del área de partos (Imagen 1).



Imagen 1. Imprimación de placenta

Tratamiento legal de la placenta

Existe un consenso acerca de la necesidad de procedimientos jurídicos que respalden las acciones de solicitud y entrega de la placenta en los centros hospitalarios y públicos, y de esta manera asegurar el ejercicio de derecho a la creencia religiosa y cultural de las parturientas y sus familias [42].

El tratamiento legal de la placenta tras el parto varía sustancialmente entre países. En la mayoría de los países occidentales, la placenta es clasificada como un residuo biológico tipo III-IV, lo que limita su entrega a los pacientes

[43, 44]. Sin embargo, en contextos donde existen usos rituales o culturales a este órgano ha surgido una demanda creciente por parte de la mujer para solicitar la placenta tras el parto.

Algunos hospitales han comenzado a establecer protocolos específicos bajo el marco del consentimiento informado, respetando así tanto la normativa sanitaria como los derechos culturales y personales de las mujeres en el parto [45].

La Constitución española garantiza en su artículo 16 la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación en sus manifestaciones que la necesaria para el mantenimiento del orden público [46].

En 1985, la Organización Mundial de la Salud establece, en las recomendaciones del parto y del nacimiento, que una mujer tras el parto tiene el derecho de solicitar a los centros hospitalarios su placenta y se debe respetar el destino que la mujer decida darle [47].

En 2018, el Comité Europeo de Trasplante de órganos adoptó la postura de abordar la necesidad de elaborar un instrumento jurídico internacional que protegiera tanto a los donantes como los receptores de las actividades ilícitas o antiéticas con el manejo de tejidos y células humanas, lo que justificaba así en su la introducción del documento:

“La innovación biomédica ha propiciado en los últimos años un aumento en el uso de células, tejidos y productos celulares o tisulares humanos. Hoy en día estas sustancias humanas, incluyendo tejidos músculo-esqueléticos, cardiovasculares y oculares, células progenitoras hematopoyéticas, gametos y embriones, se utilizan habitualmente con fines médicos, terapéuticos e investigativos. Como consecuencia de este crecimiento, el procesamiento y la distribución de tejidos y células de origen humano se han convertido progresivamente en una industria en algunos entornos, y el material humano donado se considera un producto básico. Este campo floreciente es, en algunos casos, altamente rentable. En algunos países, se ha descrito una transformación progresiva de actividades inicialmente sin fines de lucro en actividades con fines de lucro en el campo de los tejidos y células, con el riesgo potencial de incumplir el principio esencial de que el cuerpo humano y sus partes no deben dar lugar, como tales, a lucro” [48]. Por lo tanto, el lucro, más que la necesidad médica, puede ser el factor motivador para la obtención de tejidos y células. Además, la disponibilidad de donantes (tanto vivos como fallecidos) suele ser un factor limitante para la obtención de tejidos y células, por lo que los materiales de origen suelen ser escasos. Debido a esta escasez y a los posibles beneficios económicos, el riesgo de actividades ilícitas y poco éticas que involucren tejidos y células humanas puede considerarse una amenaza real. Entre los tipos de teji-

dos y células objeto de actividades ilícitas o no éticas se encuentran las placentas, porque requieren autorización por parte de los padres para ser recogidas y posteriormente procesadas [48].

Objetivos

- Ofrecer una revisión general sobre la historia y las evidencias científicas actuales acerca de los distintos usos de la placenta a través de los tiempos.
- Instar a la Administración Central en materia de Sanidad, o en su defecto, a las consejerías autonómicas de salud o los propios centros maternos para la elaboración de una normativa con respaldo bibliográfico o mejor, jurídico, para poder realizar el procedimiento de entrega de las placentas a las mujeres si así son requeridas.

Material y método

Se realiza una revisión narrativa de literatura en las siguientes bases de datos Pubmed, Cinalh y Ebsco; también se utilizó una búsqueda de literatura gris usando Google académico y el buscador de Google. Por necesidades de precisar hechos socialmente trascendentes, se ha recurrido a cuatro artículos periodísticos y cuatro entradas de blog. La búsqueda se llevó a cabo en inglés y español (excepcionalmente uno en francés) con un límite de 10 años de antigüedad (salvo para dos entradas históricas concretas), usando las palabras claves: *folklore*, *midwives*, *placenta disposal*, *placenta donation*, *traditional placental disposal*, *placenta rituals*.

Se seleccionaron los artículos y se utilizó la herramienta PRISMA para valorar su adecuación.

Se obtuvieron un total de 82, seleccionados por título y resumen. Finalmente se seleccionaron 44 artículos y tres libros consultados para la redacción del manuscrito.

Discusión

Martín Herrera [49] analiza las dificultades legales que pudieran encontrar algunas familias a la hora de solicitar la retirada de la placenta y que en ocasiones pueda estar condicionada a la interpretación personal de la legislación y concluye que no se detecta ni en la legislación nacional ni en la internacional, impedimento legal para entregarla a la familia.

En **Reino Unido**, si se decide llevarse la placenta a casa, la matrona proporcionará toda la información. La placenta se considera tejido humano ante la ley, lo que significa que debe incinerarse a alta temperatura o enterrarse al menos a un metro de profundidad, o puede ser autorizada a ser

guardada tanto la sangre y el cordón como la placenta en su integridad, en el primer y único banco de placentas (privado) en Reino Unido [50].

En **Francia**, el artículo 16-1 del Código Civil francés establece que "el cuerpo humano, sus elementos y sus productos no pueden ser objeto de derechos de propiedad". Según este artículo, la mujer no es, por lo tanto, propietaria de su placenta. Después de dar a luz, solo hay dos posibilidades:

- La placenta se convierte en residuo quirúrgico y debe seguir el procedimiento de incineración previsto para todos los DASRI (residuos sanitarios con riesgo infeccioso) de conformidad con el artículo R.1335-1 del Código de Salud Pública.
- Se recolecta con fines científicos o terapéuticos. En Francia, la recolección de productos del cuerpo humano se rige por la ley de bioética de 1994, revisada en 2011. Según esta última, la placenta solo puede recolectarse con fines terapéuticos o científicos si el paciente no se opone.
- Ante este fenómeno y la creación de empresas que ofrecen transformar placentas femeninas en cápsulas a cambio de una tarifa, el Ministro de Salud ha aclarado una vez más la situación de la placenta. La Circular núm. 2012-328, de 31 de agosto de 2012, relativa a las condiciones de uso de la placenta, el cordón umbilical y las células que los componen reitera el marco regulatorio: "Por lo tanto, se prohíbe a las parturientas recuperar su placenta después del parto o confiar la placenta y/o el cordón a organizaciones que no estén autorizadas a prepararlos, almacenarlos y distribuirlos en cualquier forma (medicamento o producto celular)" [51].

En **Italia** no existe marco legal para la entrega de la placenta. Esta cuestión fue explorada por Bianchi y Rossi [52] (2019) en su artículo de revisión.

En **Estados Unidos**, desde 2006, algunos estados han promulgado leyes protegiendo a los padres para tener acceso a su placenta tras el parto, como es el caso del estado de Hawái que fue el primero en legislar protegiendo a las tribus indígenas a solicitar sus placentas. Más tarde se unieron los estados de Connecticut, Texas y Oregón, aunque solo lo permiten cuando se haya realizado pruebas infecciosas tras el parto y estas sean negativas [25].

En **otros estados estadounidenses y en Canadá** han optado por realizar protocolos hospitalarios, como el del Sarasota Memorial Hospital de Texas, en los que se establecen las premisas necesarias para la entrega de las placentas solicitadas tras el parto [26].

En **Latinoamérica**, la legislación chilena otorga a las madres el poder de solicitar legalmente la placenta [42].

Respecto al uso en cosmetología de la placenta, la legislación europea prohíbe la venta dentro de la UE de cualquier cosmético que contenga elementos biológicos humanos. El Reglamento europeo sobre productos cosméticos [53] prohíbe expresamente el uso de "células, tejidos o productos de origen humano" como sustancias en la fabricación de estos preparados, así como en la producción de suplementos dietéticos. Tampoco está permitida en la UE la venta de productos de placenta procedentes de terceros países.

En **España** no existe de regulación jurídica que permita la retirada de la placenta, aunque ha habido algunos pronunciamientos bioéticos al respecto [54].

Recientemente, marzo 2025, el Comité de Ética de Andalucía ha realizado un dictamen sobre la pertinencia de entregar las placentas a las mujeres que lo soliciten y que concluye: "que es fundamental garantizar el respeto a la dignidad y autonomía de las madres, reconociendo la importancia simbólica que la placenta puede tener en su experiencia de maternidad. Por ello, no encontramos objeciones éticas a que pueda entregarse dicho órgano en los centros sanitarios de Andalucía, siempre que no existan riesgos significativos, asegurando un proceso seguro, homogéneo en toda la Comunidad Autónoma, que promueva la humanización del parto y el cuidado perinatal, pero cumpliendo con la normativa vigente" [55].

El juez Durán Vicente, en el auto del Juzgado de Instrucción núm. 46 de Madrid de 20 de junio 2015, ratificó que la placenta es un residuo biosanitario tipo IV y sujeta su disposición a la normativa sanitaria vigente, por lo que denegó la entrega de la misma a una mujer [56].

En el documento de *Proceso de atención al embarazo, parto y puerperio: Sistema Sanitario Público de Andalucía* (4ª edición. Sevilla. Consejería de Salud 2024), no se contempla ningún apartado con respecto al uso de la placenta tras el alumbramiento. En los documentos de atención perinatal y en la *Guía práctica de atención en el embarazo y el puerperio* tampoco se hace referencia a la placenta.

Tímidamente algunos hospitales españoles comienzan a realizar protocolos que recogen la entrega de las placentas a las mujeres que lo demanden, siempre que no se corran riesgos infecciosos (Imagen 2).

Marcos del Cano [57] propone en su libro pasar de un modelo clásico paternalista sanitario hacia un modelo más actual, donde prima el principio de autonomía y donde la mujer tras el parto pueda decidir qué hacer con la placenta.

La investigación realizada con respecto a la placenta es limitada, se orienta a la práctica obstétrica y solo se ha centrado en los resultados cuantitativos, descuidando la investigación cualitativa acerca de la experiencia vivida por las mujeres durante y después del alumbramiento, aspecto que debe de tenerse en consideración para enfocar futuras investigaciones [58].



Imagen 2. Placenta

Conclusiones

- La placenta es una fuente inagotable de investigación para la medicina regenerativa actual y futura.
- Éticamente es cada vez más necesario en el proceso de atención al parto en medios hospitalarios, reconocer el derecho de las mujeres a poder solicitar su placenta tras el nacimiento, para llevarla a casa si así lo desean. Esto pone de manifiesto la necesidad de legislar para proteger la decisión de las mujeres y mientras esto ocurre, es importante realizar protocolos hospitalarios que contemplen las decisiones acerca del destino de las placentas.
- Existe una necesidad de crear formularios de consentimiento informados claros y una comunicación con la mujer culturalmente sensible antes de entregar la placenta o usarla para investigación. En ellos se debe incluir una información previa (preferentemente prenatal), un consentimiento específico para su disposición, unas condiciones sanitarias de transporte y una cláusula de exoneración de responsabilidad clínico-legal del uso ejercido posteriormente a la entrega.
- Las matronas estamos especialmente involucradas en estas actividades por nuestra mayoritaria participación activa en los procesos de embarazo y parto.
- Son necesarias sesiones clínicas específicas para los profesionales especialistas en la atención a los partos, matronas y obstetras fundamentalmente, y resto de personal sanitario del área de maternidad, así como de documentación escrita que pueda ser consultada y protocolos consensuados por el equipo multidisciplinar.
- Los profesionales especialistas en la atención a los partos, matronas y obstetras fundamentalmente, y resto de personal sanitario del área de maternidad, debemos ser

respetuosos en cuanto a las creencias religiosas y culturales de las mujeres que atendemos y las instituciones públicas deben velar para que las peticiones de nuestras usuarias con respecto a sus partos tengan una respuesta, tal como viene descrito en nuestra Constitución y en la Declaración de Fortaleza.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Mir IN, Chalak L. Placenta. The Least Understood Human Organ'-From Animistic Origins to Human Placental Project. *Ann Reprod Med Treat* [internet] 2017 [citado 25 ago 2025]; 2(2):1013. Disponible en: <https://www.jscimedcentral.com/journal-article-info/Annals-of-Reproductive-Medicine-and-Treatment/Placenta-%E2%80%99The-Least-Understood--Human-Organ%E2%80%99-From-Animistic--Origins-to-Human-Placental--Project-7838#section-29840>
- [2] Columbus MR. De re anatomica libri XV. Bevilacqua, Nicolò, fl. 1554-1574 [internet]. London: The Wellcome Library; 1559. p. 248. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/hin-wel-all-00000254-001/page/247/mode/2up>
- [3] Loke YW. Life's vital link, the astonishing role of the placenta. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- [4] Wahrig B. Human Placenta in Premodern Europ: a Cultural and Pharmaceutical Agent. *Ber. Wissenschaftsgesch.* 2024; 47:396-417. doi: <https://doi.org/10.1002/bewi.202400004>
- [5] Cindrova-Davis T. Sferruzzi-Perr 2022. *Seminars III Cell and Developments Biology.* 2022; 131:66-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semcd.2022.03.039>
- [6] Moeti C, Mulaudzi FM, Raswewe MM. The disposal placenta among indigenous groups globally: an integrative literatura review. *Int J Reprod Med.* 2023; 6676809. doi: <https://doi.org/10.1155/2023/6676809>.
- [7] González Casarrubios C, Timón Tiemblo MP. Algunos rituales vinculados al nacimiento del ser humano. *Anejos a Cuadernos de Prehistoria y Arqueología (CuPAUAM)* 2018; (3):287-96. doi: <https://doi.org/10.15366/ane3.rubio2018.022>
- [8] Panwar A. Amulets and cord blood: understanding baking and regenerative Medicine in Chennai, India. *Medical Antropology.* 2023; 42(2):121-31. doi: <https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2159821>
- [9] Proaño Sotomayor GP. Hilos de sangre y de memoria. Un camino de regreso a tradiciones y saberes en torno a la placenta. Tesis maestría en estudios de la cultura [internet]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2022. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/8722>
- [10] Mota-Rojas D, Orihuela A, Starpini A, Vilanueva García D, Napolitano F, et al. Cosumption of maternal placenta in humans and non humans mamals: beneficial and adverse effects. *Animals.* 2020; 10(12):2398. doi: <https://doi.org/10.3390/ani10122398>
- [11] Kristal MB, Di Pirro JM, Thompson AC, Wood TD. Placentophagia and the Tao of POEF. *Neuroscience and biobehavioral reviews.* 2023; 145:104992. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104992>
- [12] Hammett FS, McNeile LG. Concerning the Effect of Ingested Placenta on the Growth-Promoting Properties of Human Milk. *Science* 1917; 46(1188):345-6. doi: <https://doi.org/10.1126/science.46.1188.345>
- [13] Hammett FS, McNeile LG. The Effect of the Ingestion of Desiccated Placenta on the Variations in the Composition of Human Milk During the First Eleven Days After Parturition. *30 J. BIOLogical Chemystre* [internet] 1917 [citado 25 ago 2025]; 145-53. Disponible en: <https://forlossningsguiden.se/wp-content/uploads/2022/12/PIIS002192581886759X.pdf>
- [14] Soyková-Pachnerová E. Placenta as a Lactagagon. *Gynaecologia* [internet] 1954 [citado 25 ago 2025]; 138 617. Disponible en: https://www.placentamom.com/uploads/2/4/8/3/2483180/placenta_lactagagon.pdf
- [15] Coyle CW, Hulse KE, Wisner KL, Driscoll KE, Clark CT. Placentophagy: therapeutic miracle or myth? *Arch Womens Ment Health.* 2015; 18(5):673-80. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0538-8>
- [16] Young SM, Gryder LK, Cross C, Zava D, Kimball DW, Benyshek DC. Effects of placentophagy on maternal salivary hormones: A pilot trial, part 1. *Women Birth.* 2018 Aug; 31(4):e245-e257. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.023>
- [17] Gryder LK, Young SM, Zava D, Norris W, Cross CL, Benyshek DC. Effects of Human Maternal Placentophagy on Maternal Postpartum Iron Status: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *J Midwifery Womens Health.* 2017; 62(1):68-79. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12549>
- [18] Young SM, Gryder LK, Cross C, Zava D, Kimball DW, Benyshek DC. Placentophagy's effects on mood, bonding, and fatigue: A pilot trial, part 2. *Women Birth.* 2018; 31(4):e258-e271. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.004>
- [19] Massó Guijarro E. ¿Quién se ha llevado mi placenta? Narraciones literarias: epísteme y política desde una bioética feminista y decolonial. *Revista Internacional de Humanidades*

- médicas. 2025; 13(1):1-24. doi: <https://doi.org/10.62701/revmedica.v13.5459>.
- [20] Le ministère de la santé souhaitant de nouvelles garanties sanitaires L'Institut Mérieux arrête sa fabrication d'albumine à partir de sang placentaire. *Le Monde* [internet] 3 décembre 1993 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: https://www.lemonde.fr/archives/article/1993/12/03/le-ministere-de-la-sante-souhaitant-de-nouvelles-garanties-sanitaires-l-institut-merieux-arrete-sa-fabrication-d-albumine-a-partir-de-sang-placentaire_3970069_1819218.html
- [21] Fannin M, Kent J. Origin stories from a regional placenta tissue collection. *New Genet Soc.* 2015; 34(1):25-51. doi: <https://doi.org/10.1080/14636778.2014.999153>
- [22] South African placentas sold to French drug firm. *BMJ* 1995; 311. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7013.1119a>
- [23] Lucey A. Cork hospitals sold placentas to firms in three countries. *The Irish Times* [internet] 2000 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.irishtimes.com/news/cork-hospitals-sold-placentas-to-firms-in-three-countries-1.301303>
- [24] Lonsdale S. A placenta's life after birth: In some cultures it has long been revered. Women here are now discovering new uses, says Sarah Lonsdale. *Independent* [internet] 1994 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.independent.co.uk/arts-entertainment/health-a-placentas-life-after-birth-in-some-cultures-it-has-long-been-revered-women-here-are-now-discovering-new-uses-says-sarah-lonsdale-1367563.html>
- [25] European Blood Alliance. Regulation (EU) 2024/1938 on standards of quality and safety for substances of human origin intended for human application (Soho Regulation) [internet]. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: [https://europeanbloodalliance.eu/resources/soho-regulation-text/#:~:text=Regulation%20\(EU\)%202024/1938,available%20in%20all%20EU%20languages](https://europeanbloodalliance.eu/resources/soho-regulation-text/#:~:text=Regulation%20(EU)%202024/1938,available%20in%20all%20EU%20languages)
- [26] Cohen M. The law of placenta. *Yale Journal of Law and Feminism* [internet] 2020 [citado 25 ago 2025]; 31.2:337-409. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3518435
- [27] Knapp Van Bogaert D, Ogunbanjo GA. Ethics and law relating to post-birth rituals. *South African Family Practice.* 2013; 55(1):12-4. doi: <https://doi.org/10.1080/207862204.2013.10874315>
- [28] Diario Oficial de la Unión Europea Reglamento (UE) 2015/2283 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de noviembre de 2015 relativo a los nuevos alimentos, por el que se modifica el Reglamento (UE) núm. 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo y se derogan el Reglamento (CE) núm. 258/97 del Parlamento Europeo y del Consejo y el Reglamento (CE) núm. 1852/2001 de la Comisión. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] 2015 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2015/327/L00001-00022.pdf>
- [29] The Independent Placenta Encapsulation Network (IPEN). [sede web] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.placentanetwork.com/about-ipen-placenta-network/>
- [30] The Independent Placenta Encapsulation Network (IPEN). My Placenta My Choice. IPEN [internet] 2020 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.placentanetwork.com/my-placenta-my-choice/>
- [31] Kroløkke C, Dickinson E, Foss K. A. The placenta economy: From trashed to treasured bio-products. *European Journal of Women's Studies* 2016; 25(2):138-53. doi: <https://doi.org/10.1177/1350506816679004>
- [32] Yoshizawa RS, Hird MJ. Schrödinger's placenta: determining placentas as not/waste. *Natura and space.* 2020; 3(1):246-62. doi: <https://doi.org/10.1177/2514848619855367>
- [33] Waller-Wise R. Umbilical cord blood banking: an update for childbirth educators. *J Perinat Educ.* 2022 Oct 1; 31(4):199-205. doi: <https://doi.org/10.1891/JPE-2021-0006>
- [34] Abramson SD, Edinger JS, Faleck H, Hariri RJ, Labazzo KS, Pereira M, et al. Placental stem cell populations. *Patente Europea.* [internet] 2018 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://patentimages.storage.googleapis.com/da/3c/8b/b25c631d60d655/ES2711278T3.pdf>
- [35] Fannin M, Kent J. Origin stories from a regional placenta tissue collection. *New Genet Soc.* 2015; 34(1):25-51. doi: <https://doi.org/10.1080/14636778.2014.999153>
- [36] Edinger JW, Hariri RJ, Wang J-L, Ye Q, Faleck H. Tratamiento de enfermedades inflamatorias usando células madre de placenta. Fecha de publicación y mención en BOPI de la traducción de la patente: 11.10.2013. *Patentes.* [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://patents.google.com/patent/ES2425181T3/es>
- [37] Jirsova K, Jones GLA. Amniotic membrane in ophthalmology: properties, preparation, storage and indications for grafting—a review. *Cell Tissue Bank.* 2017 18(2):193-204. doi: <https://doi.org/10.1007/s10561-017-9618-5>
- [38] Hoffman N, Rennekampff HO, Saltz AK, Börgel M. Preparation of amniotic membrane for transplantation in different applications areas. *Frontiers Transplantation.* 2023; 11:52068. doi: <https://doi.org/10.3389/frtra.2023.1152068>
- [39] Waller-Wise R. Umbilical cord blood banking: an update for childbirth educator. *J. Perinat. Educ.* 2022; 31(4):199-205. doi: <https://doi.org/10.1891/JPE-2021-0006>
- [40] Placenta Remedies Network. [sede web] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://placentaremediesnetwork.org>
- [41] IPEN. Placenta Pillows, Placenta Jewellery, Placenta Shop-

- ping. [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.placentanetwork.com/placenta-pillows-placenta-jewellery-placenta-shopping/>
- [42] Arancibia Flores N. Derecho del uso de la placenta como ritual cultural o medicina tradicional, fuera de las comunidades indígenas bolivianas. *LEX, Revista de investigación en ciencias jurídicas*. 2020; 3(7):52-65. doi: <https://doi.org/10.33996/revistalex.v3i7.45>
- [43] Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular. BOE [internet] núm. 85, de 9 de abril de 2022. p. 45329-45426. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-5809>
- [44] Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Decreto 73/2012, de 20 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Residuos de Andalucía. BOJA [internet] núm. 60, de 27 de marzo de 2012 [citado 15 ago 2025]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2012/81/4>
- [45] Scott GM, Gray VR, Brereton K, Turner PK. Adapting nursing care to alternative uses of the placenta. *Proceedings of the 2015 AWHONN Convention. JOGNN*. 2015; 44:9. doi: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12669>
- [46] Boletín Oficial del Estado (BOE). Constitución española. núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. BOE [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- [47] Declaración de Fortaleza. 1985. Recomendaciones de la OMS para la Atención Intraparto 1999. *Ascalema* [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>
- [48] European Committee on Organ Transplantation. Illicit and unethical activities with human tissues and cells: Addressing the need for the elaboration of an international legal instrument to protect donors and recipients. 22nd meeting of the European Committee on Organ Transplantation (CD-P-TO) on 12 October 2018. *EDQM* [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en <https://www.edqm.eu/documents/52006/162284/Illicit+and+unethical+activities+with+human+tissues+and+cells+Addressing+the+need+for+the+elaboration+of+an+international+legal+instrument+to+protect+donors+and+recipients.pdf/d2c04525-aab7-3b7e-a5d6-c190bf7e22af>
- [49] Martín Herrera D. La placenta mucho más que un órgano funcional. *Ius et Scientia*. 2016; 3(1):63-78. doi: <https://doi.org/10.12795/IETSCIENTIA.2017.i01.07>
- [50] NHS Foundation Trust. My placenta and umbilical cord following birth. RBFT Bereavement Midwifery Team [internet] 2025 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.royalberkshire.nhs.uk/media/lsgbqsgm/placentas-pil.pdf>
- [51] Martin-Le Déan C. Placenta: les parents peuvent-ils l'emporter après l'accouchement ? *MACFS*. [internet] 2022 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: [https://www.macfs.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/placenta-les-parents-peuvent-ils-l-emporter-apres-l-accouchement#:~:text=eux%2C%20bien%20r%C3%A9els.,Le%20statut%20juridique%20du%20placenta%20:%20la%20femme%20n'en%20est,s'y%20est%20est%20pas%20oppos%C3%A9e](https://www.macfs.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/placenta-les-parents-peuvent-ils-l-emporter-apres-l-accouchement#:~:text=eux%2C%20bien%20r%C3%A9els.,Le%20statut%20juridique%20du%20placenta%20:%20la%20femme%20n'en%20est,s'y%20est%20pas%20oppos%C3%A9e)
- [52] Bonsignore A, Bufelli F, Ciliberti R, Ventura F, Molinelli A, Fulqueri E. Médico-legal considerations on Lotus Birth in the Italian legislative framework. *Ital. J. Pediatr*. 2019; 45(39). doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0632-z>
- [53] Diario Oficial de las Comunidades. Reglamento (CE) núm. 1223/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 30 de noviembre de 2009 sobre los productos cosméticos. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet] de 22 de diciembre de 2009 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2009/342/L00059-00209.pdf>
- [54] Generalitat de Catalunya. Comitè de Bioètica de Catalunya. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya [internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2021. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://de.scribd.com/document/572827574/Protocol-d-atencio-i-acompanyament-al-naixement-a-Catalunya>
- [55] Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Comité de Bioética de Andalucía Dictamen del Comité de Ética de Andalucía sobre la pertinencia de la entrega de la placenta al finalizar el proceso del parto a las embarazadas que lo soliciten, de acuerdo con la consulta elevada del CEA de Málaga [internet]. Junta de Andalucía; 2025. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2025/04/Dictamen_Entrega_Placenta.pdf
- [56] Durán Vicente H. La entrega de la placenta para su tratamiento por motivos religiosos o de culto. Referencia a la normativa madrileña. *Revista jurídica de la Comunidad de Madrid*. [internet] 2022 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/la_entrega_de_la_placenta_para_su_tratamiento_funerario_por_motivos_religiosos_hector_duran_vicente.pdf
- [57] Marcos Del Cano AM (coord.). Bioética y derechos humanos. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Ciencias sociales y jurídicas. *Anuario de Filosofía del Derecho*, 2011; (29):387.
- [58] Reed R, Gabriel L, Kearney L. Birthing the placenta: women's decisions and experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1):140. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2288-5>



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 Carolina Pérez-Pérez
² Catalina Argüello-Gutiérrez

Desarrollo de la identidad profesional: el rol de los tutores clínicos en la formación de estudiantes de Obstetricia (Matrona)

¹ *Matrona. Magister en Educación mención Gestión de Centros Educativos. Magister en Intervención Psicológica del Desarrollo y Educación. Doctoranda en Educación. Universidad Iberoamericana (UNIN) (México). Académica asistente en la Escuela de Obstetricia. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián (Chile)*

² *Doctora en Psicología. Profesora e investigadora de la Facultad de Educación en la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Universidad Iberoamericana (UNINI) (España)*

E-mail: carolina.perez@uss.cl

Fecha de recepción: 3 de enero de 2025.
 Fecha de aceptación: 7 de agosto de 2025.

Cómo citar este artículo:

Pérez-Pérez C, Argüello-Gutiérrez C. Desarrollo de la identidad profesional: el rol de los tutores clínicos en la formación de estudiantes de Obstetricia (Matrona). *Matronas Hoy* 2025; 13(2):31-6.

Resumen

Introducción: la profesión y el trabajo ocupan un lugar destacado en la vida de las personas, hasta el punto de que con frecuencia nos definimos a través de ellos: soy licenciada en Obstetricia, matrona, *midwife*, etc.

La identidad profesional se puede definir como el conjunto de conocimientos, experiencias y comportamientos que se emplean y desarrollan en el marco laboral y, consecuentemente, está en permanente evolución, y forma parte de nuestra identidad social y personal, proyectando distintas facetas de nuestra personalidad según el entorno en el que nos desenvolvamos.

La identidad profesional de un docente, cuya vocación y compromiso por la educación son elementos esenciales en su tarea formativa, es parte fundamental para la construcción de la identidad profesional de los estudiantes, al ser el vehículo en la transmisión de conocimientos y desarrollo de habilidades del futuro profesional.

Objetivo: reflexionar sobre cómo la intervención del tutor clínico impacta en el desarrollo de la identidad profesional de los estudiantes de la carrera de Obstetricia y en su capacidad para ejercer la profesión.

Material y método: revisión narrativa.

Discusión: los tutores clínicos tienen un rol fundamental en la educación en salud, principalmente en la formación de estudiantes de Obstetricia, ya que fomentan el desarrollo de la identidad profesional, así como las habilidades técnicas. En este artículo se identifican desafíos como la falta de capacitación pedagógica, la presión asistencial y las dificultades para que los estudiantes logren integrar la teoría y práctica. Además, se subraya la importancia de recursos educativos que faciliten la comprensión de conceptos complejos. Evidenciando que la relación entre tutores y estudiantes se presenta como un factor determinante en la motivación y el compromiso del aprendizaje.

Conclusiones: es fundamental invertir en la formación continua de los tutores clínicos, proporcionándoles herramientas adecuadas para desempeñar su rol de forma efectiva. Esto no solo beneficiará a los tutores, sino que también mejorará el desarrollo de la identidad de los estudiantes, lo que a su vez contribuirá a una educación de mayor calidad. Este enfoque integral es esencial para asegurar una atención humanizada y efectiva en salud sexual, reproductiva y no reproductiva, beneficiando a las mujeres y sus familias.

Palabras clave: educación en salud; identificación profesional; matronería; matronas; tutor.

Abstract

Development of the professional identity: the role of clinical mentors in the training of Obstetrics students (Midwives)

Introduction: profession and work take a prominent position in people's lives, to the point that we frequently define ourselves through them: I am an Obstetrician, a midwife, etc.

Professional identity can be defined as the set of knowledge, experiences and behaviours that are used and developed in the work setting and, consequently, are in permanent evolution and play a part in our social and personal identity, projecting different aspects of our personality depending on the setting where we are acting.

The professional identity of a teacher, with vocation and commitment as key elements in their training job, is an essential aspect for building the professional identity of students, being the vehicle for knowledge transmission and skill development of the future professional.

Objective: to consider the impact of the intervention of the clinical mentor on the development of the professional identity of Obstetrics students and their ability to practice their profession.

Material and Methods: a narrative review.

Discussion: clinical mentors play an essential role in health education, mostly in training Obstetrics students, because they will encourage the development of professional identity, as well as technical skills. Some challenges are described in this article, such as the lack of pedagogical training, workload pressure, and the difficulties faced by students when trying to integrate theory and practice. Besides, this article underlines the importance of educational resources to make it easy to understand complex concepts, therefore demonstrating that the relationship between mentors and students becomes a determining factor for motivation and commitment in terms of learning.

Conclusions: it is essential to invest in continuous training for clinical mentors, providing them with the adequate tools for playing their role effectively. This will not be a benefit for mentors only, but it will also improve the development of the identity of students, which in turn will contribute to a higher-quality education. This comprehensive approach is key to ensure humanized and effective care for sexual, reproductive and non-reproductive health, thus benefiting women and their families.

Key words: health education; professional identification; midwifery; midwives; mentor.

Introducción

Los profesionales de la Matronería* son esenciales en la atención integral de la salud de las mujeres y sus familias. Las acciones de evaluación, diagnóstico e intervenciones oportunas, en el contexto de su salud sexual reproductiva y no reproductiva, son actividades frecuentes de su quehacer. Su labor no solo se limita a la atención clínica, sino que posee una connotación social de gran importancia, ya que promueve prácticas de salud y prevención de enfermedades [1], desempeñando un rol fundamental en la educación y el empoderamiento de las mujeres, lo que respalda la necesidad de una formación de estos profesionales sólida, de calidad y continua en su práctica clínica en las distintas áreas de la Matronería.

La formación profesional de las matronas es un proceso complejo que implica la adquisición de conocimientos, competencias técnicas e integración del saber, hacer y estar, por lo que es durante las prácticas en campo clínico en las distintas áreas de la Matronería en Chile, como Obstetricia, Ginecología y Neonatología, en las que se construye y desarrolla su propia identidad profesional.

Con base en lo anterior, es acertado afirmar que la atención de calidad en salud requiere que los profesionales de la salud actualicen continuamente sus conocimientos, integrando en la práctica clínica criterios de actuación basados en la evidencia científica, que respalden su autonomía técnica y científica [2]. Lo que respalda la formación universitaria de las matronas con un fuerte desarrollo de su identidad profesional.

La carrera de Obstetricia se creó en la Universidad de Chile, en el año 1834, siendo la primera escuela dedicada a la especialidad. En el año 1995 se logró un plan de estudios que permite la obtención de la licenciatura con grado académico de Licenciado en Obstetricia y Puericultura. Esta licenciatura se obtiene habiendo aprobado la malla curricular hasta el octavo semestre. El título profesional de matrona (o matrn) se obtiene aprobando la totalidad de la malla al décimo semestre o quinto año de la carrera universitaria.

En este contexto, el rol de los tutores clínicos se vuelve fundamental, ya que son ellos quienes guían y modelan las experiencias prácticas de los futuros profesionales de

la Matronería en las distintas áreas de atención, como son Salud Pública, Obstetricia, Ginecología, Oncología Ginecológica y Neonatología. Este artículo reflexiona sobre la influencia que ejercen los tutores clínicos en la formación de estudiantes de la carrera de Obstetricia (Matrona), analizando cómo su intervención puede impactar en el desarrollo de la identificación profesional y en el desarrollo de las habilidades técnicas necesarias para el ejercicio de esta disciplina. Por lo anterior, la práctica profesional de los estudiantes de la carrera de Obstetricia no solo es esencial, sino que debe ser realizada en el contexto real de las pacientes-usuarias y con las problemáticas y procesos más comunes de salud. Esta práctica debe abarcar desde el control prenatal fisiológico hasta complicaciones producto de la gestación o por temas ginecológicos en cualquier estadio de la vida. Los estudiantes están acompañados de matronas tutores clínicos que brindan guía, consejo y búsqueda de oportunidades, tanto en los hospitales de simulación como en los campos clínicos extra e intrahospitalarios, apoyando el tránsito desde la formación teórica en el aula a la práctica real y dejando una impronta en los estudiantes, que posteriormente trasladarán a su quehacer profesional con las pacientes-usuarias que deban asistir.

Objetivo: reflexionar sobre cómo la intervención del tutor clínico impacta en el desarrollo de la identidad profesional de los estudiantes de la carrera de Obstetricia (Matrona) y en su capacidad para ejercer la profesión.

Material y método

El presente estudio se enmarca en la metodología de la revisión narrativa a fin de ofrecer un resumen cualitativo de bibliografía pertinente e integrar las interpretaciones de los autores, ofreciendo un contexto y una profundidad interesante sobre el tema de estudio.

Discusión

La identidad profesional (IP) se refiere a cómo los individuos se ven a sí mismos en el contexto de su profesión y cómo son percibidos por otros [3]. Esta construcción se da a través del proceso de socialización y la interacción con

**Matronería* como profesión que desempeñan las matronas no es una palabra reconocida por la Real Academia Española (RAE). Este término sí existe en la cultura anglosajona: *midwifery*. Sin embargo, la RAE reconoce y define los términos *matrona* y *matrn*: *matrona*, referido a la mujer especialmente autorizada para asistir a las parturientas, y *matrn* como sustantivo con flexión de género usado para referirse al hombre que realiza la misma función (término introducido en 2011 en este diccionario). Por economía lingüística, cuando se menciona de forma genérica a *Matronas*, incluimos a ambos sexos, aunque esta utilización contravenga la normativa de la RAE que indica que para aludir a un grupo mixto que abarca a todo el conjunto, ha de usarse el masculino gramatical, con independencia del número de individuos de cada sexo que lo integren. Sin embargo, al tomar esta decisión creemos que nuestra postura, al margen de apoyarse exclusivamente en una cuestión de número, mayoritariamente femenino, lo respalda la tradición de la implantación social y conocimiento históricos de esta denominación.

otros miembros del grupo profesional y cómo se relaciona con las experiencias vividas en el ámbito profesional. En el ámbito de la salud, la IP es crucial, ya que influye en la manera en que los profesionales abordan su trabajo y se relacionan con los pacientes y otros profesionales del área [4]. En el caso de los estudiantes de Obstetricia (Matrona), la IP no solo implica el dominio de habilidades técnicas, sino también las habilidades socioemocionales, la internalización de valores éticos, el razonamiento clínico y el comportamiento profesional.

El tutor clínico se define como un profesional que guía a los estudiantes durante su formación práctica, asegurando que adquieran no solo conocimientos técnicos, sino también habilidades interpersonales y éticas necesarias para su futura práctica profesional [5-7]. El modelo del tutor debe incluir aspectos pedagógicos que faciliten un aprendizaje significativo. Esto implica establecer metas claras y mantener una comunicación efectiva con los estudiantes [8, 9].

La supervisión en los entornos clínicos incluye la evaluación continua de las habilidades técnicas, socioemocionales y cognitivas, así como proporcionar retroalimentación efectiva que favorezca el aprendizaje [5,10]. Se enfatiza la idea de que una evaluación diseñada según los resultados de aprendizajes de cada programa de asignatura clínica es crucial para el desarrollo profesional del estudiante, ya que permite la transición de manera paulatina estableciendo una concordancia entre el saber, el saber hacer y el saber ser.

El tutor debe actuar como facilitador del aprendizaje en los entornos clínicos, promoviendo un ambiente protegido para que los estudiantes puedan expresar ideas, dudas, hipótesis diagnósticas, conductas y tratamientos, así como razonar sobre la experiencia clínica [11, 12], se enfatiza que la relación entre el tutor y el estudiante debe ser colaborativa, favoreciendo un diálogo abierto que enriquezca el proceso de enseñanza aprendizaje.

La importancia de que los tutores exhiban una identidad profesional sólida radica en que esto influye directamente en cómo los estudiantes perciben su propia identidad profesional. Un tutor que demuestra compromiso, ética y habilidades clínicas efectivas puede inspirar a los estudiantes a adoptar comportamientos similares [4, 11-13], lo que impacta en el proceso de enseñanza y también en cómo el estudiante se proyecta en la posterior vida profesional.

La formación pedagógica de los tutores es fundamental para garantizar una enseñanza efectiva. Los tutores deben poseer conocimientos y competencias pedagógicas que les permitan entender el proceso de enseñanza-aprendizaje desde la cognición en el aula, para después realizar la transición al contexto clínico en un ambiente hospitalario real. Deben de adaptar las experiencias clínicas, comprendiendo que los estudiantes ahora están frente a una pa-

ciente-usuaria con necesidades reales, a la vez que asumen que los estudiantes tienen distintos tipos de aprendizajes que han de integrar en la práctica clínica y de esta manera llevar a cabo una atención integral al paciente [12, 14, 15]. Por lo tanto, se espera que el tutor clínico comprenda y modele la enseñanza a las necesidades específicas de cada estudiante, promoviendo así un aprendizaje más personalizado y efectivo.

Por otro lado, el entorno clínico exige habilidades de trabajo en equipo, ya que los pacientes requieren de una atención integral y multidisciplinaria, por lo que el tutor debe promocionar las asistencias a comités clínicos, así como complementar las funciones de otros profesionales de la salud [11,13]; así mismo, los tutores deben fomentar la colaboración entre estudiantes, promoviendo un ambiente en el que se valore el respeto mutuo y la responsabilidad compartida en el cuidado de la paciente-usuaria.

Las percepciones de los estudiantes sobre sus tutores afectan su motivación y compromiso con el aprendizaje. Un tutor que demuestra un fuerte sentido de identidad profesional puede inspirar a los estudiantes a adoptar comportamientos similares, reforzando así su propia IP [11, 12, 16].

El rol del tutor clínico en la formación de estudiantes de Obstetricia

Los tutores clínicos desempeñan un papel clave en este proceso, el modelo del tutor debe incluir no solo la transmisión de conocimientos, sino también el desarrollo de habilidades socioemocionales y éticas. Esto es especialmente relevante en Obstetricia, donde las decisiones en el contexto clínico pueden tener un impacto significativo en la vida de las mujeres y sus familias [5, 8, 12, 16].

El tutor clínico actúa como un modelo a seguir para los estudiantes, facilitando no solo el aprendizaje técnico, sino también promoviendo valores éticos y profesionales. La investigación muestra que una relación positiva entre el tutor y el estudiante puede aumentar la satisfacción académica y fomentar un entorno seguro para el desarrollo profesional [11, 12].

Las percepciones que tienen los estudiantes sobre sus tutores influyen directamente en su motivación y compromiso con el aprendizaje. Los tutores que muestran empatía, habilidades comunicativas efectivas y un enfoque reflexivo son más capaces de inspirar confianza y respeto entre sus estudiantes [12, 17, 18].

La figura del tutor clínico es esencial en la educación de los estudiantes de Obstetricia, ya que actúa como un puente entre la teoría y la práctica. Este rol no solo implica la supervisión de las actividades clínicas, sino también la formación integral del estudiante, fomentando su desarrollo profesional y personal [5, 11, 13, 17].

Existen desafíos significativos en la formación de la IP, ya que muchos profesionales de la salud que asumen el rol de tutores carecen de formación específica en métodos de enseñanza y evaluación. Esto puede llevar a una enseñanza intuitiva y a la replicación de modelos tradicionales que no siempre son efectivos [5, 10, 14]. Si bien es cierto que los tutores presentan una vasta experiencia clínica, al ejercer una tutoría intuitiva, limitan su efectividad como educadores, retrasando el proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes [19]. Por lo anterior, la falta de preparación pedagógica en los docentes clínicos genera una falta de guía para los estudiantes, influyendo negativamente en el proceso de construcción identitaria [5, 10, 14], afectando posteriormente el desarrollo profesional de los estudiantes.

Además, el contexto institucional también juega un papel crucial. La falta de recursos y apoyo para los tutores puede afectar negativamente la calidad del aprendizaje, es fundamental validar las experiencias del profesorado para entender mejor cómo pueden mejorar su práctica docente y, por ende, influir positivamente en la IP de sus estudiantes [20, 21].

El tiempo es un recurso crítico en el entorno clínico. Los tutores a menudo se ven presionados por sus responsabilidades asistenciales, lo que limita el tiempo disponible para dedicarse a la enseñanza [12, 14]. Esta falta de tiempo protegido para la tutoría clínica puede resultar en experiencias educativas frustrantes para los estudiantes, afectando su aprendizaje y desarrollo profesional [12].

La integración efectiva entre teoría y práctica es otro desafío importante. Muchos tutores enfrentan dificultades para aplicar conceptos teóricos en situaciones prácticas, lo que puede llevar a una desconexión en el aprendizaje del estudiante [8]. Es fundamental que los tutores sean capaces de vincular el conocimiento teórico con situaciones clínicas reales, promoviendo un aprendizaje significativo [5, 11, 12].

La evaluación del desempeño estudiantil y la retroalimentación son componentes esenciales del proceso educativo. Sin embargo, muchos tutores no cuentan con las herramientas adecuadas para realizar evaluaciones efectivas [14]. La falta de retroalimentación formal sobre su desempeño también puede limitar el crecimiento profesional del tutor, afectando indirectamente la calidad de la educación que reciben los estudiantes [12, 14, 20].

La educación médica está evolucionando hacia enfoques más centrados en el estudiante, lo que requiere que los tutores adopten nuevas metodologías educativas [20]. Muchos tutores pueden sentirse inseguros o reacios a cambiar sus métodos tradicionales por enfoques más innovadores, como el aprendizaje basado en problemas o el uso de tecnologías educativas [5, 11, 14].

El uso de recursos audiovisuales se ha convertido en una herramienta valiosa para mejorar la enseñanza clínica [22], la videoteca como recurso didáctico audiovisual puede apoyar significativamente las asignaturas relacionadas con el proceso de atención en enfermería perinatal y ginecológica. Estos recursos pueden facilitar la comprensión de conceptos complejos y proporcionar ejemplos visuales que enriquecen el aprendizaje práctico [22, 23].

Conclusiones

- El rol del tutor clínico es multifacético e indispensable en la formación de estudiantes de Obstetricia (Matrona).
- Para maximizar el impacto educativo de los tutores clínicos, es esencial proporcionar a estos las herramientas necesarias para desarrollar sus competencias pedagógicas y fomentar un ambiente de aprendizaje colaborativo.
- Los tutores clínicos no solo transmiten conocimientos técnicos, sino que también contribuyen a la construcción de una identidad profesional sólida. Para optimizar este proceso, es crucial invertir en la formación pedagógica creando programas de formación que aborden metodologías modernas y estrategias evaluativas, fomentando así un ambiente educativo que valore tanto el conocimiento como las competencias emocionales y éticas.
- La inversión en el desarrollo profesional continuo de los tutores no solo beneficiará a estos profesionales, sino que también tendrá un impacto directo en la calidad de la formación recibida por los estudiantes de Obstetricia, contribuyendo así a una atención más integral y humanizada en salud sexual y reproductiva.
- Es fundamental que las instituciones educativas inviertan en la capacitación pedagógica de los tutores clínicos y proporcionen el tiempo necesario para que puedan desempeñar su rol efectivamente.
- Es necesario promover un ambiente en el que se valore tanto el conocimiento técnico como las competencias pedagógicas para contribuir a mejorar la calidad educativa y el desarrollo profesional de las futuras matronas.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Matronas y matrones: pilar fundamental en la salud sexual y reproductiva chilena. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2018; 83(3):218. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300218>
- [2] Fernández M. Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia gineco-obstétrica prestada por matronas. Opiniones, actitudes y uso de las TIC de usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba. *Matronas Hoy*. [internet] 2014 [citado 25 ago 2025]; 2(3):13-21. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/43/nuevas-tecnologias-en-atencion-primaria-como-complemento-en-la-asistencia-ginecoobstetrica-prestada-por-matronas-opiniones-actitudes-y-uso-de-las-tic-de-usuarias-del-area-sanitaria-norte-de-cordoba>
- [3] Vives T, Salazar H. La tutoría como un factor influyente en la identidad profesional del alumno de pregrado de medicina. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex* 2023; 66(3):40-50. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.24484865e.2023.66.3.06>
- [4] Annunziata P, Gálvez B. Identidad profesional del supervisor clínico: Un estudio de casos desde la perspectiva del sí-mismo dialógico. *Rev Iberoam Psicol: Ciencia y Tecnología*. [internet] 2015 [citado 25 ago 2025]; 8(1):93-102. Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.8110>
- [5] Tiscornia C, Santelices L, Vásquez F. El perfil del tutor clínico en los escenarios actuales. *J Health Med Sci*. [internet] 2021 [citado 25 ago 2025]; 7(4):241-8. Disponible en: <https://revistas.uta.cl/pdf/44/p241-248-4.02johamsc-tiscornia-037-21-1.pdf>
- [6] García N, Asensio I, Carballo R, García M, Guardia S. La tutoría universitaria ante el proceso de armonización europea. *Revista de Educación*. [internet] 2005 [citado 25 ago 2025]; (337):189-210. Disponible en: <https://www.educacion-fpydeportes.gob.es/dam/jcr:d68b0298-9d08-495e-8b72-241bd5ee2605/re33710-pdf.pdf>
- [7] Dougnac A, Santelices L, Chávez A. Tutoría y razonamiento clínico: sus desafíos pedagógicos. Ediciones Universidad Finis Terrae, 2016.
- [8] Alpizar B, Añorga J. El modelo del tutor de especialidades médicas. *Educ Med Super*. [internet] 2007 [citado 25 ago 2025]; 21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000200009
- [9] Salazar D, Cardoso C, Panesso P. El tutor, eslabón fundamental en el proceso formativo: una mirada desde la educación avanzada. *Medisur*. [internet] 2022 [citado 25 ago 2025]; 20(1):18-24. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5338>
- [10] Goday M. Estudio de la percepción del docente tutor clínico de enfermería sobre su rol en el desarrollo del prácticum. RUC: Repositorio a Universidade da Coruña [internet] 2017 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/entidades/publication/b7ed4225-144d-439a-8854-de585daaa1f5>
- [11] Palma P, Williams C, Santelices L. Las percepciones del tutor clínico sobre su desempeño docente: un estudio reflexivo. *Rev Med Chil* 2020; 148(4):535-41. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400535>
- [12] Hidalgo L, Cárdenas M, Rodríguez S. El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Universitaria*. 2013; 10(3):92-7. doi: [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72634-4](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72634-4)
- [13] Carrasco P, Dois A. Perfil de competencias del tutor clínico de enfermería desde la perspectiva del personal de enfermería experto. *Educ médica* 2020; 23(2):81. doi: <http://dx.doi.org/10.33588/fem.232.1048>
- [14] Reinoso E, Parra P, Pérez C. Competencias pedagógicas del tutor clínico: ¿qué tan competentes se perciben los tutores de cinesiología? *Educ médica* 2019; 22(6):263. doi: <http://dx.doi.org/10.33588/fem.226.1023>
- [15] Suárez J, Gómez Y, Gutiérrez M, Crespo M. La preparación pedagógica, necesidad impostergable para los tutores en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. *Edumecentro* [internet]. 2012 [citado 25 ago 2025]; 4(3):105-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000300012
- [16] Beauchamp CTL. Understanding teacher identity: An overview of issues in the literature and implications for teacher education. *Cambridge Journal of Education*. 2009; 39:175-89. doi: <https://doi.org/10.1080/03057640902902252>
- [17] Mata G, Romero G, Martínez V. Habilidades socioafectivas en tutores clínicos de enfermería de un hospital de tercer nivel de atención. *Rev Enferm IMSS*. [internet] 2017 [citado 25 ago 2025]; 25(1):57-64. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim171h.pdf>
- [18] Medrano C, Palacio C. Habilidades comunicativas de los tutores en la actividad tutorial la actividad tutorial de la Universidad Autónoma de Zacatecas. *Universidad Autónoma de Zacatecas* [internet] 2020 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <http://ricaxcan.uaz.edu.mx/jspui/handle/20.500.11845/2062>
- [19] Muñoz L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2020; 85(2):115-22. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200115>
- [20] Altamirano E, Nail R, Monereo C, Salazar S. Identidad del profesorado de matronería y afrontamiento ante incidentes críticos: construcción y validación de un instrumento. *RICS Rev Iberoam Las Cienc Salud* 2022; 1(21):1-29. doi: <http://dx.doi.org/10.23913/rics.v11i21.114>

- [21] Araneda A, Obregón F, Pérez A, Catari A. Percepción de los estudiantes tutorados sobre el programa de tutores pares y su relación con el desempeño académico: evidencia desde el norte de Chile. *Form Univ* 2020; 13(3):19-30. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-50062020000300019>
- [22] Pérez C, Paredes D, Jara S, Sepúlveda J. Videoteca como recurso didáctico audiovisual de apoyo en la asignatura Proceso de Atención de Enfermería Perinatal y Ginecológico. *Metas* 2022; 25(6):50-6. doi: <http://dx.doi.org/10.35667/metasenf.2022.25.1003081956>
- [23] González J, Álvarez M, Ochoa G. Recursos audiovisuales en la educación en enfermería: revisión de la literatura. *Enferm Global*. 2017; 16(47):512-23. doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.260621>

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

Deporte y embarazo, papel de la matrona

¹ Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). Hospital Dr. Balmis. Alicante (España)

³ Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). C.S. Vicente Solvedilla. Madrid (España)

² Diplomada en Podología. Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). Estudiante grado de Medicina

E-mail: letilledo@gmail.com

Fecha de recepción: 18 de noviembre de 2024.

Fecha de aceptación: 18 de agosto de 2025.

Cómo citar este artículo:

Lledó Gómez L, Vázquez Gay P, Fernández García E. Deporte y embarazo, papel de la matrona. *Matronas Hoy* 2025; 13(2):37-45.

Resumen

Introducción: el embarazo es una etapa crucial en la vida de una mujer, que conlleva numerosos cambios físicos y emocionales. La actividad física durante este periodo no solo es segura, sino que también se ha demostrado que ofrece múltiples beneficios tanto para la madre como para el bebé. Las matronas desempeñan un papel fundamental en la promoción de un estilo de vida saludable, guiando a las mujeres embarazadas a la práctica de ejercicio físico adecuado, como pilar importante para un embarazo saludable.

Objetivos: promover la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas a través de la práctica regular de ejercicio físico, bajo la supervisión y orientación de una matrona.

Material y método: revisión sistemática de divulgación científica relacionada con la actividad física durante el embarazo.

Conclusiones: la actividad física durante el embarazo es segura y ofrece una amplia gama de beneficios tanto para la madre como para el bebé. Es fundamental que las mujeres gestantes sigan las pautas establecidas por sus profesionales referentes de salud en este periodo, como obstetras y matronas, quienes pueden proporcionar orientación personalizada basada en las necesidades individuales de cada mujer.

Palabras clave: deporte; embarazo; educación física; matrona; beneficios; feto; promoción de la salud; prevención; bienestar.

Abstract

Sports and pregnancy, the role of the midwife

Introduction: pregnancy is a key stage in the life of a woman, and entails a number of physical and emotional changes. Physical activity during this period is not only safe, but has also demonstrated to offer multiple benefits both for the mother and the baby. Midwives play an essential role in promoting a healthy lifestyle, guiding pregnant women towards the practice of adequate physical exercise, as an important cornerstone for a healthy pregnancy.

Objectives: to promote the health and wellbeing of pregnant women through regular physical exercise, under the supervision and guidance of a midwife.

Materials and Method: a systematic review of scientific information about physical activity during pregnancy.

Conclusions: physical activity during pregnancy is safe, and offers a wide range of benefits both for mothers and babies. It is essential for pregnant women to follow the guidelines established by their healthcare professionals of reference during this period, such as obstetricians and midwives, who can provide personalized orientation based on the individual needs of each woman.

Key words: sports; pregnancy; physical education; midwife; benefits; fetus; health promotion; prevention; wellbeing.

Introducción

Históricamente las mujeres, incluso en el embarazo, salvo las de las clases pudientes relevadas de todo trabajo, desarrollaban una actividad física intensa realizando todas las labores del hogar sin la ayuda de los avances y electrodomésticos actuales que facilitan el trabajo doméstico, ni siquiera era infrecuente doblar actividad manteniendo economías mixtas (agricultura/ganadería) o mujeres integradas en la producción industrial. Con el avance social, las tareas domésticas fatigosas han rebajado su nivel de penosidad y la mujer se ha visto abocada a un mayor sedentarismo. Además, la gran generalización de la incorporación de la mujer al mercado laboral conlleva una mayor falta de tiempo libre por la doble jornada laboral, lo cual muchas veces propicia el abandono del ejercicio físico. Esas circunstancias, favorecedoras del trabajo doméstico que rebajan la actividad física y favorecen el descanso corporal, repercuten en la condición física actual de la mujer, menos tonificada y resistente.

Si bien durante años no se ha considerado el desempeño de las tareas domésticas como un ejercicio físico, salvo musculoesquelético, un estudio reciente ha demostrado que algunas de las actividades domésticas en la vida cotidiana podrían aportar beneficios similares a los que se podrían obtener yendo al gimnasio o haciendo ejercicio físico, aunque la intensidad (de manera enérgica) y la duración (durante un tiempo significativo) de estas actividades desempeñan un papel crucial en los beneficios para la salud [1]. En este contexto, es imprescindible que las mujeres asuman la necesidad de hacer ejercicio físico con regularidad en todas las etapas, incluida la del embarazo.

Antes de avanzar en el tema es imprescindible distinguir entre *actividad física*, que es todo aquel movimiento corporal producido por el sistema muscular que resulte en un gasto de energía mayor que el de reposo, sin intención específica; y *ejercicio físico*, tipo de actividad física planificada, estructurada, repetitiva con el objetivo de recuperar, mejorar y/o mantener la forma física, que afecta a la bonhomía de todos los sistemas corporales y cuya eficacia depende de la dosis y la regularidad del mismo.

Aunque desde la antigüedad se supo de los beneficios del ejercicio, la conciencia sobre la importancia de la actividad física para la salud ha evolucionado a lo largo de la historia, con un enfoque más sistemático y estructurado a partir de la revolución industrial y el desarrollo de la medicina moderna.

Así, tradicional e históricamente, el ejercicio en el embarazo estaba relacionado con aspectos culturales y sociales. No existía evidencia científica, con lo que era muy limitado o inexistente obtener información óptima del ejercicio que pueden realizar las mujeres embarazadas [2].

Históricamente las mujeres han recibido distinta información sobre consejos y recomendaciones sobre el ejercicio físico durante la gestación, una de las recomendaciones era reposo durante esta etapa. En los últimos 40 años se han realizado más investigaciones en relación con este tema, obteniendo resultados positivos relacionados con el deporte y el embarazo, con buenos resultados tanto para la mujer embarazada como para el feto [3, 4]. La propia Cochrane, desde 2006, viene recopilando información hasta la última revisión sistemática producida en 2017, sobre este tema [5].

El embarazo es una etapa emocionante y transformadora en la vida de una mujer, pero también puede acompañarse de desafíos físicos y emocionales. Una de las mejores formas de afrontar estos cambios es a través del ejercicio regular, porque está relacionado con la salud materna y el desarrollo del feto, por lo que se recomienda seguir una dieta saludable durante el embarazo, que aporte todos los nutrientes necesarios durante este, así como tener guías prácticas para que los sanitarios obtengan estrategias efectivas para que las mujeres gestantes hagan ejercicio basado en datos sólidos, es decir, que tenga evidencia científica [6].

Beneficios para el binomio materno-fetal

Durante el embarazo la realización de ejercicio físico de forma regular aporta beneficios para la mujer gestante y para el feto. Para la mujer embarazada el deporte puede disminuir el riesgo de padecer hipertensión, diabetes gestacional, trombosis venosa, episodios de lumbalgia, alivia el estreñimiento, reduce de los niveles de disnea, promueve un aumento de peso saludable, mejora su estado físico fortaleciendo el corazón y los vasos sanguíneos, mejora el estado de ánimo, disminuye el riesgo de aparición de depresión posparto y ayuda a controlar el peso durante la gestación y a la pronta recuperación después del nacimiento. Además, el ejercicio fortalece la musculatura y mejora la resistencia, lo que puede facilitar el trabajo de parto y la recuperación posparto.

El embarazo puede ser un periodo de altibajos emocionales. El ejercicio libera endorfinas, conocidas como las *hormonas de la felicidad*, que pueden ayudar a combatir la ansiedad y la depresión. Además, la actividad física puede mejorar la autoestima y la imagen corporal, lo que es especialmente importante durante una etapa de tantos cambios físicos [7, 8].

Varios estudios han demostrado que los bebés de mujeres que han realizado ejercicio durante la gestación son más saludables. El ejercicio regular conlleva un aumento del desarrollo cognitivo, mejora en la memoria y el aprendizaje de hábitos [9, 10], disminuye el riesgo de macrosomía, beneficia al corazón fetal, mejorando también la respuesta cardíaca del feto [11]. La información obtenida hasta ahora

es que la actividad física está asociada a reducir el riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo. Además, los bebés de madres activas suelen tener un mejor peso al nacer y un menor riesgo de problemas de salud en el futuro [12].

El embarazo, buen momento para iniciar el ejercicio físico

Hay mujeres que realizan poco ejercicio o nada durante el embarazo a pesar de los beneficios del mismo, aunque la mujer no hiciera ejercicio físico con anterioridad, la gestación es un magnífico momento para comenzar a practicarlo y adquirir este hábito tan saludable para la vida de manera progresiva. Las guías de atención al embarazo recomiendan que mientras no existan contraindicaciones médicas u obstétricas, se realice deporte con el objetivo de aumentar los beneficios tanto maternos como fetales y reducir las complicaciones durante el embarazo [13].

Durante el embarazo, las mujeres gestantes tienen más contacto con profesionales sanitarios, fundamentalmente matronas y obstetras y es un buen momento para realizar una educación sanitaria y de prevención para gozar de buenos hábitos saludables como es el ejercicio físico [14].

Siempre es necesario el ejercicio físico, pero adecuado a cada etapa de la vida y circunstancias personales, como en el periodo de embarazo.

Recomendaciones básicas sobre la práctica de ejercicio en el embarazo

Aceptado que la actividad física regular en todas las etapas de la vida, incluido el embarazo, promueve beneficios para la salud, y la gestación es un momento perfecto para mantener o adoptar un estilo de vida saludable, hay una serie de recomendaciones básicas para tener en cuenta antes del inicio (Cuadro 1).

A estas recomendaciones españolas, la guía canadiense del 2019 [15], sobre la realización de actividad física durante el embarazo, añadía otra, aunque fue una recomendación débil y con evidencia de baja calidad:

- El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (p. ej.: ejercicios de Kegel) se puede realizar a diario para reducir las probabilidades de incontinencia urinaria. Se recomienda recibir instrucción sobre la técnica adecuada para obtener los beneficios óptimos.

Cuadro 1. Recomendaciones básicas sobre ejercicio durante el embarazo

Recomendaciones básicas	Graduación de la recomendación (fuerte/débil)	Calidad de la evidencia científica en la que se apoya (muy baja/moderada/alta)
1. Toda mujer gestante sin contraindicaciones médicas debería mantenerse activa físicamente durante su embarazo	Fuerte	Alta
2. La mejor opción es la del ejercicio físico desarrollado dentro de un programa específico para mujeres gestantes y supervisado por un profesional; en caso contrario, es adecuado contar como mínimo con el asesoramiento del citado profesional	Débil	Moderada
3. Las mujeres embarazadas deben acumular al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada cada semana, con el objeto de conseguir beneficios para su salud y al mismo tiempo reducir la posibilidad de complicaciones durante la gestación	Fuerte	Alta
4. Esta práctica física debe ser desarrollada durante, al menos, tres días por semana, aunque es importante un mínimo de actividad diaria	Fuerte	Moderada
5. El tipo de actividades a desarrollar debería tender a la mejora de la resistencia aeróbica, la fuerza muscular leve, el equilibrio y la coordinación motriz, la flexibilidad y el trabajo del suelo pélvico	Fuerte	Alta
6. Las mujeres gestantes que presenten mareos, náuseas o taquicardia durante el ejercicio en decúbito supino deben evitar esta posición	Débil	Baja

Fuente: Barakt et al. [2]

Por su parte, en 2020 el Colegio de Ginecólogos y Obstetras Americanos (ACOG) [16] hizo una serie de recomendaciones sobre la realización de ejercicio en el embarazo, aunque no consignó la graduación de la recomendación ni la calidad de la evidencia:

- Se debe realizar una evaluación clínica completa antes de recomendar un programa de ejercicio para asegurarse de que la mujer embarazada no tenga una razón médica para evitar el ejercicio.
- Se alentará a las mujeres con embarazos sin complicaciones a que realicen ejercicios aeróbicos y de acondicionamiento de fuerza antes, durante y después del embarazo.
- Los obstetras-ginecólogos y otros proveedores de atención obstétrica deben evaluar cuidadosamente a las mujeres con complicaciones médicas u obstétricas antes de hacer recomendaciones sobre la participación en la actividad física durante el embarazo. La restricción de la actividad no debe prescribirse de forma rutinaria como tratamiento para reducir el parto prematuro.

Actividades físicas recomendadas y no recomendadas en el embarazo

Actividades físicas recomendadas para practicar durante el embarazo seguras para iniciar o continuar: caminar, nadar, bicicleta estática, ejercicios aeróbicos de bajo impacto, yoga modificado, Pilates modificado, correr o trotar, deportes de raqueta, entrenamiento de fuerza [17].

Actividades físicas no recomendadas para practicar durante el embarazo: deportes de contacto, hockey sobre hielo, boxeo, fútbol, baloncesto, actividades con alto riesgo de caídas (p. ej.: nieve descendente esquí acuático, surf, ciclismo fuera de carretera y montar a caballo), submarinismo, buceo, yoga caliente o Pilates caliente [17].

Entrenamiento en el agua: el medio ideal para realizar ejercicio

Un recurso que aporta beneficios al entrenamiento físico para mujeres embarazadas es realizarlo en el agua. En España, la práctica de ejercicio físico en el agua se viene fomentando desde hace más de 50 años, precisamente por una matrona que, conociendo los beneficios de este medio y superando las dificultades de encontrar una piscina disponible, se convirtió, ayudada de un graduado de la actividad física y el deporte, en una pionera en esta forma de entrenamiento en sus clases de preparación a la maternidad dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) [18].

En las últimas dos décadas aproximadamente, este entrenamiento se ha ampliado y difundido bajo la denominación de matronatación, gracias a la mayor disponibilidad de piscinas públicas y privadas; si bien es una oferta adecuada para el cuidado de salud de la mujer embarazada, se ha convertido, en la mayoría de los casos, en un negocio que genera beneficios para quienes desarrollan los programas de forma privada, no siempre matronas en estos casos [19].

En esta línea, en España, se ha extendido desde 2012 el método AIPAP creado por Félix Jiménez Jaén, enfermero especialista en Obstetricia y ginecología (Matrón), también diplomado en Educación Física y monitor de natación. El método AIPAP, método de acondicionamiento general y pélvico en el agua, es un programa de ejercicios acuáticos que trabaja todos los músculos, ligamentos y tendones que intervienen en los movimientos y las posturas que facilitan el parto. Este método está dividido en 10 sesiones de 50 minutos de duración. En estas sesiones se trabaja la capacidad aeróbica, mejora de la fuerza, la elasticidad, la coordinación respiratoria y repaso.

Para mujeres que no se sienten cómodas en el medio acuático, en el año 2015 se creó una adaptación del método, AIPAP-terra®, para su aplicación fuera del agua. Aunque con limitaciones para conseguir el máximo rendimiento pélvico de la mujer embarazada, ya que algunos movimientos de máxima exigencia ligamentosa fuera del agua pueden ser muy agresivos, el método facilita la realización del 90% de los ejercicios del AIPAP ante la reticencia de algunas mujeres al medio acuático, dificultad de encontrar instalaciones. Este método permite a la matrona realizar fácilmente una preparación física idónea para un mejor parto, reducir las enfermedades relacionadas con el embarazo y favorecer el desarrollo fetal [20].

Los beneficios que tiene para la mujer en el medio acuático devienen de la contraposición de la fuerza de la gravedad y el empuje o la flotación que favorece la disminución del peso corporal, facilita el movimiento y disminuye el impacto en las articulaciones [21], previenen lesiones causadas por caídas y pueden ayudar a la circulación sanguínea.

La persona idónea para impartir este tipo de entrenamiento como parte de la preparación a la maternidad son las enfermeras especialistas Obstétrico-ginecológica (Matronas), ya que son los profesionales que conocen el funcionamiento de la pelvis, los músculos y ligamentos de esta y su importancia en el embarazo, parto y posparto, además de que, como especialistas en atención al embarazo y parto, tienen un conocimiento profundo de las etapas desde la gestación al puerperio con todos los condicionantes de salud y emocionales que en ellos se concentran.

Duración, intensidad, frecuencia y consideraciones de la actividad física

Duración, intensidad, frecuencia y consideraciones de la actividad física

- Se recomienda que se realice ejercicio al menos 150 minutos semanales de un ejercicio aeróbico (aquel que ac-

tiva los músculos grandes del cuerpo -MMSS y MMII- de una manera rítmica -con intensidad moderada-, en la que el movimiento aumenta la frecuencia cardiaca e inicia la sudoración corporal). De hecho, aunque se puede hablar de normal, no permite cantar.

- La frecuencia al menos tres días a la semana, en sesiones de 30 a 60 min [6].

Factores que deben tener en cuenta a la hora del entrenamiento físico en la mujer embarazada:

- Realizar ejercicio regular y no ocasional.
- Evitar ejercicios hipopresivos.
- No practicar deporte con temperaturas extremas o ambientes muy húmedos para impedir hipertermia (temperatura mayor de 38 °C).
- Mantener una buena ingesta de líquidos antes y después del deporte [15].

Diseño de un programa de entrenamiento

Para realizar un plan de entrenamiento para mujeres embarazadas se debe tener en cuenta los cambios morfofuncionales de la gestación y ser conscientes de cómo van a ser las respuestas típicas al entrenamiento [3] (Cuadro 2):

- Que no exista contraindicación médica para la realización de ejercicio físico.
- Efectuar una evaluación inicial valorando semanas de gestación en las que se encuentra.
- Tener presente la tipología de mujer embarazada: mujer sedentaria o activa, atlética/élite o patológica.

- En función de lo anterior se diseña el ejercicio con seguridad y sentido común, teniendo muy en cuenta el suelo pélvico, zona lumbar, cifosis dorsal, cintura pélvica y escapular, correcta higiene postural, equilibrio y coordinación.
- Es importante prestar atención a las señales de alarma para detener el ejercicio físico [3].

Contraindicación de deporte en el embarazo

Antes de realizar ejercicio, las mujeres gestantes deben consultar con el ginecólogo o con la matrona. Este apartado se debe individualizar, teniendo en cuenta si la mujer ya era deportista o no, las recomendaciones a seguir y explicar a las mujeres sobre cuáles pueden ser contraindicaciones de la práctica de ejercicio físico [23].

Se recomienda evitar ejercicios de contacto que puedan llevar a caídas (esquí, surf, patinar...) o deportes con pelotas, ya que son ejercicios que predisponen a que la mujer gestante pueda sufrir una lesión y repercutir al feto [12].

Contraindicaciones relativas: enfermedad cardiaca vascular, bronquitis crónica, anemia, diabetes tipo 1 mal controlada, obesidad mórbida extrema (IMC > 45), bajo peso extremo (IMC < 12), tabaquismo, sedentarismo extremo, hipertiroidismo mal controlado, hipertensión crónica mal controlada, limitaciones ortopédicas, anemia grave, retraso de crecimiento uterino [24, 25].

Contraindicaciones absolutas: cérvix incompetente/cerclaje, parto prematuro, rotura prematura de membranas, placenta previa tras 26 semanas de gestación, anemia severa, gestación múltiple con riesgo de parto prematuro, preeclampsia, hipertensión inducida por el embarazo,

Cuadro 2. Características de ejercicio seguro y efectivo en el embarazo

Traducida de Berghella V, Sacombe G. Exercise in pregnancy

Inicio actividad	1 ^{er} Trimestre (superadas 12 SG)
Duración sesiones	30-60 minutos
Frecuencia semanal	Al menos 3-4 (hasta diariamente)
Intensidad del ejercicio	Menos del 60-80% de la frecuencia cardiaca materna máxima prevista para la edad*
Ambiente	Condiciones termoneutrales o controladas (evitando la exposición controlada al calor)
Intensidad	Intensidad moderada (12-14 en la escala Borg)
Supervisión del ejercicio	Preferible, si hay disponibilidad
Final de la actividad	Hasta el parto (si es tolerada)

* Habitualmente que no exceda de 140 latidos/min.

Fuente: AM J Obstet Gynecol

sangrado persistente, infección aguda, enfermedad pulmonar restrictiva, enfermedad hemodinámicamente significativa y partos prematuros en anteriores embarazos [24, 25].

Objetivos

Objetivo general

Promover la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas a través de la práctica regular de ejercicio físico, bajo la supervisión y orientación de una matrona.

Objetivos específicos

- Proveer a las matronas, de una actualización sobre las características de los programas de entrenamiento en el embarazo.
- Fomentar el desarrollo de programas de ejercicios adaptados a las necesidades individuales de cada mujer embarazada, con actividades seguras y efectivas para mejorar la fuerza, la flexibilidad y la resistencia, contribuyendo así a un embarazo saludable y a una mejor preparación para el parto.

Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de divulgación científica de artículos relacionados con la actividad física durante el embarazo, los beneficios para la mujer embarazada y para el feto de esta, y sus contraindicaciones.

Este estudio ha sido realizado con una meticulosa recopilación de los artículos más recientes (desde 2014) y con mayor impacto sobre ejercicio físico y embarazo. Se efectuó la búsqueda a través del metabuscador Gerión de la Biblioteca Virtual del SSPA, en las bases de datos PubMed, Cochrane, Library Plus y EMBASE. Las palabras clave fueron actividad física, embarazo, gestante y matrona. Se han leído un total de 37 artículos de los cuales se han usado 22 para este trabajo.

Resultados

Los resultados obtenidos tras una lectura profunda, análisis e interpretación de estos estudios son (Figura 1):

- Todos los artículos evidencian que el ejercicio físico beneficia a la mujer gestante y el feto.
- El ejercicio en gestación disminuye el riesgo de padecer enfermedades como son la diabetes o los estados hipertensivos del embarazo, problemas cardiovasculares y una reducción de complicaciones en el parto.

- Los ejercicios más beneficiosos para la mujer, en la mayoría de los artículos consultados concluyen que son los acuáticos por el efecto del empuje o flotación y disminución del impacto articular y ligamentoso.
- Todos los artículos contraindican ejercicios que puedan poner en peligro a la madre, por riesgo de caídas, impacto, golpes, etc.
- Todos los artículos coinciden en que en caso de que se produzca alguna contraindicación para no realizar ejercicio se debe dejar de practicarlo. Así como disminuir el tiempo y las sesiones en caso de contraindicación relativa.
- Cuando el deporte pueda poner en riesgo a la madre y al feto se deben seguir las indicaciones del médico y de la matrona.

Discusión

- Los beneficios del deporte en el embarazo, tanto para la madre como para el feto, han sido científicamente demostrados: en la mujer gestante mejora la salud física, mental y facilita el parto; a nivel fetal mejora el desarrollo del feto y puede reducir el riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo.
- La matrona es el profesional sanitario idóneo para el control, la educación y el asesoramiento en el embarazo, ya que es el profesional sanitario especialista en el seguimiento del embarazo normal que además tiene más contacto con la mujer durante esta etapa, lo que le permite generar un vínculo de confianza entre ambas.
- Las matronas ejercen un rol decisivo en la promoción del ejercicio físico durante el embarazo, instruyendo a las mujeres desde el inicio del embarazo sobre ejercicio seguro y apropiado, y la importancia de mantenerse activas.
- Las matronas deben evaluar las condiciones individuales de cada mujer, como su nivel de actividad previo, cualquier complicación médica y sus preferencias personales, para que puedan realizar ejercicio físico adaptado.
- Las matronas pueden ofrecer apoyo continuo y supervisión durante el embarazo, lo que puede aumentar la adherencia al ejercicio y ayuda a las mujeres a superar cualquier barrera que puedan enfrentar.
- Las matronas pueden ayudar a desmitificar creencias erróneas del ejercicio sobre el embarazo, proporcionando información basada en evidencia sobre los beneficios y los riesgos asociados.
- Fomentar el ejercicio no solo beneficia a la madre durante el embarazo, sino que también establece un precedente para un estilo de vida saludable que puede continuar después del parto, beneficiando tanto a la madre como al bebé.

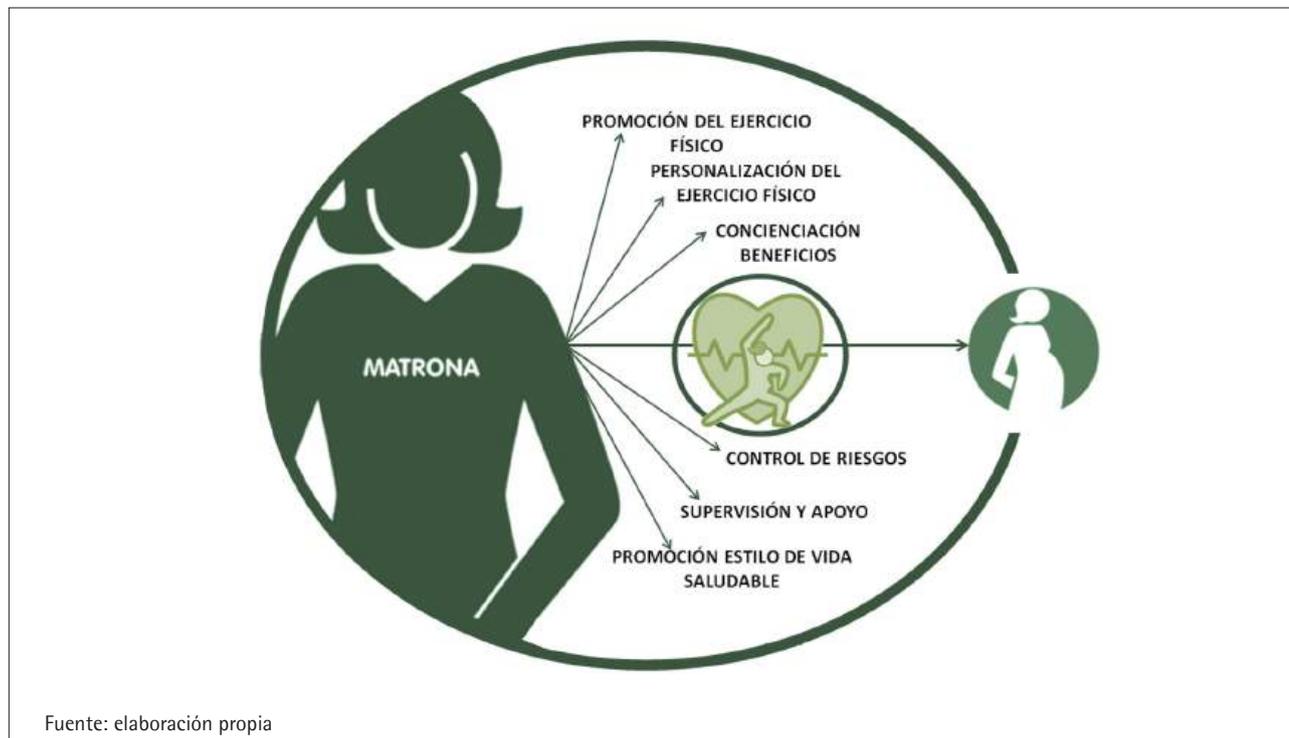


Figura 1. Rol de la matrona en la práctica de ejercicio durante el embarazo

Conclusiones

- La actividad física durante el embarazo no es solo segura, sino que también ofrece una amplia gama de beneficios tanto para la madre como para el bebé.
- La evidencia científica respalda la idea de que las mujeres que se mantienen activas durante esta etapa experimentan mejoras en su bienestar físico y emocional, lo que puede contribuir a un embarazo más saludable y a un parto más fácil.
- Es fundamental que las mujeres gestantes sigan las pautas establecidas por sus profesionales de salud, como matronas y obstetras, quienes pueden proporcionar orientación personalizada basada en las necesidades individuales de cada mujer.
- Los ejercicios acuáticos, en particular, se han convertido en una opción popular debido a su bajo impacto y a la reducción del riesgo de lesiones, lo que permite a las mujeres disfrutar de una actividad física sin las molestias que a veces pueden surgir en otras modalidades.
- Es crucial educar a las mujeres sobre la importancia de reconocer los signos de alarma durante la actividad física. La capacidad de identificar cuándo es necesario reducir la intensidad del ejercicio, o incluso detenerse, puede marcar una gran diferencia en la salud de la madre y el bebé.
- Fomentar una comunicación abierta con los profesionales de la salud es esencial para garantizar que las mujeres gestantes se sientan seguras y apoyadas en su decisión de mantenerse activas.
- Aunque ya se han realizado avances significativos en la investigación sobre el ejercicio durante el embarazo, aún queda mucho por explorar, por eso es fundamental seguir investigando y compartiendo información basada en evidencia, a medida que más mujeres optan por cuidar su salud y bienestar durante esta etapa.
- La evidencia científica consistente en este tema no solo empoderará a las mujeres para que tomen decisiones informadas sobre su actividad física, sino que también contribuirá a un enfoque más holístico y seguro del ejercicio en el embarazo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Lear SA, Hu W, Rangarajan S, Gasevic D, Leong D, Iqbal R, et al. The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *Lancet*. 2017; 390(10113):2643-54. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31634-3)
- [2] Barakat R, Díaz Blanco Á, Franco Álvarez E, Rollán Malmierca A, Brik M, Vargas M. Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. *Prog Obstet Ginecol* [internet] 2019 [citado 25 ago 2025]; 62(5):464-71. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n5/06-AE-GC-ejercicio-embarazo.pdf>
- [3] Barakat R, Perales M, Garatachea N, Ruiz JR, Lucia A. Exercise during pregnancy. A narrative review asking: what do we know? *British journal of sports medicine* [internet] 2015 [citado 25 ago 2025]; 49(21):1377-81. Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/content/49/21/1377.short>
- [4] Vargas-Terrones M, Nagpal TS, Barakat R. Impact of exercise during pregnancy on gestational weight gain and birth weight: an overview. *Brazilian journal of physical therapy* [internet] 2019 [citado 25 ago 2025]; 23(2):164-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30527949>
- [5] Revisiones Cochrane. Ejercicio y embarazo. *Cochranlibrary* [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.cochranlibrary.com/es/search?contentLanguage=es>
- [6] Gallo-Galán LM, Gallo-Vallejo MÁ, Gallo-Vallejo JL. Recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías de práctica clínica. *Atención primaria* 2023; 55(3):102553. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102553>
- [7] Sánchez-García JC, Rodríguez-Blancque R, Mur Villar N, Sánchez-López AM, Llevot Hernández MC, Aguilar-Cordero MJ. Influencia del ejercicio físico sobre la calidad de vida durante el embarazo y el posparto: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria* [internet] 2016 [citado 25 ago 2025]; 33:1-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001100001
- [8] Mugerza CF. Beneficios del ejercicio físico en el embarazo y su incidencia en los cambios fisiológicos del proceso de gestación. *Researchgate* [internet] 2017 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320411344_Beneficios_del_ejercicio_fisico_en_el_embarazo_y_su_incidencia_en_los_cambios_fisiologicos_del_proceso_de_gestacion
- [9] Gallo-Galán LM, Gallo-Vallejo MA, Gallo-Vallejo JL. (2022). Ejercicio físico y embarazo. *Medicina basada en la evidencia (MBE). Medicina de Familia. SEMERGEN* [internet] 2022 [citado 25 ago 2025]; 48(6):423-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835932200079X>
- [10] López TG, Serrano AC, Rodríguez IMR, Anero RJ, González JAM, Rodríguez AC. La práctica de ejercicio físico y sus beneficios para la madre y el neonato. *Salud y cuidados durante el desarrollo* [internet] 2018 [citado 25 ago 2025]; 251. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9931916/pdf/main.pdf>
- [11] Reoyo OR, Santaella MP, Mateos S, Carballo RB. El ejercicio físico supervisado durante el embarazo mejora la respuesta cardiaca fetal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* [internet] 2015 [citado 25 ago 2025]; 15(60):757-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/542/54243097009.pdf>
- [12] Morales Sánchez E. Embarazo y deporte: beneficios y condicionantes. *Universidad de La Laguna* [internet] 2017 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://riullull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5349/EMBARAZO%20Y%20DEPORTE%20BENEFICIOS%20Y%20CONDICIONANTES.pdf?sequence=1>
- [13] Morante EA, Irigoyen JY, Urteaga AI. Programas de ejercicio físico para mujeres embarazadas: guía de prescripción básica basada en la evidencia científica: Ejercicio físico para mujeres embarazadas. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 2021; 10(3):116-38.
- [14] Hopkinson Y, Hill DM, Fellows L, Fryer S. Midwives understanding of physical activity guidelines during pregnancy. *Midwifery* [internet] 2018 [citado 25 ago 2025]; 59:23-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817300621?via%3Dihub>
- [15] Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras VJ, Gracy CE, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med*. 2018; 52:1339-46.
- [16] Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: ACOG. Committee Opinion Summary, Number 804. *Obstet Gynecol*. 2020; 135:991-3.
- [17] Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion Núm. 650. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* [internet] 2015 [citado 25 ago 2025]; 126:e135-42. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/citation/2021/02000/acog_committee_opinion_no__804__physical_activity.28.aspx
- [18] Echando la vista atrás. Rosalina Celada Juan y la Asociación Gallega de Matronas. *Matronas Hoy* [internet] 2016 [citado 25 ago 2025]; 2(4). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/90/rosalina-celada-juan-y-la-asociacion-gallega-de-matronas/>

- [19] González MA. Innovaciones en la enseñanza de actividades acuáticas: natación para bebés, natación para embarazadas, natación para mayores [internet]. Málaga: Junta de Andalucía; 2006. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/documentacion/apuntes/22471/22471_3.pdf
- [20] Jiménez Jaén F. Efecto de aplicación del programa de preparación al parto AIPAP® (acondicionamiento integral y pélvico en el agua), en la finalización del parto. In Libro de ponencias y comunicaciones del congreso nacional de matronas del XI congreso de la FAME. [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: http://aipappreparacionparto.com/wp-content/uploads/2012/11/2012_Ensayo_c%C3%ADnico_m%C3%A9todo-AIPAP.pdf
- [21] Salar C, Ruiz CO. Beneficios del ejercicio terapéutico en agua en mujeres embarazadas. Revisión sistemática. Revista de investigación en actividades acuáticas 2020; 4(7):3-9.
- [22] Berghella V, Saccone G. Exercise in pregnancy! Am J Obstet Gynecol. 2017; 216(4):335-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.023>
- [23] Boisseau N. Physical activity during the perinatal period: Guidelines for interventions during the perinatal period from the French National College of Midwives. JMWH [internet] 2022 [citado 25 ago 2025]; 67:S158-S171. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.13425>
- [24] Oteros P, del Mar M, Carreño M. La seguridad del deporte en el embarazo: recomendaciones basadas en la evidencia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. Congreso de enfermería [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835932200079X>
- [25] Pérez Arenal M. Ejercicio físico durante el embarazo. 2018 [citado 25 ago 2025]. Universidad de Cantabria [internet] 2018 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14140/PerezArenalM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Evaluación y medición de la hemorragia posparto tras parto vaginal, revisión bibliográfica

¹ Elena Basteiro Ginés
¹ M^a Rosa Solans Oliva
¹ Eudocia Guadalupe Miranda Saucedo

¹ Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona). Hospital Clínic de Barcelona. España

E-mail: ebasteir@clinic.cat

Fecha de recepción: 5 de abril de 2025.
Fecha de aceptación: 7 de agosto de 2025.

Cómo citar este artículo:

Basteiro Ginés E, Solans Oliva MR, Miranda Saucedo EG. Evaluación y medición de la hemorragia posparto tras parto vaginal, revisión bibliográfica. *Matronas Hoy* 2025; 13(2):46-9.

Resumen

Introducción: la hemorragia posparto (HPP) es un problema obstétrico grave, responsable de una alta tasa de complicaciones y muertes maternas. La HPP sigue siendo difícil de prevenir y su detección oportuna es clave para reducir su impacto clínico.

Objetivos: analizar nuevas estrategias y herramientas tecnológicas para la cuantificación precisa de la hemorragia posparto, así como determinar el impacto del uso de tecnologías innovadoras su detección.

Material y método: revisión bibliográfica.

Discusión: la evidencia respalda el uso de métodos cuantitativos para la detección de HPP, pero su implementación tiene numerosas barreras. La estimación visual sigue siendo la más utilizada debido a su facilidad de aplicación en entornos de bajos recursos, a pesar de su falta de precisión.

Conclusiones: la detección temprana de la HPP es fundamental para mejorar la atención materna y reducir la mortalidad. La transición de la estimación visual a métodos cuantitativos costo-efectivos es un reto necesario en la práctica obstétrica.

Palabras clave: atonía uterina; cuantificación de pérdida sanguínea; hemorragia posparto; matronas; medición de hemorragia; parto vaginal.

Abstract

Assessment and measurement of postpartum haemorrhage after vaginal delivery. A bibliographic review

Introduction: postpartum haemorrhage (PPH) is a severe obstetric problem, which causes a high rate of complications and maternal deaths. PPH is still difficult to prevent, and its prompt detection is key for the reduction of its clinical impact.

Objectives: to analyse new strategies and technological tools for an accurate quantification of postpartum haemorrhage, as well as to determine the impact of using innovative technologies for its detection.

Materials and Method: a bibliographic review.

Discussion: evidence supports the use of quantitative methods for PPH detection, but there are a number of barriers for their implementation. Visual assessment is still the most frequently used method, due to its ease of application in settings with low resources, regardless of its lack of accuracy.

Conclusions: early detection of PPH is key in order to improve maternal care and reduce mortality. The transition from visual assessment to cost-effective quantitative methods is a necessary challenge in obstetric practice.

Key words: uterine atony; blood loss quantification; postpartum haemorrhage; midwives; haemorrhage measurement; vaginal delivery.

Introducción

La hemorragia posparto (HPP) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una pérdida de sangre superior a 500 ml en las primeras 24 horas tras el parto [1].

En consecuencia, se puede afirmar que la HPP es un problema obstétrico grave, responsable de una alta tasa de complicaciones y muertes maternas.

Una revisión sistemática reciente proporciona la primera actualización, en una década, de las causas globales de mortalidad que resultan en consonancia con publicaciones anteriores, la hemorragia sigue siendo la principal causa de muerte materna a nivel mundial. Con una variación regional sustancial en la proporción de muertes por hemorragia, los resultados fueron del 29% en Asia Occidental y África del Norte al 28% de muertes maternas en África subsahariana; mientras en Australia y Nueva Zelanda, América del Norte y Europa se registraron el 15% (20% a nivel mundial), datos que indican que la proporción de muertes por hemorragia es generalmente mayor en regiones con una mayor carga absoluta de muertes. Por otra parte, el estudio concluye en que la mayoría de las muertes por hemorragia ocurre en el periodo posparto. El momento en que se produjeron estas muertes subraya la necesidad de un compromiso renovado para mejorar la atención posparto inmediata y temprana de la hemorragia [2].

La mortalidad materna relacionada con la HPP a nivel mundial en 2020 fue estimada en 223 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, y dado que la hemorragia sigue siendo la principal causa de muerte materna a nivel mundial, la Hoja de ruta de la OMS para la hemorragia posparto 2023 a 2030 proporciona prioridades clave para la investigación, las normas y los estándares, la implementación y la promoción para abordar la hemorragia obstétrica como partes interesadas clave para acelerar el progreso hacia la reducción global de las muertes por hemorragia posparto [3].

A pesar de los avances en la atención obstétrica, la HPP sigue siendo difícil de prevenir debido a su aparición inesperada y, en muchos casos, sin factores de riesgo previos. Se han identificado diversos factores de riesgo, como partos prolongados, uso de oxitocina, hipertensión gestacional, embarazos múltiples y cesáreas previas [4].

Es de todos conocida la regla nemotécnica de las cuatro T: tono (atonía uterina), trauma (laceraciones), tejido (retención placentaria) y trombina (trastornos de coagulación, concepto que se fue desarrollando y adoptando para determinar las causas principales de HPP y el abordaje rápido y efectivo de la misma) [2, 4].

No obstante, la detección oportuna es clave para reducir su impacto. Tradicionalmente, la evaluación de la pérdida sanguínea se ha basado en la estimación visual, la cual ha demostrado ser inexacta. Otros factores que contribuyen a la inexactitud de la estimación visual de la pérdida de sangre incluyen la velocidad del flujo y la influencia del modo de parto en la percepción del profesional de la salud [5].

En este contexto, es fundamental revisar y comparar los distintos métodos de medición disponibles para optimizar la respuesta clínica y reducir la mortalidad materna.

Objetivos

- Analizar la eficacia de los distintos métodos de medición de la HPP.
- Comparar la exactitud de la estimación visual frente a métodos cuantitativos.
- Evaluar la viabilidad de implementación de nuevas estrategias en la práctica obstétrica.
- Determinar el impacto del uso de tecnologías innovadoras en la detección de la HPP.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios clínicos y revisiones sistemáticas publicados en bases de datos internacionales como PubMed y Cochrane. Se incluyeron estudios que comparan diferentes métodos de medición de HPP y su impacto en la detección precoz y el tratamiento oportuno.

Además, se analizaron investigaciones sobre nuevas tecnologías para la medición objetiva de la pérdida sanguínea, incluyendo dispositivos de bajo costo adaptados a entornos hospitalarios y de Atención Primaria; se revisaron los posicionamientos de la OMS sobre la HPP por su consideración de problema mundial de salud y la implicación de esta institución de salud en su erradicación, y otras organizaciones mundialmente reconocidas e implicadas en la atención obstétrica ginecológica con el mismo objetivo.

Resultados

Dado que aproximadamente el 40% de las hemorragias posparto ocurre en mujeres con embarazos de bajo riesgo, toda mujer que da a luz corre el riesgo de sufrir una hemorragia obstétrica. Desafortunadamente, los algoritmos de riesgo basados solo en métricas clínicas son insuficientes para prever una HPP [6].

Los estudios revisados han demostrado que:

1. Estimación visual: según Liu et al. [7], la precisión de la estimación visual de la pérdida sanguínea es baja, con un 25,3% de exactitud para hemorragias de 500 ml y solo un 18% para hemorragias severas de 1.000 ml, lo que puede llevar a un subdiagnóstico y retraso en la intervención.
2. Técnica gravimétrica: se ha encontrado que pesar las compresas y los materiales absorbentes mejora la precisión de la cuantificación de la sangre perdida en comparación con la estimación visual [5, 8, 9]. El uso de un paño calibrado tuvo una tasa de error inferior al 15% [9]. Determinados estudios han mostrado que la correlación entre la técnica gravimétrica y los niveles de hemoglobina posparto es significativamente mejor que la de la estimación visual.

En la recolección directa de sangre, se utiliza un recipiente (como una bolsa o bandeja recolectora de plástico) para recolectar toda la sangre perdida o impregnada en sangre durante la tercera etapa del parto. Cuando cesa el sangrado, se puede pesar el recipiente y su contenido o, si la bolsa de plástico está calibrada, se puede evaluar directamente la cantidad de sangre perdida y reportarla [5].

3. Uso de bolsas de recolección: en el estudio de Girault et al. [10] indica que el uso de bolsas de recolección de sangre tiene una sensibilidad mayor al 75% para pérdidas de sangre de más de 500 ml, y una especificidad alta para volúmenes superiores a 750 ml.
4. Métodos avanzados como espectrofotometría y biomarcadores: técnicas como la medición de la concentración de hemoglobina en sangre venosa y el uso de espectrofotometría han sido propuestas como las más precisas. Sin embargo, su accesibilidad y viabilidad en entornos clínicos de recursos limitados son reducidas.

Estos métodos descritos, junto con la técnica de dilución de colorantes, la ecografía con contraste, los niveles de hematocrito, el hematocrito posnatal y las imágenes de medicina nuclear, están más avanzados para medir la pérdida de sangre. Sin embargo, son más difíciles de realizar y no siempre están disponibles en la práctica clínica habitual. También se han probado nuevas tecnologías, como el análisis digital de fotos de compresas y sábanas empapadas [5].

5. Impacto en la salud materna: algunos estudios han reportado que la hemorragia no diagnosticada adecuadamente puede incrementar el riesgo de anemia posparto, afectando la salud materna hasta nueve meses después del parto, con consecuencias en la recuperación y en la interacción madre-hijo [3].

Si la evaluación de la pérdida de sangre posparto es inexacta, la HPP puede pasar desapercibida, lo que podría retrasar o impedir el inicio oportuno de intervenciones que podrían salvar la vida. El reconocimiento de la HPP

minimiza el riesgo de complicaciones potencialmente mortales y que empeoran como el shock hemorrágico [5].

6. Factores de riesgo asociados a HPP y hemorragia no diagnosticada: la investigación de Girault et al. [10] identificó factores como parto prolongado, primiparidad, uso de oxitocina y retención placentaria como determinantes en la ocurrencia de HPP y hemorragia no diagnosticada, mientras que factores como el tabaquismo mostraron un efecto protector inesperado.

Los resultados sugieren que la implementación de técnicas cuantitativas para la medición de la HPP puede mejorar la precisión del diagnóstico y permitir una intervención más temprana, reduciendo las complicaciones maternas.

Recomendaciones para la cuantificación de la sangre posparto

La Asociación de Obstetras y Ginecólogos Americanos (ACOG) [6], la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) [11] y la Asociación de Enfermeras para la Salud de la Mujer, Obstetricia y Neonatología (AWHONN) [12], entre otras, recomiendan que la pérdida de sangre acumulada se mida o cuantifique objetivamente en cada nacimiento, insistiendo en que la sobreestimación puede dar lugar a tratamientos costosos, invasivos e innecesarios, como transfusiones de sangre, que exponen a las mujeres a riesgos innecesarios. La subestimación puede provocar retrasos en la administración de intervenciones vitales para la hemorragia.

Implicaciones para el futuro de la asistencia en España

En 2021, el Hospital Gregorio Marañón (Madrid) fue pionero en España en implementar un protocolo de cuantificación de la pérdida hemática posparto, con el que está obteniendo muy buenos resultados. Este ejemplo de detallado protocolo es un buen punto de partida para que el resto de los hospitales del SNS lo implementen [13].

Discusión

A pesar de la evidencia que respalda el uso de métodos cuantitativos, la estimación visual sigue siendo la más utilizada debido a su facilidad de aplicación en entornos de bajos recursos. Sin embargo, la falta de precisión de este método subestima la gravedad de la hemorragia y retrasa su tratamiento.

La implementación de métodos cuantitativos se enfrenta a barreras como la falta de formación del personal, los costos elevados y la disponibilidad limitada de tecnología en algunos hospitales.

Los estudios sugieren que la combinación de técnicas cuantitativas con capacitación del personal puede mejorar los resultados maternos y reducir la incidencia de complicaciones graves.

Además, el desarrollo de dispositivos de medición accesibles y económicos podría facilitar la transición a una práctica obstétrica más precisa y efectiva.

Conclusiones

- La detección temprana de la HPP es fundamental para mejorar la atención materna y reducir la mortalidad.
- Las matronas de forma autónoma tienen la responsabilidad de identificar los factores de riesgo durante una emergencia como la HPP y, en consecuencia, su capacidad para reconocer la HPP tiene un profundo impacto en el pronóstico materno.
- La cuantificación de la pérdida de sangre materna es un trabajo en equipo.
- La transición de la estimación visual a métodos cuantitativos es un reto necesario en la práctica obstétrica.
- Implementar estrategias costo-efectivas para cuantificar la pérdida sanguínea podría optimizar la respuesta clínica y los desenlaces maternos.
- La integración de nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial y dispositivos de medición automatizada, representa una oportunidad prometedora para mejorar la precisión en la detección de la HPP y garantizar una atención materna más segura y eficiente.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] World Health Organization (WHO). Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO [internet] [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548502>
- [2] Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025; 13(4):e626–e634. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00560-6)
- [3] World Health Organization (WHO). A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030 [internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081802>
- [4] Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. *Am Fam Physician*. 2017; 95(7):442–9.
- [5] World Health Organization (WHO). WHO recommendations on the assessment of postpartum blood loss and use of a treatment bundle for postpartum haemorrhage [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598973/>
- [6] ACOG Committee on Obstetric Practice. Quantitative blood loss in Obstetric Haemorrhage. [internet] 2019 [citado 25 ago 2025]; 794. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/12/quantitative-blood-loss-in-obstetric-hemorrhage>
- [7] Liu Y, Zhu W, Shen Y, Qiu J, Rao L, Li H. Assessing the accuracy of visual blood loss estimation in postpartum hemorrhage in Shanghai hospitals: A web-based survey for nurses and midwives. *J Clin Nurs*. 2021; 30(23–24):3556–62. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15860>
- [8] Al Kadri HM, Al Anazi BK, Tamim HM. Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 283(6):1207–13. doi: <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1522->
- [9] Toledo P, McCarthy RJ, Hewlett BJ, Fitzgerald PC, Wong CA. The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery. *Anesth Analg*. 2007; 105(6):1736–40. doi: <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000286233.48111.d8>
- [10] Girault A, Deneux-Tharoux C, Sentilhes L, Maillard F, Goffinet F. Undiagnosed abnormal postpartum blood loss: Incidence and risk factors. *PLoS One*. [internet] 2018 [citado 25 ago 2025]; 13(1):e0190845. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190845>
- [11] Escobar MF, Nassar AH, Therob G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynaecol Obstet* 2022; 157(S1). doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>
- [12] AWHONN Quantification of Blood Loss: AWHONN Practice Brief Number 1. Onlinelibrary [internet] 2015 [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1552-6909.12519>
- [13] García Ruiz EM. Protocolo de cuantificación de la pérdida hemática posparto [internet]. Madrid: Hospital Gregorio Marañón; 2021. [citado 25 ago 2025]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/6f1c602d-034e-4239-af87-6b8575a733da>



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

¿Conocimiento empírico o pensamiento mágico por parte de las matronas en el siglo XXI?

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).



En la ya larga historia de la Asociación Española de Matronas hemos tenido un heterogéneo catálogo de acciones y hoy traigo a colación una reclamación que se hizo en 2019 a la Junta de Andalucía, elevándola al entonces consejero de Sanidad, Sr. D. Jesús Aguirre Muñoz, médico y político español, que entre 2019 y 2022 fue titular de la consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Ciertamente es que nuestra capacidad de sorpresa se vio desbordada con tamaño dislate, y al revisar los archivos y encontrar esta carta, volvió la rabia que sentimos al emprender esta reclamación.

Como es natural pensar, desde esta asociación no podemos conocer todos los documentos relacionados con las matronas y la salud materno-infantil de cada una de las 17 comunidades autónomas a través de sus respectivas Consejerías de Sanidad y

del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), entidad dependiente del Ministerio de Sanidad de España que gestiona la prestación sanitaria pública de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Así fue como la casualidad nos hizo encontrar este documento que ya en el inicio hizo saltar nuestras alarmas y exigir la retirada inmediata del mismo por el agravio que suponía hacia la profesión, a la vez que manifestaba el desconocimiento y desprecio absoluto hacia la labor profesional científica y técnica de las matronas.

No creemos que haya que añadir mayores explicaciones que las contenidas en la carta que dirigimos al consejero, por entonces titular, en la que se expresa nuestra reclamación fundada, por lo que la transcribimos en su integridad.



Excmo. Sr. D. Jesús Aguirre Muñoz Consejero de Salud y Familias de la Junta de Andalucía

En nombre y representación de la Asociación Española de Matronas, decana de las asociaciones de matronas de España, me dirijo a usted con el debido respeto y adelantando que sobre el motivo de esta reclamación no tiene usted responsabilidad directa dado que se produjo cuando la titular de la Consejería que hoy usted preside era doña María Jesús Montero Cuadrado, puesto que el hecho motivo de la denuncia se remonta a 2008. Centrándonos en este, aludo al Protocolo de Preparación Maternal del Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud (actualizado el 1 de junio de 2008).

Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/distributomalaga/f/787a6d543c4fe522f398027a0214914b>
Concretamente en el punto 2, relativo a la orientación didáctica de la preparación maternal, en su apartado a), que delimita la dimensión teórica, dice textualmente: "Impartir conocimientos científicos actualizados necesarios para la práctica. En ningún caso se utilizará conocimiento empírico o pensamiento mágico por parte de las matronas".



Entienda que hacer esta puntualización en el siglo XXI respecto a las matronas demuestra la ignorancia supina de redactoras/es y/o un desprecio absoluto por la primera profesión conocida de la historia, lo que genera un gran daño al honor profesional del colectivo.

El empirismo, las supersticiones y creencias mágico-religiosas que, por cierto, de igual modo también practicaron los médicos empezando por Galeno o Hipócrates, conocidos y reverenciados como padres de la medicina, se quedaron atrás, porque mediante experimentación conseguimos (unos y otras) elaborar pensamiento científico a partir de la salida del oscurantismo del Medievo hasta nuestros días.

Podría poner de ejemplo los aforismos de Hipócrates quien, ajustándose a la tradición y reiterada idea misógina, dejó escrito en su aforismo 42 que la mujer que espera un hijo varón tiene mejor color que la que gesta una hija (*"Mulier si marem concepit, bene colorata est; si verò feminan, malè colorata"*), y además pare antes, puesto que el hombre, más perfecto por naturaleza, necesita un tiempo menor para ser acabado. O citar al médico español más cercano en el tiempo, Damiá Carbó, autor del primer libro de Obstetricia en castellano, auténtica pretensión porque nunca había asistido a un parto, cuando daba consejos en el siglo XVI (1541) del tipo: *"Quiténle qualquier manera de joya y piedras preciosas porque tardan el parto, puesto que algunas ay que hazen buen parto como la piedra esmeralda atada encima de la pierna izquierda. Assí mesmo el coral y mas los estoraques, calamites majados y masados puestos en el mismo lugar"*.

Conceptos mágicos y teúrgicos de la enfermedad estaban asentados en la etapa prehipocrática y persistieron después de ella por mucho tiempo. Sin embargo, por errores de concepto de Hipócrates en algunos puntos, como la muestra, ¿sería lógico negar que su pensamiento y disciplina es el origen de la medicina racional? Pues no, como tampoco creo que los médicos, que hubieron de evolucionar como el resto de profesiones sanitarias, permitieran que se les juzgue actualmente por su desconocimiento científico en el pasado. Y a usted que es médico le será fácil entender mi razonamiento si hace un repaso mental de la historia de la medicina.

Es innegable que hay que asumir que tanto entre los médicos como entre las matronas (y otros profesionales) puede que haya comportamientos y prácticas individuales que se salgan de la norma, pero eso no justifica la generalización ni, como en el caso de las matronas, que se mantenga convenientemente la imagen estereotipada de la partera ignorante y próxima a la brujería que se elaboró en la época medieval. En cualquier caso, y ante situaciones de práctica profesional que sobrepasa la serie de límites y obligaciones técnicas, jurídicas y éticas que el profesional debe observar y cumplir, la autoridad competente (tribunales de justicia, colegio profesional, administración sanitaria) podrá imputarle al profesional responsable, siempre previo ejercicio de su derecho a defensa y dependiendo del caso, responsabilidad penal, civil, administrativa o ética disciplinaria.

Porque lo cierto es que la matrona por definición *"es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida. El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la Atención Primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la Atención Especializada"* (Orden SAS/1349/2009).

Además de ser las primeras mujeres universitarias de este país (1845), desde el año 80, la de matrona es una profesión que cuenta con regulación europea específica para su formación y actividades, frente a otras profesiones sanitarias, véase que la de médico la tuvo a partir del año 1986 (Directiva 86/457/CEE del Consejo de 15 de septiembre de 1986 relativa a una formación específica en medicina general).

"La solidez de esta profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Unión Europea, en la que la Matrona es una profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados miembros, a través de las previsiones contenidas en la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo, que este programa formativo cumple con creces. La citada Directiva ha sido transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado (BOE de 20 de noviembre de 2008)" (Orden SAS/1349/2009).



Desde la Asociación Española de Matronas, además de la indignación que nos ha producido conocer este documento de forma casual, nos debatimos entre la duda de si las matronas de Andalucía no lo hayan leído porque, por lógica, creemos no hubieran demorado una reclamación como la que le dirijo, y la preocupación de pensar que así lo hicieran y la Consejería en su momento desoyera su lícita demanda y haya seguido manteniendo públicamente este atentando contra el honor profesional de nuestra profesión.

Como bien le decía al inicio de la carta ni usted ni la Consejería que hoy dirige son responsables de esa ignominia, pero ahora que ha sido informado del hecho, entiendo que sí, si consecuentemente no tomara acciones directas. Además, la difusión de este documento a nivel nacional, antes limitado a su comunidad y, por tanto, desconocido para el conjunto de la profesión, no solo dejaría en muy mal lugar a los técnicos que elaboraron el mismo, sino que su inacción personal al respecto generaría su descrédito y un aluvión de reclamaciones en el mismo sentido de la que en este momento le dirijo.

Esperando, de su comprensión y honorabilidad, la solución más inmediata (retirada de la web del documento) a este problema generado a todo el colectivo de matronas, reciba un saludo.

Atentamente,

Rosa M^a Plata Quintanilla.
Presidente. Asociación Española de Matronas (AEM)
13 de enero 2019

A juicio de la Asociación Española de Matronas, este caso vergonzoso tuvo su réplica por nuestra parte que, como siempre, intentamos detener cualquier atropello, venga de donde venga, que perjudique a la profesión y, afortunadamente, el documento

fue retirado. Hoy es motivo de exposición pública para que cada lector haga sus reflexiones. ¡Increíble tamaño despropósito en el siglo XXI y para más inri avalado por una Consejería de Salud! Da mucho que pensar...

MATILDE FERNÁNDEZ Y FERNÁNDEZ ARROYO

Matrona



"Una vida dedicada a cuidar y enseñar a cuidar a las mujeres". Además de matrona, Matilde es terapeuta ocupacional, sexóloga, psicóloga, profesora, doctora, investigadora y divulgadora. Un ejemplo de trabajadora incansable que busca la excelencia en todos sus retos.

Matilde, bienvenida a la revista *Matronas Hoy*. Desde la Asociación Española de Matronas hemos seguido tu trayectoria profesional durante muchos años y ya no podíamos demorar ni un día más tu entrevista en nuestra sección, que, como sabes, está dedicada a divulgar el nombre y los méritos de muchas matronas conocidas que sobrepasan de lo normal. Dicho de otra manera: "Matronas 10".

Pregunta: ¿Cómo quieres que te presente?

Respuesta: Como una MATRONA con mucha ilusión por mejorar los cuidados. Llegué a la profesión porque la especialidad me abrió las puertas, era como una buena oportunidad de desarrollo. El mundo del cuidado de la mujer es apasionante.

P. ¿Una oportunidad de desarrollo ser matrona? ¿Cómo empezó todo?

R. Si nos remontamos al inicio, después de los estudios en el colegio Saint Louis des Français, me encontré con que había aprobado las pruebas de acceso a la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional y la Selectividad. No sabía qué elegir, así que cursé simultáneamente todas las asignaturas de los tres años de Enfermería y de Terapia Ocupacional.

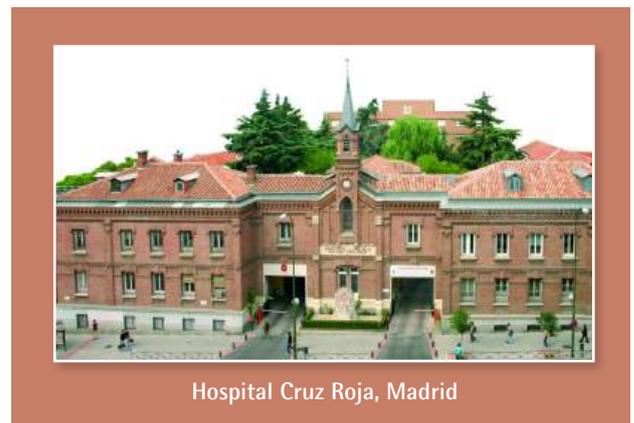
P. Enfermería y Terapia ocupacional tenían clases y prácticas todos los días. ¿Cómo fue posible?

R. Con mucha organización de horarios y muy buenas compañeras. Además de una moto que me permitía llegar,

casi en hora, a todas partes. Tanta carrera mereció la pena. Terapia Ocupacional me inició en la investigación con su tesina final y Enfermería me introdujo en el mundo del cuidado.

P. ¿Y después?

R. Había que trabajar y encontrar trabajo era difícil. Conseguí guardias en los Servicios Especiales de Urgencias de noches y fines de semana, lo que me permitía seguir formándome. En esta tesitura aprobé las oposiciones de la Comunidad de Madrid de Terapeuta Ocupacional y obtuve plaza fija en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Me faltaban tres meses para terminar la especialidad de matrona en el hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (1985). Tenía 24 años y había que elegir.



Hospital Cruz Roja, Madrid

P. ¿Qué te motivó para elegir terminar los estudios de matrona frente a una plaza fija en la Comunidad de Madrid?

R. Llegué a la especialidad de matrona como antes a las de salud mental y del trabajo: sin grandes expectativas, solo

por aprender. Sin embargo, esta era diferente, las matronas de la Cruz Roja eran excepcionales. Disfrutaban de independencia y de un campo de trabajo emocionante junto a la mujer en un momento clave de su vida: el parto. Un sueldo fijo de por vida era tentador, pero no pude resistirme a seguir formándome para cuidar mejor a las mujeres. La especialidad me atrapó.

P. ¿Y después? ¿Tuviste trabajo?

R. Había poco trabajo de matrona. Costaba encontrar guardias y contratos temporales. Había que seguir como enfermera y trabajar de matrona cuando se podía. Obtuve la plaza de enfermera en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). La especialidad me sirvió para que me colocaran en servicios afines como cuidados intensivos de neonatos y ginecología. Cuando se necesitaba personal en paritorio obtenías una situación especial en activo de matrona. En 1990, salió la plaza de supervisora de Urgencias de la Maternidad del Hospital La Paz. Las compañeras de la guardia de paritorio vinieron a pedirme que me presentara. El horario era mejor para mi proyecto de familia. Me dejé ayudar y fui supervisora de las Urgencias de la Maternidad y del Servicio de Oncología Ginecológica. Fueron seis años asombrosos.

En el ámbito personal, comentarte que nacieron mis dos hijos. Y en el laboral experimenté la importancia de los mandos intermedios y la trascendencia de la gestión en la vida de las personas. Hicimos un trabajo descriptivo sobre las mujeres presuntamente violadas que se atendían en la Urgencia, y un estudio sobre la sexualidad de las mujeres oncológicas. Las investigaciones me hicieron ver la necesidad de conocimiento en sexualidad y psicología.

Estudié el Máster de Sexualidad Humana y, después, como pensaba en ser madre, decidí estudiar psicología por la Universidad Nacional a Distancia. Llegaron mis hijos y tra-



Matilde junto a sus dos hijos

bajar de supervisora en la urgencia por la mañana, cambiar pañales por las tardes y estudiar Psicología por las noches era complejo. Menos mal que conseguí hacerlo en cinco años, porque todo se complicó con la creación de las Unidades Docentes de Matronas en 1994. Habíamos estado ocho años sin formar matronas y por fin se retomaba la enseñanza.

P. Y también te apuntaste al reto de la docencia...

R. La Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid se ubicaba en el Hospital Universitario La Paz, mi hospital. Era un proyecto ilusionante. Todas queríamos apoyarlo, pero no me seleccionaron en la primera convocatoria, ya que había compañeras con más méritos.

P. Entonces, ¿cómo conseguiste la plaza? ¿Qué consejos darías a las que lo están intentando?

R. Creo que el conocimiento y la constancia abren puertas. Las clases se iban desarrollando por módulos teóricos. Cuando se necesitó una matrona para las clases de psicología de la mujer, yo estaba terminando Psicología. Para organizar las 80 horas de las clases de sexualidad, tenía el máster de sexología. Con ello me llegó la oportunidad de ser profesora de matronas desde la primera promoción. A veces, cuando los proyectos no salen a la primera, hay que saber no perder la ilusión y seguir preparándose.



Hospital La Paz, Madrid

P. ¿Cómo fueron aquellos primeros años de la Unidad Docente de la Comunidad de Madrid?

R. En una palabra, TRABAJO, y en dos, TRABAJO GRATIS. No había casi recursos materiales, por no haber no había ni ordenadores. No se nos reconocían las horas de docencia, no daban días por ser tutoras, ni ninguna otra compensación. Recuerdo el primer programa informático que teníamos, el WordPerfect, y las transparencias que preparábamos para las clases en acetatos. Pero la ilusión por el proyecto era más grande que las dificultades que afrontábamos.

Hicimos mil horas de cursos de formación de formadores, de competencias, de informática, etc. Recordarás lo que costó dar forma al libro del residente que luego divulgamos en tantas Unidades Docentes de tantas especialidades. ¡Qué de risas en las clases de pedagogía! Acostumbrábamos a utilizar un lenguaje sanitario sencillo para que lo entendiera todo el mundo, y teníamos que escribir en un lenguaje complejo que nos sorprendía. Cada disciplina tiene un lenguaje y una forma de mirar el mundo. No había internet, ni teléfonos móviles, ni traductores, ni inteligencia artificial. Cualquier paso que se quisiera dar, cualquier cosa en la que quisieras profundizar, costaba muchísimo, pero muchísimo tiempo.

Éramos matronas asistenciales y asumíamos el reto de la docencia de residentes de matrona, con un programa de 3.600 horas, 800 de ellas teóricas. Matronas enseñando a matronas, era tan increíble como brillante. Por primera vez se había creado oficialmente un "cuerpo docente de matronas". Gracias a la lucha incansable de la Asociación Española de Matronas y al trabajo gratuito de tantas matronas, las Unidades Docentes de Matronas se pusieron en marcha.

P. ¿Te estabilizaste con plaza de matrona?

R. Aprobé las oposiciones de matrona en 1996. Once años me costó conseguir la plaza fija de matrona. Mis hijos tenían 3 y 1 año. Necesitaba seguir manteniendo un horario que me permitiera cuidarlos. Tenía buena nota, podía elegir. Vivo en el norte de Madrid, pero las plazas que habían salido en el norte tenían horario de tarde. Necesitaba asegurar la compatibilidad entre el trabajo y el cuidado familiar, así que elegí plaza en el sur de Madrid, en Parla, a 38 Km de casa. Lo que eran 76 km diarios de coche.

No me arrepiento de los seis años de coche. La crianza de los hijos conlleva muchos esfuerzos, pero recompensa con creces.



Primer equipo de profesorado U.D. Matronas Madrid 1994-1996

P. ¿Cómo fue tu experiencia de matrona en Atención Primaria?

R. Parte de las mujeres que atendía no tenían recursos económicos, ni formación cultural. Llegar a ellas fue más que un reto. Al principio sentía frustración, no venían a la consulta, ni a las clases de educación prenatal y posnatal. No me servía lo aprendido, pero tenía preocupación y voluntad de llegar a hacer bien mi trabajo de cuidado de la mujer, y cuando se pone el corazón, la gente lo siente, se abre y te habla. Y tú no entiendes nada de su mundo, estás asustada por lo que oyes, pero aprendes a estar ahí.

En Atención Primaria podemos ser un faro de luz, de fortaleza. Las mujeres necesitan sentir que se valora su proceso creativo, que se las tiene en cuenta y que se reconoce su esfuerzo continuo, con la alimentación, el ejercicio y toda la transformación que se está produciendo en ellas. Aprendí muchísimo de las mujeres y me sentía feliz.



Taller de lactancia



Taller de masaje infantil

P. ¿Te planteaste dedicarte más a la actividad docente?

R. Nuevamente vi un reto. Tenía todo organizado, el trabajo de mañana, los hijos de 9 y 7 años, las clases en la

Unidad Docente de Matrona y el ser profesora asociada en la Escuela de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios", adscrita a la Universidad Pontificia Comillas.

En la Unidad Docente se necesitaba una persona a tiempo completo para que se pudieran convocar plazas de residentes de matrona de forma anual. Las condiciones laborales que ofrecían eran difíciles. Suponía perder libertad de horario, de vacaciones y sobre todo de sueldo: no tener complementos. Había que valorar. La forma de no perder tanto dinero era asumir más carga docente. Pasar de 80 horas a 180 horas de clases anuales, muchísimo trabajo. Tenía 40 años, plenitud y creía de corazón que el proyecto de formación de matronas merecía la pena. Así que asumí el reto.

P. ¿Cómo fue tu experiencia en la Unidad Docente?

R. Durísima. Dos personas para 100 residentes. Sin celador, sin secretaria, a tiempo completo y con recursos materiales mínimos. Nos pasó de todo. Se nos cayó el techo del aula, el de los despachos, el 11-M, problemas en los hospitales, con los partos, de las residentes, etc. Todo para ayer, una dedicación inmensa para que todo rodara. Además, había que mantener las clases en la universidad para hacer carrera docente, acreditarse como profesor y hacer la tesis. Todo ello atendiendo a mis hijos que entraban en la adolescencia. Nuestra generación hizo el doctorado, el antiguo, el de los 10 años, dos años de cursos de doctorado, cuatro para la suficiencia investigadora y cuatro para la tesis doctoral. Conseguí leer la tesis en 2012. ¡Cuánto esfuerzo físico y mental! ¡Cuánto tiempo robado a la familia y de sueño delante del ordenador! No sé lo que es el desierto, pero sentí que lo atravesaba. Fue muy exigente. Había que estar preparado por sí la especialidad pasaba a ser un grado. Muchas matronas de mi generación, en toda España, hicimos el esfuerzo de ser doctoras, pero el grado no llegó.

La tesis doctoral te cambia la cabeza, quieres seguir investigando. En mi caso había diseñado y validado un cuestionario para evaluar los programas de Educación para la Maternidad-Paternidad que contempla la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio desde 1983. Es un programa impartido por matronas. Quería que se aplicara a nivel nacional para que nuestro trabajo tuviera más visibilidad, pero no encontré la forma de realizarlo ni a nivel de mi comunidad autónoma. Entonces me lancé a publicar en revistas de impacto. En las revistas internacionales indexadas hay que conseguir que te acepten los trabajos y luego pagar las tasas. Es muy difícil conseguir que te acepten los trabajos y más conseguir ayudas económicas. Me tocó pagar. Este coste ha permitido que lo investigado haya tenido repercusión internacional. La Comunidad Científica tiene referenciada la Escuela Española de Educación Prenatal que realizamos las matronas.



Congreso nacional de la AEM Alicante

P. Recuerdo que acudías a todos los congresos con temas novedosos: las tablas de gimnasia para embarazo, para posparto, cómo preparar la vuelta a casa con el bebé, el suelo pélvico, los cuidados de la piel del recién nacido, la Educación para la Maternidad-Paternidad, el *mindfulness*, etc. ¿Cómo podías?

R. Había que traer todo lo nuevo a la formación de las residentes de matrona y ello requería investigar, publicar y comunicar. ¡A cuántos congresos me habéis invitado! ¡Cuánto hemos compartido para mejorar la profesión! ¡Qué de buenos momentos en el corazón!

A dos años de la jubilación de la Jefa de Estudios de la U.D., salieron los traslados y había una plaza en el norte de Madrid, más cerca de casa. La pedí y la obtuve (2015). No fui reclamada para permanecer en la unidad a tiempo completo. Volví a mi situación inicial de matrona de Atención Primaria y profesora de la Unidad Docente con 80 horas. Los trece años de trabajo a dedicación plena de profesor de matronas son una experiencia muy especial de mi vida. Cada promoción tiene su idiosincrasia y hay que descubrirla para acompañarlas en los dos años de formación. Me ha encantado hacerlo. Volver al centro de salud fue extraño, pero tuve muy buena acogida y una población maravillosa. ¡Volvió el entusiasmo!

P. ¿Por qué te presentaste a la convocatoria restringida de jefe de estudios de la Unidad Docente de Matronas, en enero de 2017?

R. No valoraba presentarme, pero varias compañeras me lo pidieron. El proceso de cambiar las Unidades Docentes de Matronas por Unidades Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología estaba en marcha. Nos parecía importante mantener la jefatura de estudios de matrona y la unidad independiente. Según las bases de la convocatoria de enero de 2017, si me presentaba, la obtendría y, de nuevo, tenía frente a mí el reto. No pude ni imaginar lo que vino después y me presenté.



Novena Promoción de Matronas. UD Madrid
2006-2008

P. Conocemos el proceso por el que pasaste para no llegar a obtener la jefatura de estudios de la UDM, ¿qué pasó?

R. Todavía me es difícil hablar de esta etapa de mi vida, pero ya que preguntas, voy a intentarlo.

La Jefa de Estudios había presentado como candidata a la Secretaria de la Comisión de Docencia a una matrona de la 6ª promoción que, por cierto, había sido alumna mía. Como se ha demostrado, el proceso selectivo fue irregular y discriminatorio. En febrero, en la Comisión de Docencia que tenía que valorar los currículos de las dos candidatas, se cambió el baremo original, una vez iniciado el proceso de selección. El nuevo baremo que se aprobó puntuaba con 10 puntos la formación EIR y limitaba la experiencia asistencial, la formación, la experiencia docente e investigadora a los méritos de la candidata de la Jefa de Estudios, lo que se llama "un perfil hecho a la medida". Fue tremendamente injusto hacia mí.

No soy persona de buscar y mantener conflictos. Intenté solucionarlo desde dentro. Gracias a la intervención de Carmen Molinero Fraguas me recibieron en la Consejería de Sanidad, pero no me escucharon. La Jefa de Estudios ya había hablado con ellos. Estaba en una encrucijada. Todo el mundo me aconsejaba que abandonara, pero yo no podía. Si no se denuncia el mal uso del poder y la arbitrariedad, las personas que lo ejercen continúan ejerciéndolo en su propio interés. Así que interpuse un primer recurso de alzada en marzo. En abril la jefatura de la Unidad Docente, saltándose el principio de indemnidad que tiene un trabajador de no ser sancionado si ha interpuesto un recurso administrativo, lideró un movimiento de descrédito profesional en función de una supuesta queja realizada por los residentes en febrero, dos meses antes. Nunca me dieron la reclamación, por lo que probablemente no existió, pienso. No te puedes defender de algo que dicen que has dicho si no te dan el dato. En esta situación de indefensión

me suspendieron cautelarmente de profesora, con lo que tuve que interponer un segundo recurso de alzada. Paradójicamente, llevaba 23 años de profesora en la unidad, 13 de ellos a tiempo completo y nunca había tenido una reclamación.

El proceso judicial ha durado siete años. La primera sentencia (Sentencia 113/2019) se gana en los cuatro apartados reclamados: proceso selectivo irregular y discriminatorio, cese de la Jefa de Estudios nombrada por libre designación, repetición de la convocatoria y restauración de la profesora. El Tribunal Superior de Justicia declarada que es firme por Decreto del citado Tribunal de fecha 25-09-2020. Todo se ha demostrado a mi favor. Es público. Durante estos años, la Jefa de Estudios que inicia el proceso se jubila, su candidata es nombrada Jefa de Estudios por libre designación (13/7/2017), lo que vuelve a ser irregular con un proceso judicial abierto. Finalmente, esta cesa el 20/3/2021 y se nombra a una nueva Jefa de Estudios en funciones. En ningún momento se acata la sentencia en cuanto a que sea yo restituida como profesora de la Unidad Docente. Tampoco se acata la convocatoria de la plaza de Jefe de Estudios.

El 9 de mayo de 2022 se acreditan nueve Unidades Docentes Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología, en las que quedan adscritas las plazas de residentes de matronas. La Unidad Docente de Matronas de Madrid se cierra en su formato original y se reconvierte en Multiprofesional. ¡No podíamos creerlo! Hicieron todo lo posible por no restituirme en mi derecho reconocido judicialmente y demoraron su ejecución hasta que no podían ejecutarla por haber integrado la Unidad Docente de Matronas en las nuevas Unidades Multiprofesionales. Al equipo de abogados no le quedó otra que reclamar la indemnización pertinente. Me entristece que la propia Administración incumpla las sentencias judiciales.

P. ¿Conseguisteis la indemnización? ¿Cómo puede ayudar tu experiencia a otras matronas?

R. He tenido un equipo de abogados excelente. Su trabajo de defensa ha sido impecable y el acompañamiento personal ha sido inmejorable. Lo primero es que sin muchísima paciencia y sin buenos abogados no es posible ganar a la Administración, aunque tengas todas las pruebas, como en mi caso. El éxito de esta etapa se lo debo a ellos. No han parado hasta que he sido indemnizada de todo, hasta por el daño moral infringido.

Lo segundo es el apoyo de los tuyos, familiares y amigos. Cuando el mal uso del poder, la prevaricación, cae sobre uno es demoledor. Sientes indefensión ante la maquinaria administrativa, sientes soledad social, porque poca gente permanece a tu lado, y eres la víctima, pero empiezas a dudar de ti, de tu valía personal y profesional. Entrás en el

laberinto. Gracias a que he tenido un buen apoyo familiar y social he subsistido. El dolor moral es indescriptible, un enemigo invisible que daña tu autoestima. Ojalá que mi experiencia pueda servir a otras personas que sufran el mal uso del poder y la injusticia sobre ellas. Entiendo la vida como afrontamiento. A cada uno le toca lo suyo y cada uno creemos que lo nuestro es lo peor y que no hay salida, pero sí la hay. Lleva tiempo reinventarse, pero es posible. Creo que muchas matronas están sintiendo que su trabajo no es valorado por la Administración. Por si ayuda, estoy centrada en la búsqueda del conocimiento y la atención a las mujeres, para seguir mejorando y disfrutando de la profesión.



Grupo de autoayuda a la crianza. Taller de lactancia, mamás creadoras de la "Tribu Barrio del Pilar", durante la pandemia

P. ¿Cómo ves el futuro?

R. A pesar de las dificultades veo futuro. Las matronas somos una profesión especializada en el cuidado de la mujer, con lo que sufrimos la misma invisibilidad que sufren las mujeres que cuidamos.

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para que todas tomemos consciencia de nuestro trabajo cada vez que conseguimos que una mamá, un papá, se enamoren de su bebé, en las clases, en el parto, en el puerperio. Ese niño tendrá más opciones de ser cuidado. Todo lo que hacemos tiene sentido desde la perspectiva de la Educación y la Psicología Prenatal, así que animaría a las matronas a trabajar con esa consciencia.

Por último, mil gracias a la Asociación Española de Matronas por haberme acompañado durante todos estos años, en la luz y en la oscuridad, y mil gracias por vuestro trabajo para las mujeres y para las matronas.

Querida Matilde, muchas gracias por tu tiempo, por tu forma de vivir la profesión, tu tenacidad, esfuerzo y en definitiva por tu manera de hacer profesión. ¡Eres un orgullo para nuestro colectivo!

ATENEA
Redactora AEM

AGENDA

La AEM y el Plan Nacional de Sangre de Cordón (PNSCU)



La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) desarrolló en el año 2008 el primer Plan Nacional de Sangre de Cordón (PNSCU) para el que requirió la participación de la Asociación Española de Matronas (AEM) como representación de las matronas, elementos claves para poder llevar a cabo el plan. El objetivo básico era alcanzar 60.000 unidades de sangre de cordón umbilical (SCU) de alta calidad en un periodo de 6-8 años, que se actualizó en el año 2020 dentro de la Estrategia Nacional de Trasplante Hematopoyético 2020-2025.

Periódicamente se mantienen reuniones en las que se revisan el estado de las donaciones, el uso y las perspectivas. Desde hace unos años se viene evidenciando una marcada y desafortunada tendencia: la escasez de recogida de unidades de sangre de cordón, que actualmente no solo van destinadas a trasplantes, sino que aquellas unidades no aptas para este fin están siendo empleadas en investigación científica para medicina regenerativa con espectaculares resultados.

En la reunión mantenida el pasado 18 de junio se analizaron los problemas evidenciados para la falta de recogidas de unidades de sangre y sus posibles soluciones. Un punto importante de esta reunión fue la revisión del contenido del curso *e-learning Programa de donación altruista de sangre*

de cordón umbilical (bancos públicos), implementado desde 2022, ya que la armonización en la formación entre todos los bancos del PNSCU permite una concienciación, tanto social como sanitaria común, y unos métodos de procesamiento lo más homogéneos posibles.

Este curso gratuito, organizado por el Banco de sangre y tejidos de Barcelona, cuenta con el apoyo y subvención de la ONT por parte Ministerio de Sanidad. Pretende asegurar la calidad y eficiencia en la donación de sangre de cordón umbilical. Dado que un aspecto fundamental para garantizar la calidad en el trabajo con sangre de cordón es la formación adecuada de los profesionales sanitarios, está dirigido a los profesionales de las maternidades, de laboratorios clínicos y del Banco de Cordón. Estos deben conocer no solo los usos consolidados de la sangre de cordón, sino también las nuevas aplicaciones en desarrollo. Esta capacitación integral permite que los profesionales realicen su labor con excelencia y comuniquen de forma efectiva a la población la importancia y el enorme valor de la donación de sangre de cordón.

La convocatoria de 2025 sigue abierta para la realización del curso (*online*) y ya tiene la confirmación favorable de la concesión de la subvención de la ONT para la próxima edición 2026.

Desde aquí animamos a todas las matronas a realizar este curso porque ellas son fundamentales para llevar a cabo esta actividad tan necesaria como altruista. El curso es de siete horas de formación y está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Co-

misió de Formació Continuada del Sistema Nacional de Salut con 1,1 créditos.

Toda la información está disponible en <https://www.ont.es/informacion-a-los-profesionales-4/formacion-cursos-y-eventos-4-10/>

Reunión de ANENVAC con la Dirección General de Salud Pública



La Alianza para la vacunación del adulto cuenta ya con siete sociedades médicas y multidisciplinares y nueve asociaciones de enfermería. Desde el inicio la AEM participa intensamente en todas las actividades y reuniones de esta entidad.

En su recorrido, esta alianza ha cumplido las primeras etapas con su presentación a la industria farmacéutica, a medios de comunicación sanitarios y generalistas. El pasado 1 julio se hizo una presentación de la Alianza al Ministerio de Sanidad, en la que participó la AEM. Por parte del Ministerio estuvieron presentes Pedro Gullón (Director General de Salud Pública), Marta Soler (Responsable Área de Vacunas), Carmen Olmedo (Área de Vacunas), junto a un técnico y un residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, ambos del Área de Vacunas de la Dirección General de Salud Pública (DGSP).

Por parte de la alianza, José A. Forcada, su presidente, presentó a los asistentes de la DGSP los motivos de proponer desde ANENVAC (Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas) al resto de sociedades científicas (SSCC) la constitución de la alianza. También se presentaron las SSCC que componen la alianza, sus objetivos y actividades realizadas y previstas, para comenzar este otoño con actividades de promoción de la vacunación antigripal y ante COVID-19, así como frente a VRS en las comunidades autónomas (CC.AA.) que la incorporen.

Pedro Gullón manifestó el interés y reconocimiento desde el ministerio por el trabajo que se realiza desde las SSCC para la mejora de las tasas de cobertura en adultos. Indicó que el hecho de la constitución de la alianza es visto con mucho interés, reconociendo el trabajo de la creación de esta y considerando que pueda ser muy beneficioso por la colaboración en equipo y una coordinación de actividades de enfermeras y médicos.

También indicó, en relación con la vacunación frente a VRS en adultos, que a partir de la ponencia se elaboró un documento sobre esta vacunación, ya que hasta el momento no se había hecho ninguna recomendación al respecto, por lo que no creían conveniente que esta se promocionara, ya que aunque algunas CC.AA. habían indicado que se iba a incluir esta vacunación en determinadas circunstancias, desde el ministerio buscaban el consenso del Consejo Interterritorial (CI) en el que participaran todas las CC.AA.

José Antonio Forcada, por su parte, respondió aludiendo al hecho de que aunque el CI no se hubiera pronunciado, esto no significaba que no hubiera SSCC que sí estuvieran de acuerdo con alguna indicación, aunque precisó que el funcionamiento de la alianza es por consenso de todos los miembros y, de esta manera, no se realizan acciones que no cuenten con el apoyo de todas las SSCC miembros de la alianza.

El presidente añadió que desde la alianza se va a trabajar para hacer una formación a los socios para la campaña de gripe y COVID-19, y también de cara a la sociedad, información que se compartirá con el ministerio, así como prestar el apoyo a las acciones que desde este se emprendan.

Por parte del ministerio, Marta Soler mostró el interés de esta colaboración, indicando que desde el ministerio se estaba trabajando por mejorar los datos de coberturas y el registro nominal nacional, y que están en disposición de recibir apoyo.

La reunión finalizó con el compromiso de compartir información y líneas de diálogo y trabajo.



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