



matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 14 Nº 1 AÑO 2026

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161



SUMARIO

Editorial

Originales

- Dos temas tabúes en la medicina del Renacimiento según Damián Carbón: concepción y esterilidad humanas

Revisiones

- Pilar Jáuregui de Lasbennes y la Escuela Libre de Matronas
- Beneficios de la suspensión de la perfusión oxitócica en partos de bajo-medio riesgo en fase activa
- Nutracéuticos durante el embarazo: evidencia y recomendaciones desde la consulta de matrona en Atención Primaria

Caso clínico

Importancia de la participación de la matrona en el equipo de reproducción asistida, a propósito de un caso de hiperestimulación ovárica

Echando la vista atrás

Las matronas y la organización de la asistencia obstétrica en el seguro obligatorio de enfermedad (SOE)

Entrevista

Entrevista a Juana M^a Vázquez Lara

Agenda

- XIII Congreso Español de Lactancia Materna
- I Jornadas sobre Especialidades de Enfermería "Caminando hacia la enfermería especialista"
- La AEM invitada al foro profesiones sanitarias: presente y futuro de la profesión enfermera en España



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.

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. 14 - nº 1 abril-agosto 2026

Editorial

4

Originales

Dos temas tabúes en la medicina del Renacimiento según Damián Carbón: concepción y esterilidad humanas 6
Teresa Sánchez Sánchez

Revisiones

Pilar Jáuregui de Lasbennes y la Escuela Libre de Matronas 14
Rosa María Plata Quintanilla, Rosa María Cancelo Lama

Beneficios de la suspensión de la perfusión oxiótica en partos de bajo-medio riesgo en fase activa 32
Raquel Martínez Carrillo, Clara Flo Sierra, Alexandra Sellés García

Nutracéuticos durante el embarazo: evidencia y recomendaciones desde la consulta de matrona en Atención Primaria 41
Ana Isabel Anocibar

Caso clínico

Importancia de la participación de la matrona en el equipo de reproducción asistida, a propósito de un caso de hiperestimulación ovárica 48
Elena Fernández García, Ana Fernández García, Ana Belén Antón Martínez, Pilar Olmedo Gómez

Echando la vista atrás

Las matronas y la organización de la asistencia obstétrica en el seguro obligatorio de enfermedad (SOE) 57
Rosa Mª Plata Quintanilla

Entrevista

Juana Mª Vázquez Lara 62

Agenda

XIII Congreso Español de Lactancia Materna
I Jornadas sobre Especialidades de Enfermería "Caminando hacia la enfermería especialista"
La AEM invitada al foro profesiones sanitarias: presente y futuro de la profesión enfermera en España 68

Editorial

¡Maldito machismo!

Paseando un día por el barrio de Malasaña (Madrid), me encontré con la escultura urbana que ilustra nuestra portada. La inscripción que la presenta aclara el sentido de la obra: "Homenaje a la Antigua Universidad de Madrid", y la sorpresa para mí fue mayúscula, ya que paradójicamente, conociendo el veto impuesto a las mujeres para el acceso a la universidad, fuera precisamente una mujer la musa de la obra.

La Dirección General de Intervención en el Paisaje Urbano y el Patrimonio Cultural de Madrid, en cuyas páginas está catalogada esta obra denominada *Tras Julia* del escultor Antonio Santín, expresamente explica que se trata de una "representación de una joven llamada Julia, que en el siglo XIX asistió a la primitiva Universidad Central de la calle San Bernardo disfrazada de chico, ya que solo se permitía el acceso a los hombres". Ciertamente es que también he leído otras versiones sobre el origen de la obra, aunque más o menos todas confluyen en que se trata de un homenaje a las mujeres que queriendo estudiar, el veto machista se lo impidió; y también dedicado a las primeras afortunadas que, a pesar de los prejuicios sociales, cuyas reminiscencias aún perduran en el siglo XXI, su determinación las llevó a matricularse en la universidad conscientes de la consideración de "bichos raros" que les otorgaba no solo sus compañeros, sino la mayoría social.

En ese momento, empecé a trazar líneas mentales: calle del Pez, Universidad Central, mujeres... y ¡sorpresa! Se produjo un haz de líneas convergentes: en la Calle del Pez vivió una matrona pionera, Pilar Jáuregui, sobre cuya vida y aportaciones se incluye un extenso artículo en este número; el actual Palacio de Bauer, junto a cuya fachada se ha instalado la escultura de Julia, fue edificio aledaño a la antigua Universidad Central de Madrid y, finalmente, era una mujer la que luchaba por su derecho a la formación. Incidentalmente, me pareció una conjunción perfecta la de esta imagen, y las circunstancias que la rodeaban, para incidir en la historia de la lucha de las mujeres, y muy especialmente de las matronas, por la igualdad de derechos, que incluía de forma prioritaria el derecho a la educación, formación y cultura, junto con el resto de derechos civiles en igualdad con los hombres.

Desde tiempos antiguos las mujeres llevaron sobre sus hombros el estigma de la visión aristotélica que si bien no inició el machismo en términos absolutos, lo sistematizó, lo justificó filosóficamente y lo integró en el pensamiento occidental durante siglos, proporcionando una

base que han venido en denominar *científica y racional*, pero ninguna de estas características posee, como se ha demostrado, para la imputación de la inferioridad femenina que, aun en el siglo XXI, no se ha erradicado y menos sus consecuencias.

Sin lugar a duda la negación al acceso a la enseñanza formal fue probablemente la herramienta más efectiva y poderosa para limitar la autonomía, el pensamiento crítico y el desarrollo de las mujeres, manteniéndolas en una posición de subordinación.

Esa es la historia propia y real de las matronas, la primera ocupación (profesión sanitaria) a la que los hombres no les dejaron desarrollarse como de forma natural hubiera sido, por su descrédito hacia la mujer profesional y la infravaloración de las mujeres en general. Esto determinó el camino que llevamos recorrido, camino que, de no ser por prejuicios infundados e intereses machistas, hubiera sido otro bien distinto: formación reglada más temprana y ejercicio autónomo, sin supeditación a la instancia médica que, en el área de la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, estaría desempeñada por las matronas sin necesidad de la existencia de ginecólogos-obstetras.

La lucha de las mujeres, y de las matronas en concreto, ha sido (y todavía es) una carrera de obstáculos y dificultades, una lucha desigual donde el valor y el coraje, incluso mayor ante la injusticia a la que se sintieron sujetas aquellas primeras mujeres que lograron quebrar parte del techo de cristal que topa a las mujeres, les hizo combatir los prejuicios sociales, los poderes preestablecidos y el errado, pero conveniente, convencimiento de su desigualdad frente a los hombres.

La brecha de género sigue existiendo, y perdóneme, Sr. Aristóteles, cuando le digo que sus razonamientos nunca cuadraron con la verdad: mujeres y hombres somos diferentes por razones biológicas, pero eso no nos ha incapacitado al sexo femenino intelectualmente; solo el poder de los hombres creando estereotipos, negándoles la instrucción, impidieron su desarrollo en igualdad, y en el siglo XXI seguimos pagando las consecuencias de esa barbarie.

Hoy nadie puede negar esta evidencia porque tenemos mujeres profesionales ganadoras de premios Nobel, algunas hasta con dos como la insigne Marie Curie, aunque las féminas que han obtenido esta distinción solo representan el 7% del total de premiados en la historia. Ya son más mujeres universitarias que varones, representando cerca del 56%-57% del alumnado total y superando el 60% en

tasas de graduación, aunque las mujeres se decantan más por las ciencias de la salud, artes y humanidades, con baja representación en carreras técnicas y esas profesiones feminizadas e imprescindibles, como en el caso de las matronas, siguen estando lastradas por la condición de género. Desde 2015, el número de mujeres doctoradas iguala al de los varones; sin embargo, la cifra de más de la mitad de mujeres que acceden a los primeros escalones de la carrera universitaria está en proporción inversa a la de las mujeres que consiguen los puestos de mayor responsabilidad académica: el 25% de las cátedras y solo 23 rectoras frente a 68 rectores.

Hoy Julia, y todas las mujeres a las que representa esta magnífica escultura, estaría contenta, pero no satisfecha, tampoco las mujeres y las matronas del siglo XXI lo estamos porque no queremos concesiones de migajas, cupos de igualdad, cuotas de género, representación paritaria, etc. Queremos nuestros derechos en igualdad y que se nos valore porque lo que valemos, por lo que aportamos a la sociedad.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora Matronas Hoy

Dos temas tabúes en la medicina del Renacimiento según Damián Carbón: concepción y esterilidad humanas

Teresa Sánchez Sánchez

Doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. España.

E-mail: tsanchezsa@upsa.es

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 3 de marzo de 2026.

Cómo citar este artículo:

Sánchez Sánchez T. Dos temas tabúes en la medicina del Renacimiento según Damián Carbón: concepción y esterilidad humanas. *Matronas Hoy* 2026; 14(1):6-12.

Resumen

Introducción: en un artículo anterior [1] y sobre la base del texto *Libro del arte de las comadres y madrinas y del Regimiento de las Preñadas y Paridas y de Los Niños*, de Damián Carbón [2], médico balear del siglo XVI, se expuso el oficio de la matrona en la gestación, el parto y el puerperio, así como un tratado de pediatría. Sin embargo, el libro, además, desarrolla otros dos temas ciertamente tabúes, sobre todo en el Medioevo: la concepción y la esterilidad, rozando someramente las posibles causas de la infertilidad o inadecuación sexual en la pareja.

Objetivos: destacar en la obra de Carbón el interés del autor por estudiar el abordaje de los problemas derivados de la esfera sexual, concepción y esterilidad. Denunciar la misoginia, incluso en el tratamiento de estos temas.

Método: exégesis del texto original con el método hermenéutico. Interpretación de la intención pedagógica del autor y la perspectiva psicohistórica desde el punto de vista de la autora.

Conclusiones: la importancia de esta obra radica en ser la primera tocoginecológica conocida en España, con el texto más temprano de toda la literatura monográfica española renacentista en el que el inusual tratamiento de temas en la época, concepción y esterilidad, enmarcados entre el tabú religioso/social y un incipiente interés científico, los incluya el autor en su obra.

Palabras clave: matronas; Renacimiento; fecundación; esterilidad; inadecuación sexual; Damián Carbón.

Abstract

Two taboo subjects in renaissance medicine according to Damián Carbón: human conception and sterility

Introduction: in a previous article [1] and based on the text "*Libro del arte de las comadres y madrinas y del Regimiento de las Preñadas y Paridas y de Los Niños*", ("Book about the art of midwives, pregnant women and children"), by Damián Carbón [2], a 16th century physician from the Balearic Islands, the job of midwives during pregnancy, childbirth and the post-partum stage was presented, as well as a *Treatise on Paediatrics*. However, this book also explores two additional subjects which were certainly taboo, particularly in the Middle Ages: conception and sterility, briefly touching upon the potential causes for infertility or sexual inadequacy within a couple.

Objectives: to highlight in the text by Carbón the interest shown by this author for studying the approach of problems derived from the sexual area, conception and sterility. To denounce misogyny, even in how these matters were treated.

Method: an exegesis of the original text using the hermeneutic method. An interpretation of the educational intent by the author, and the psychohistorical perspective from the point of view of the female author.

Conclusions: the importance of this work lies on being the first text on Obstetrics and Gynaecology known in Spain, with the earliest inclusion by this author, within the entire Spanish Renaissance Monographic Literature, of an unusual treatment of subjects such as conception and sterility, which at that time were framed between the religious / social taboo and an emerging scientific interest.

Key words: midwives; Renaissance; fecundation; sterility; sexual inadequacy; Damián Carbón.

Introducción

El libro constituye, como quedó reflejado en el artículo anterior, una radiografía de la ciencia matrona en el Renacimiento, anterior a la moderna anatomía introducida poco después por Vesalio y a la fisiología y la genética ulteriores. La obra de Carbón compendia y termina una extensa etapa marcada por la medicina galénica e hipocrática y la influencia árabe, al tiempo que anticipa la investigación y el tratamiento idiográfico de la enfermedad característicos del humanismo (Imagen 1).

La medicina del Renacimiento inicia la discusión contra las ideas medievales sobre la fecundación y reproducción, aunque aún quedaban siglos de descubrimiento a través de la investigación científica, para obtener el conocimiento verdadero de estos procesos indispensables para la supervivencia y perpetuación de la especie humana.



Imagen 1. Portada del libro segundo, en el que Carbón trata las cuestiones relacionadas con la infertilidad ("empenhación"). Ed. original (1541)

No sería absurdo afirmar que, desde el inicio de la creación, haya existido preocupación por la fertilidad en función del propio deseo y necesidad humanas de garantizar la super-

vivencia y perpetuación de la especie. Por ello, no es de extrañar que el tema de la fertilidad se haya convertido en un asunto importante en medicina, aunque sobrepasando el conocimiento del proceso fisiológico y las posibles patologías que puedan alterarlo, se haya convertido en tópico de estudio desde la esfera social, ética, política y religiosa, por las fuertes implicaciones y puntos de vista que tiene desde estas áreas no médicas.

Desde la medicina egipcia, hay evidencias de estudio sobre la infertilidad, a través de explicaciones mágico-religiosas propias de una medicina arcaica, aunque esta ya con rudimentos de experimentación científica. A través de los siguientes periodos y dominaciones, la necesidad de comprender y erradicar la esterilidad sigue existiendo, pero el matiz de culpabilización de la mujer se hace más patente, probablemente al hilo de la consideración aristotélica sobre la desigualdad de sexos y la supremacía del varón sobre la mujer y la idea religiosa del castigo divino.

Para la masculinidad "incuestionable" (hegemónica), la infertilidad masculina representa una crisis profunda en la construcción de su virilidad, ya que altera reglas sociales, políticas y éticas tradicionales que la equiparan con la capacidad reproductiva, la fuerza y el poder (dominancia). Por ello, hasta prácticamente el siglo XX, se ha perpetuado uno de los mitos más habituales, el que ha asegurado por siglos que la infertilidad era "cosa de mujeres", lo que ha generado una presión social inmensa sobre la mujer infértil al vincular el valor de ella con su capacidad de ser madre y convertirla, por su incapacidad o dificultad, en objeto de estigma social. Desde el punto de vista cultural, social, religioso, incluso ético, se le ha imputado a la mujer, por esta causa, un fracaso personal o una carencia de feminidad, cuando el problema era médico y no siempre exclusivamente femenino, como la ciencia ha demostrado.

A la vista del desarrollo científico actual, este mito ha sido desbancado, aunque persisten reminiscencias machistas que dificultan la asunción y el tratamiento por parte de varones.

Objetivos

- Resaltar en la obra de Carbón el interés del autor por estudiar el abordaje de los problemas derivados de la esfera sexual, como la infertilidad y la inadecuación de la pareja, aludiendo superficialmente, acorde con los conocimientos médicos de la época, a las posibles causas de la infertilidad o desajuste, incompatibilidad sexual en la pareja.
- Denunciar la misoginia, incluso en el tratamiento de estos temas, culpabilizando a las mujeres del fracaso en la concepción, casi de forma exclusiva y durante siglos, a la vez que se le atribuye una escasa participación en el proceso reproductor.

- Subrayar, en la misma línea antifeminista, la negación del derecho de la mujer al placer y el relegamiento a un papel pasivo de recipiente-contenedor, ligado a su obligación de reproducirse y su condición de instrumento para la concupiscencia masculina.
- Valorar la consideración del autor como causas de esterilidad, algunas patologías de signo psicológico o, cuando menos psicosomático, disfunciones sexuales (vaginismo, frigidez, etc.), hoy bien estudiado su origen multifactorial como combinación de factores físicos, psicológicos y relacionales.

Método

Exégesis del texto original con el método hermenéutico. Interpretación de la intención pedagógica del autor y la perspectiva psichistórica desde el punto de vista de la autora.

Concepción sobre las simientes

La concepción dominante en torno a la mitad del siglo XVI, no habiendo sido ni siquiera soñada la trasmisión genética de los caracteres paternos al hijo, es bastante alquímica en sí misma. El semen es el producto de la *quarta digestión*, siendo las tres anteriores las encargadas de hacer llegar a los órganos corporales las sustancias nutrientes derivadas de la depuración de la comida y bebida ingeridas. Las depuraciones sucesivas segregan un néctar concentrado, portador de la semilla reproductora:

Y si demandan que cosa es este humor espermático: dizen los doctores que es superfluydad de la quarta digestion, que se haze quando por los miembros del cuerpo mas principales se diffunde lo que a procedido del mantenimiento causado del comer y beber por su prima, segunda, y tercia digestion. La qual humedad esta hecha y dispuesta a curarse, y della se hinchen y toman mantenimiento las venas y arterias: recibiendo en si muchas vezes gran cantidad della. Y de alli van a los miembros humanos (fol. XCVI).

El cuerpo, como Vesalio afirmaría dos años más tarde, es una fábrica, un gran alambique; y, en lo que al elemento responsable de la fecundidad se refiere, destila del cerebro y de los restantes órganos corporales importantes las virtudes informativas del nuevo hijo en algo semejante a una savia que fuera transportada por la sangre hasta la matriz en la mujer y hasta el pene en el hombre. En palabras de Damián Carbón:

Es empero otra opinión que tiene que la mayor parte del humor espermático baxa del cerebro por dos venas que son detrás de las orejas. Las quales si por caso se cortaren hazen el hombre infecundo

y muger esteril. Pero esto no parece bien al Galeno que tiene el dicho humor espermático no solo abaxar del cerebro: pero de los otros miembros principales y de todo el cuerpo. Y esto afirma por la semejanza que trae la criatura del padre, o de la madre y endemas por alguna particular señal de sus personas (fol. XCVIv).

Desde la perspectiva brindada por la Genética actual, resultan ingenuas las opiniones galénicas y derivadas sobre la naturaleza de la trasmisión hereditaria, pero destaca la concepción de semilla portadora de los rasgos formativos de la semejanza entre familiares. De cada una de las partes corporales de las que el torrente sanguíneo arrastra información, va desprendiéndose un sello o impronta de similitud. Así, al finalizar el trayecto, la simiente está completa y encierra las *virtudes* de la ascendencia, como la arcilla copia el molde al que se ha pegado. No obstante, de forma previsible es el hombre el encargado de la formación y la mujer de la recepción y conservación:

... assi en el hombre como en la muger el dicho humor yualmente y univoce tiene virtud y fuerza de tomar i informar juntamente. Es verdad que en el varon es mas fuerte y rezia la virtud y comienzo de la formacion y esto por gracia especial al varon concedida. En la muger empero: es ella mas fuerte, por ser esta la causa de la conservacion de la materia. Y mas digo que la simiente del varon se echa mas cerca de la madre: y es tragada por aquella con fuerte atraccion: mas el de la muger se echa dentro en el vaso y venas del lugar de la concepcion. Y esto dizen los fisicos. Que en la simiente del varon, es el principio de la formación, mas en lo de la muger es el principio de la informacion: y es cosa propia: porque la virtud de la formacion entiende introducir la semejanza del varon, sino fuere impedida: mas la virtud de la informacion en la muger entiende recibir la semejanza del varon (fol. XCVI).

Una vez más no sorprende la conocida misoginia que impregna el Renacimiento, que abarca a sus aspectos más sutiles y variados, llegando a penetrar la misma concepción acerca de la textura de la simiente:

... quel dicho humor o simiente es caliente y digesto y espeso: mas el de la muger es manera de sangre espumoso y poco digesto: y es fundamento de particularizar y formar el cuerpo de la criatura (fol. XCVI v).

Sobre las causas de la esterilidad

La materia que aborda este artículo se encuentra tratada en el Libro segundo, titulado *De la difficultad de la empre-*

ñacion. Apunta D. Carbón a una medicina etiológica: conocer las causas del problema y removerlas. La esterilidad es un misterio que puede obedecer a causas ocultas (factores psicológicos y funcionales), pero también a causas extrínsecas o intrínsecas a uno o a ambos miembros de la pareja generativa. Conocer el abanico de posibles causas es el único modo de prevenir las o de evitarlas, porque siendo la procreación un mandato divino, a la par que un afán humano, resulta la esterilidad muy perturbadora y hasta entristecedora para el matrimonio que no puede ver cumplidas sus ansias de descendencia:

Pues tiene el hombre tanta capacidad que quando no puede cumplir este precepto se tiene por menguado y no perfecto: y endemás porque se tiene por menguado y no perfecto: y endemás porque cada qual dessea su propia conservacion: y si no puede en individuo conose que se puede hazer en su especie: engendrando su semejante. Y por esso tiene un apetito natural de conjunction con la hembra... Entristezese pues el hombre y la muger quando no pueden tal effecto aconseguir: y muy mas quando mancebos dispuestos, y bien organizados en sus cuerpos, bien morigerados, honestos en su bivar: y no pueden tal fin alcançar (fol. XCII).

Divide las causas en extrínsecas e intrínsecas, las primeras son concordantes con el pensamiento naturalista y ecológico de la época: "el hombre es lo que come", transformado y depurado por la digestión y repartido por la sangre. Los humores corporales y el grado de calor o frialdad, de humedad o sequedad deciden la cantidad y calidad de la simiente [3]. Puesto que aún no se ha descubierto el papel de los espermatozoides o del óvulo en la fecundación, la simiente no alude sino a un fluido de misteriosa composición animado por los espíritus y de muy sutil y delicada naturaleza que cualquier variable ambiental o propia puede alterar y arruinar. Enumero algunas de las señaladas por Carbón:

- El excesivo calor o el excesivo frío porque disuelve o congela la simiente.
- El mal comer o beber porque la hacen gorda o flaca y predisponen los malos humores.
- El agua fría porque destempla el cuerpo.
- El vino "que haze los ebrios no prolificos".
- La delgadez o la obesidad.
- Dormir o velar con exceso porque hacen perezosa al crecimiento de la simiente o demasiado inquieta.
- El mucho o poco ejercicio físico:

El ejercicio se deve mirar no sea demasiado: porque mucho dañá y endemas despues del coytu:

ansi es proybido a la muger el exercicio. Y muy mas alçar algun pesso, baxar escalera, saltar hazia tras, que haze abortir la preñada. El poco exercicio tambien proybido y dañoso: porque prepara el cuerpo a muchas enfermedades y dañá a la digestion y es causa de mollificacion de los miembros (fol. XCIII).

Causas de la esterilidad masculina

Damián Carbón expone dos causas fundamentales para la infertilidad por parte del varón: una manifiesta, la deformidad de su miembro viril; otra oculta: la mala calidad de la simiente.

La variedad de defectos del pene es múltiple: ser tuerto, ser ancho, impidiendo la penetración, ser pequeño o demasiado largo. Así expone el autor:

... el hombre que terna el miembro pequeño en su creacion, o hecho breve por causa de mucha gordura no sera generativo (fol. XCV).

O en otro pasaje:

... su miembro es necessario que sea proporcionado segun la proporcion; largueza, o brevedad del cuello de la matrix no sea muy largo: porque dos cosas se siguen dañosas para la generacion. La primera es que passa los terminos y viene ygual a la boca de la matrix y no puede hechar el simiente como se deve en su lugar. De forma que la matrix no se puede transglutir por su prepinquidad como seria menester: y mas que el simiente se enfria en el camino... Y mas adelante si fuere corto o breve en su creacion: porque no puede echar el simiente por ser alongado de la matrix y no se yguala con ella por poder echar el simiente (fol. XCIII).

La mala calidad de la simiente viril puede venir determinada por debilidad o flaqueza de los vasos espermáticos, por indisposición de los testículos, por incisión de las vías o meatos, por mala conformación de la textura, y por los inevitables temperamentos:

Muchas cosas podemos dezir de las causas y dificultad de la preñez por parte del varon: como agora por su natural complexion: si es demasiado flegmatico, frio, crepulosos: que pueden ser cosas para destemperar la simiente y hazerlo estéril i impotente como diremos mas adelante por sus señales (fol. XCV).

Causas de la esterilidad femenina

Como era previsible por el antifeminismo y la misoginia imperante en el Quinientos, los inconvenientes para fecundar que se le suponen a la mujer son mayores que los del varón. Por otra parte, la mujer es el recipiente de la

simiente y, además de cuidar la calidad y buena disposición de su propia simiente, debe acondicionar la matriz para que acoja y retenga la simiente del varón. Las causas o defectos que impiden la fertilidad femenina son igualmente extrínsecas e intrínsecas, siendo estas distribuidas en los siguientes apartados:

- Defectos en la complexión, siendo contraproducentes el exceso de humedad o sequedad, la delgadez o la gordura.
- Por indisposición de la matriz.
- Por defecto en la conformación de la matriz (estrechamiento del cuello uterino o tortuosidad en la forma de la vagina).
- Por llagas o ulceraciones, infecciones (*apostemacion*) o cáncer de la matriz.
- Por predominio de los temperamentos flemático o colérico.
- Por falta o abundancia de menstruación.
- Por problemas en la textura de la simiente.
- "Por muchas humidades, blancas, corruptas: las quales suelen mucho enojar las mugeres y hazenlas esteriles" (ibidem).
- Por exceso de lubricación (y orgasmo femenino) durante la cópula.
- Por no guardar el debido reposo tras el coito; véase una observación paralela: "el ponerse luego en pie la mujer, pasado el acto de la generación, es muy peligroso" [2].

Sobresalen de esta enumeración las dos últimas causas porque, en una de ellas, el autor está aludiendo a enfermedades venéreas sin saberlo y, en su ignorancia, atribuye la presencia de hongos y cultivos infecciosos a la supuesta conexión del útero con el hígado, los riñones o el estómago, asignándole la función de cloaca de las impurezas generadas por las restantes vísceras. En otro apartado hace referencia a la conocida divisa moralizante (se es más fértil siendo frígida que libertina), que priva a las mujeres honestas de su derecho al placer durante el acto generativo y las confina a un papel pasivo de recipiente estoico dada su obligación de reproducirse y su condición de instrumento para la concupiscencia masculina.

Se constata alguna de las razones supersticiosas respecto a la mujer menstruante, pues siendo la matriz el órgano evacuatorio de las impurezas y gérmenes de enfermedades, la periódica purgación femenina convierte a la mujer en un elemento tabú al contacto, so pena de contaminarse de las inmundicias y enfermedades expulsadas.

De igual forma emergen como causas de esterilidad algunas patologías de signo psicológico o cuando menos psi-

cosomático. Así se deduce de la existencia de un *panniculo* o túnica que cierra la boca de la matriz e impide la penetración del pene, que alude a lo que hoy conocemos como vaginismo. Igualmente, no es improcedente interpretar que se refiere a los problemas histéricos cuando habla de profocacion de la matrix (cap. IX) en las mujeres largamente continentales o vírgenes, y al furor uterino o fiebre de la matriz como responsable en las casadas frías de los síncope, colapsos y cefaleas característicos de la semiología histérica (similar en su apariencia a la epilepsia), atribuida, no obstante, durante el Renacimiento a causas diabólicas o mágicas:

Vienen otras a mal de cabeza tan fuerte que pierden los sentidos y pasan peligro de caer en morbo caduco (epilepsia): y todo por comunicación de la matrix. Traelas muchas vezes ha un spasma el qual se llama no proporcionado a materia. Esto dezimos porque les vemos grande apretacion de las manos, los ojos cerrados, mucha tremor por el cuerpo..." (fol. CVI).

De la erección y formación del semen

En tanto que la lubricidad femenina es injuriosa e incluso contraproducente para la fecundación, pues amén de impúdica y deshonesto la torna estéril, la lubricidad masculina es en cambio imprescindible vehículo para la emisión de la simiente. Damián Carbón acepta de mala gana el ingrato cometido de tratar de la erección masculina, sabedor no obstante de que esta circunstancia es la única capaz de consumir la generación. Sin embargo, trata la erección taimadamente, receloso de ser acusado de delectación en el planteamiento del tema. Bien se cuida en todo momento de no abandonar el punto de vista puramente funcional de la erección y de su ausencia (la impotencia), y omite por completo abordar el asunto de las relaciones sexuales desde su vertiente más lúdica o erótica, por ser algo deshonesto.

El capítulo V aparece intitulado: "De la erection del miembro del varon, y del humor expermatico", y de manera técnica, explica la fisiología de la erección:

Es pues la primera disposicion en el varon, que tenga el suyo en debita proporcion: y que en el tiempo de la conjuncion que se alza sea nerboso, sea carnoso: y poroso, porque tenga habilidad para recibir la ventosidad: porque concorren en ello muchas arterias: las quales se dilatan segun conviene a la calidad de tal miembro: y muchos nervios que abaxan y tienen nacimiento de los espondiles y espinazo. Los quales tienen movimiento como dize Galeno: que ay algunos que son molificativos (fol. XCVI v).

Damián Carbón especifica la existencia de tres conductos en el interior del pene: uno para la emisión de la orina, otro es el canal de la simiente y el último a través del que se expulsa el *algadi* (posiblemente el líquido prostático). Compendiando la tradición galénica, aristotélica y la de Avicena, el autor hace intervenir a todos los órganos corporales y a procesos fisiológicos diversos, como la digestión, el sueño y la circulación sanguínea en la erección:

La virtud empero de su erection procede de ventosidad movida en el corazon por la virtud concupiscible, y vienele mas del cerebro el sentimiento y movimiento por virtud motiva y sensitiva: y del higado viene la sangre natural por su propia determinada virtud. Y participan mas en esto los riñones como dize Avicena. Dilatanse todas las vias en dicho miembro por el espíritu desiderativo: y de aqui se sigue por el calor que abaxa por las arterias de los miembros spermaticos: y por la atraccion de la dicha ventosidad: concorriendo los espíritus y la sangre arterial (fol. XCV v - XCVI).

Aporta también una explicación sobre las poluciones espontáneas que se producen durante la noche, duramente reprensibles para los moralistas por ser inútiles per se para la reproducción:

Y la erection y (di)solucion suele tambien venir en los sueños nocturnos: y suelen el desseo y meditacion ser causa de tal erection. Y tambien suele ser causa de dicha erection la multitud de ventosidad elevada de la sangre arterial: del qual viene el humor spermatico por donde se o(b)serva y engorda el miembro (fol. XCVv- XCVI).

El espermatozoides procedente de la sangre se concentra en los testículos, aquí situados en lugar colindante a la vejiga, donde se mueve presionando dolorosamente por salir (la mortificación de la que habla Carbón), y manteniendo la erección hasta que es expulsado. Sobresale una vez más la concepción de drenaje del semen sobre la innumerable sensación orgásmica:

La razon desto es que de la erection se sigue sentimiento y mordificacion, o titillacion, y de ay se acoge el dicho humor en los miembros generativos: y se multiplica la inquisicion de la separacion della: y es movida la materia en los vasos. Siguese mas la erection por causa de la titillacion de la materia questa puesta en los dos lados enpar de la vexiga: la qual esta continua con el miembro. Y de una sutil materia que proviene de los riñones a causa del movimiento del humor spermatico (fol. XCVI).

Conclusiones

- A diferencia de lo que ocurre con otros tratadistas toco-ginecológicos del Renacimiento, como recoge Sánchez Granjel en sus investigaciones al respecto [4, 5], Damián Carbón es un clínico, no un erudito que recoja el saber admitido. Por ello, es un autor de transición entre las concepciones galénicas y las modernas procedentes de la Anatomía de Vesalio. Su saber es, por ello, empírico y pragmático: dos de las consignas que rigen la medicina humanista posterior. Es, además, vanguardista por cuanto va desde la exposición de creencias generales no sometidas a comprobación a investigaciones etiológicas particulares.
- Ante la enferma ginecológica, como ante la paciente obstétrica, trata de averiguar la confluencia idiosincrásica de todos los factores considerados importantes durante este periodo histórico: su alimentación, su temperamento, su complexión corporal y el comportamiento de sus humores, contexto medioambiental, etc., para deducir de dicha interacción el consejo médico oportuno. Comienza por ello a pautar una norma humanista en el abordaje de las afecciones humanas: tratar al enfermo, no a la enfermedad. Por ese motivo probablemente orienta su texto no a los médicos, sino a las matronas, por ser ellas las realmente necesitadas de asesoramiento técnico y práctico en el trance de los abortos, partos, etc.
- Con la verecundia propia de una España dominada por el tabú de lo sexual, Damián Carbón, junto con Luis Lobera [6] y Francisco Núñez de Coria [7], osa acercarse a la fecundación humana, al proceso de gestación embrionario, al parto y a las anomalías del orden natural producidas en el caso de la esterilidad o impotencia. A estas últimas dedica Damián Carbón los 14 capítulos de la segunda parte de su obra, componiendo una sinopsis de los factores extrínsecos o intrínsecos a la pareja matrimonial que dificulten la relación conyugal o la generación embrionaria. Repasa para ello los diversos signos diagnósticos, así como los probables antecedentes causales: dietéticos, higiénicos, fisiológicos, patológicos y temperamentales, concluyendo, sin embargo, la improbabilidad de remediar en la mayoría de los casos ni la infertilidad ni la impotencia.
- Finalmente, en esta obra minuciosa y divulgativa, aparecen en germen insinuaciones de cariz psicológico y psicosomático relacionadas con la histeria femenina de origen sexual, el vaginismo, la impotencia de erección de causa funcional, etc., que suponen ya un anticipo de la psicopatología sexual del siglo XIX.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Sánchez Sánchez T. La asistencia de las comadronas en el Renacimiento: las enseñanzas de Damián Carbón. *Matronas Hoy* 2025; 13(3):6-15.
- [2] Carbón D. Libro del arte de las comadres, o madrinas, y del regimiento de las preñadas y paridas. y de los niños. 1541. Edición original. [internet] [citado 15 abr 2026]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/74836/files/77_62.pdf
- [3] Huarte de San Juan J. Examen de ingenios para las ciencias. 1575. *Electroneurobiología* [internet] 1996 [citado 15 abr 2026]; 3(2):1-322. Disponible en: http://electroneubio.secyt.gov.ar/Juan_Huarte_de_San_Juan_Examen_de_ingenios.pdf
- [4] Sánchez Granjel L. Literatura tocoginecológica española del siglo XVII. La tocoginecología en los textos quirúrgicos". *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, VIII 1969; 15-33.
- [5] Sánchez Granjel L. La tocología española del Renacimiento. Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca; 1971.
- [6] Lobera de Ávila L. Libro del régimen de la salud, y de la esterilidad de los hombres y mujeres, y de las enfermedades de los niños, y otras cosas utilísimas. 1480-1551. Biblioteca Virtual del Patrimonio Bibliográfico (BV PB) [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://bvpb.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=145432
- [7] Nuñez de Coria F. Tractato del uso de las mujeres: y como sea dañoso, y como provechoso, y que cosas se ayan de hazer para la tentacion de la carne, y del sueño y vaños. 1572 Reedición del texto original de 1572. Muñoz Heras M. 2021.



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.



Pilar Jáuregui de Lasbennes y la Escuela Libre de Matronas

¹ Rosa María Plata
Quintanilla

² Rosa María Cancelo Lama

¹ *Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cantabria (España).*

² *Matrona Jubilada. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cantabria (España). Licenciada en Geografía e Historia.*

E-mail: rplataq@gmail.com

Fecha de recepción: 11 de marzo de 2025. Fecha de aceptación: 10 de febrero de 2026.

Cómo citar este artículo:

Plata Quintanilla RM, Cancelo Lama RM. Pilar Jáuregui de Lasbennes y la Escuela Libre de Matronas. *Matronas Hoy* 2026; 14(1):14-31.

Resumen

Introducción: se sabe muy poco sobre el origen de Pilar Jáuregui, salvo que nació en 1835 y murió en Madrid en 1888, donde se formó y ejerció como matrona y profesora de la Escuela Libre de Matronas, acogiéndose al derecho de supuso la Enseñanza Libre en el Sexenio Revolucionario. Tuvo una corta vida, pero prolífica y destacada en su misión de formar más y mejores matronas a final del siglo XIX en España.

Objetivos: dar visibilidad historiográfica a una mujer profesional (matrona), además como emprendedora de una escuela libre de matronas. Apuntar que la ignorancia obligada de las mujeres era no solo una forma de sometimiento, sino un medio para justificarla. Resaltar la formación como un instrumento fundamental en la transformación de la profesión de matrona. Denunciar la discriminación de género que las mujeres, y entre ellas las matronas, sufrieron, condicionante que determinó su estatus formativo, profesional y laboral.

Material y método: investigación histórica, a partir de fuentes documentales primarias de hemerotecas y bibliotecas nacionales, plataformas internacionales Haititrust, etc., así como una búsqueda bibliográfica en torno a la figura de Pilar Jáuregui de Lasbennes.

Discusión: los varones médicos que pretendían ejercer la obstetricia en España a partir del siglo XVIII se vieron desafiados por las propuestas de matronas como Pilar Jáuregui, y de ahí, y de su consideración hacia las mujeres como sujetos carentes de derechos y su convencimiento de que el estatus profesional solo les pertenecía a ellos, su respuesta desfavorable a cualquier movimiento en favor de mejorar la academización de las matronas.

Conclusiones: matronas como Pilar Jáuregui acreditaron que ser profesional se demuestra con hechos constatados de su buen hacer y hacer profesión es, además, entregarse a la formación de las nuevas generaciones profesionales.

El aperturismo para el acceso a la formación de las mujeres que aportó la Ley Moyano, y posteriormente la Ley de Libertad de Enseñanza, benefició a la figura de la matrona con una formación mejor que incluyó la posibilidad de ejercer la docencia, aunque limitadas al marco de enseñanza privada, todo ello se tradujo en mayor reconocimiento socioprofesional.

El deseo de consolidar una sociedad más justa e igualitaria en la que la educación, y su extensión a la mayor parte de la población, no obtuvo los resultados esperados: las clases populares se mantuvieron al margen de las escuelas y la educación femenina estuvo infravalorada.

Palabras clave: Pilar Jáuregui de Lasbennes; matronas; obstetricia; formación; escuela libre; género.

Abstract

Pilar Jáuregui de Lasbennes and the free school for midwives

Introduction: very little is known about the origin of Pilar Jáuregui, except that she was born in 1835 and died in Madrid in 1888, where she trained and practised as midwife and teacher in the Free School for Midwives, under the Free Education rights in the Revolutionary Six Year Period. Her life was short but fruitful, and she stood out in her mission to train more and better midwives at the end of the 19th century in Spain.

Objectives: to give historical visibility to a professional woman (a midwife), also in her role as entrepreneur of a free school for midwives. To point out that the enforced ignorance of women was not only a way of submission, but also the means to justify it. To highlight training as an essential instrument in the transformation of the profession of midwife. To denounce the gender discrimination that was suffered by women, including midwives, a conditioning factor that determined their educational, professional, and occupational status.

Materials and Method: a historic research based on primary documentary sources from national newspaper archives and libraries, international platforms, Hathitrust, etc., as well as a bibliographic research around Pilar Jáuregui de Lasbennes as a character.

Discussion: male physicians who intended to practice Obstetrics in Spain from the 18th century onwards were challenged by the ideas of midwives such as Pilar Jáuregui; alongside the fact that they considered women as subjects without rights, and their belief that only males were entitled to professional status, this led to an unfavourable answer to any movement in favour of improving the academic training of midwives.

Conclusions: midwives like Pilar Jáuregui proved that being a professional is demonstrated through confirmed acts of good work; and that becoming a professional also entails a commitment to the training of new professional generations.

The open access to training for women granted by the Moyano Law, and subsequently by the Free Education Law, benefited midwives with better training which included the potential ability to teach, even though this was restricted to the private education setting; and all this translated into a higher social and professional acknowledgement.

The desire to consolidate a fairer and more egalitarian society, where education spread to the largest part of the population, did not obtain the expected outcomes: popular classes stayed out of schools, and female education was undervalued.

Key words: Pilar Jáuregui de Lasbennes; midwives; obstetrics; training; free school; gender.

Introducción

¿Quién fue Pilar Jáuregui?

Se sabe muy poco del origen de esta mujer que llegó a ser matrona, salvo que nació en 1835 y, por el origen de su primer apellido (vasco-navarro) y una noticia encontrada, pudiera ser oriunda de Navarra, concretamente de Betelú en el valle de Araiz [1].

Es más, su segundo apellido ha tenido que investigarse porque en la mayoría de las escasas referencias escritas en torno a su persona, en las que figura su apellido de soltera, aparece como Luccu. En la inscripción de acceso al examen de matrona se lee manuscrito en la lista Luco [2]. Finalmente, y a través de la esquela de su madre, Cecilia Lucu [3], la papeleta de su enterramiento [4] y la esquela de su hermana, Carolina Jáuregui y Luco [5], se constata que el apellido por vía materna era Lucu.

Pilar Jáuregui de Lucu murió en Madrid el 23 de enero de 1888, como atestigua su tumba, la papeleta de su enterramiento [4], así como las esquelas de su fallecimiento [6, 7] y del primer aniversario de su deceso [8], publicadas en Madrid donde residió, se formó y ejerció como matrona y profesora de matronas (Imagen 1).

Su esquela aporta algunas pistas sobre su entorno familiar, su condición social y de las costumbres de la época relacionadas con los decesos. Desde principios del siglo XIX hasta bien avanzado el XX, los funerales y enterramientos eran actos de gran repercusión social, familia, amigos y vecinos

participaban en las ceremonias de despedida y el duelo, fuertemente cargados del peso de la tradición; cambios sociales y religiosos que han transformado actualmente costumbres muy arraigadas, en beneficio de la comodidad y salubridad.

A simple vista es bien evidente en la esquela la confusión del apellido del marido, Lasbennes por Lasbennis, errata tipográfica que se repite con frecuencia en periódicos antiguos.

La inserción de la esquela en el periódico, al menos durante dos días, es significativa porque este uso parece haber estado limitado a personas de cierto estatus económico y social [6].

También indica que "no se reparten esquelas", aludiendo a la costumbre de avisar del fallecimiento y sepelio y como recuerdo posterior, a amigos y familiares, con una esquela impresa que más tarde se convirtió en los tradicionales recordatorios.

De igual forma, puntualiza, el sepelio se despide en el cementerio, un cambio en los ritos funerarios que se consolidó alrededor del siglo XIX, donde el acto de despedida final ocurría en el cementerio y no con el regreso del cortejo a la casa después del entierro, como sucedía en épocas anteriores.

Otro dato curioso es la expresión "se solicita coche", una costumbre social en un país y época en que el medio de divulgar un fallecimiento mediante esquelas no parecía



Imagen 1. Esquela del fallecimiento de Pilar Jáuregui y tumba del matrimonio Lasbennes-Jáuregui

ser la forma más eficaz para extender una noticia de esta naturaleza, ya que hasta la reciente difusión y popularización de la prensa diaria solo era adquirida y leída por un porcentaje restringido de la población. El añadido "se suplica coche" no significaba que se solicitara un coche en sí, sino que el coche era el medio para difundir la noticia de un fallecimiento de manera local y tradicional, donde un vehículo conocido como "coche de los muertos" o "coche radio" recorría las calles para anunciar las defunciones, sustituyendo o complementando a las esquelas impresas, costumbre que aún hoy perdura en algunos lugares de la geografía española.

Se consultó sobre el enterramiento del matrimonio en la secretaría del Cementerio de la Fundación Sacramental de S. Justo (Madrid), donde facilitaron dos papeletas de enterramiento en la que figura su inhumación y la posterior, poco más de un año después del marido, D. Luis (del que se ha obtenido dato alguno) en "*sepultura privilegiada del Patio de Santa Catalina N°00085*", compartida por el matrimonio Lasbennes-Jáuregui [4, 9]. Este cementerio de la Sacramental de San Justo es un cementerio romántico que alberga innumerables personalidades de todos los sectores sociales y era bastante reciente en la época (1847); concretamente el patio de Santa Catalina donde fue sepultado el matrimonio había sido una ampliación posterior de 1884 [10].

Orígenes familiares y entorno social

Respecto a su entorno familiar, a su muerte, ambos progenitores habían fallecido. Su madre Dña. Cecilia Lucu, ya viuda, falleció el 2 de noviembre de 1875 [3]; de su padre no se ha conseguido información alguna. Tuvo una hermana menor, Carolina, también en estado de viudedad desde 1872, de su matrimonio con D. Juan Blanco Solana, abogado [11], Doctor en Administración, natural de Ogarrio (Santander) [12, 13].

Cierto es que cuando el esposo fallecía, la mujer quedaba desprovista de todo y abandonada a su suerte si el caudal familiar resultaba insuficiente, con lo cual un segundo matrimonio era una vía adecuada para resolver sus limitaciones sociales y educativas, y también legales. La viuda era entre las de su sexo, la mujer más vulnerable y desprotegida de la sociedad decimonónica [14].

Quizá por eso, años después, contrajo nuevas nupcias con el eminente D. Ramón Torres Muñoz de Luna (Madrid, 8 de noviembre de 1822 - Málaga, 10 de noviembre de 1890), químico y farmacéutico español. Este nuevo matrimonio sin duda la reportó un estatus social importante, acaso mayor que el anterior, pues su nuevo cónyuge, doctor en Farmacia, catedrático de Química en la Facultad de Ciencias, fue consejero de Sanidad y de Agricultura, Industria y Comercio, gentilhombre de cámara, maestro de Alfonso

XII condecorado con la gran cruz de Isabel la Católica [15]. Él también era viudo, de M^a Josefa Iglesias y Caudete desde 1876 y con tres hijas de ese matrimonio (su único hijo varón, alumno de 5^o año de Medicina, falleció en 1870) [5, 16, 17], era pues un segundo matrimonio para ambos contrayentes. De este enlace no se han detectado noticias, bien por discreción, a pesar de la resonancia social sobre todo del contrayente varón, ya que las segundas nupcias, aunque sí aparecían en periódicos como reflejo de la vida social, eran un tema delicado y no tan frecuente en la prensa, o simplemente porque faltan periódicos de la época, lo que ha impedido la localización de la noticia.

La posición socioeconómica y el prestigio social que se supone tuvo Pilar Jáuregui, además de sus relaciones familiares, también se ven refrendados por la ubicación de su vivienda: Calle del Pez 32, pues era una de las calles más aristocráticas del siglo XIX, hasta convertirse en el epicentro de la movida madrileña actualmente; esta histórica calle del barrio de Universidad formaba parte de lo que antiguamente se conocía como Barrio de las Maravillas. Lo que parece un guiño del destino, a los esfuerzos de Pilar Jáuregui por la formación de las mujeres en general y matronas en particular, la escultura *Tras Julia*, de Antonio Santin, que, apoyada en la fachada del Palacio Bauer, uno de los edificios de esta emblemática calle, representa a una estudiante que porta libros en el brazo, homenajeando a aquellas mujeres que en el siglo XIX tuvieron que disfrazarse de hombres para acceder a la Universidad Central. Las matronas no sufrieron hasta este extremo, pero también padecieron, por el mero hecho de ser mujeres, discriminación educativa y profesional.

Inicios públicos de Pilar Jáuregui

Pilar Jáuregui tuvo una corta vida, solo vivió 53 años, pero prolífica y destacada en su misión de formar más y mejores matronas a final del siglo XIX en España; y de resultados, elevar el prestigio y reconocimiento social propio y del colectivo, ayudados por su lucha con razonamientos fundados y su trabajo en pro de la mejor preparación y cualificación de las matronas del siglo XIX en España, por lo que detractores no le faltaron.

A partir de la lista de alumnas matriculadas para el examen de acceso a la carrera de matrona en la Escuela Normal de Maestras de Madrid [2], se deduce que aprobó a sus 35 años dicho examen para cursar la carrera en 1870 (un año después que lo hiciera Francisca Iracheta Arguiñarena, matrona española creadora de una Escuela Especial de Matronas).

Jáuregui se examinó de los cuatro semestres correspondientes de la carrera de matrona en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, el 25 de febrero de 1871 y fue aprobada [18].

Cabe la posibilidad de que fuera alumna de Morelle, por un comentario en uno de los periódicos consultados, que la nombra como "La doctora española Pilar Jáuregui, discípula del renombrado Dr. Mirelle". Como en tantas ocasiones se puede inferir otro error de impresión, se entiende que se refiere a José López de Morelle, marido de Francisca Iracheta y Arquiñarena, quien junto a este, su marido, y bajo su dirección, abrieron la Escuela de Matronas Libre, anteriormente mencionada [19]. En 1868, previo a la apertura de dicha escuela junto con su esposa Iracheta, el doctor José López de Morelle, obstetra reputado en la época, empezó a dar clases de forma particular a mujeres que querían obtener el título de matronas. Un anuncio encontrado [20] fecha la apertura de su Escuela Libre para Matronas en 1869 (Imagen 2). Por tanto, es posible que Pilar Jáuregui asistiera a esta reputada escuela de la mano de Morelle y una recién terminada Iracheta que, sin duda, transmitiría a las alumnas la necesidad de una formación sólida y amplia para matronas en la que las propias matronas se involucraran para el éxito de la formación del colectivo, tanto más, en un momento en que la lucha iniciada por los cirujanos varones que habían sido autorizados para la asistencia obstétrica en España estaba en auge.

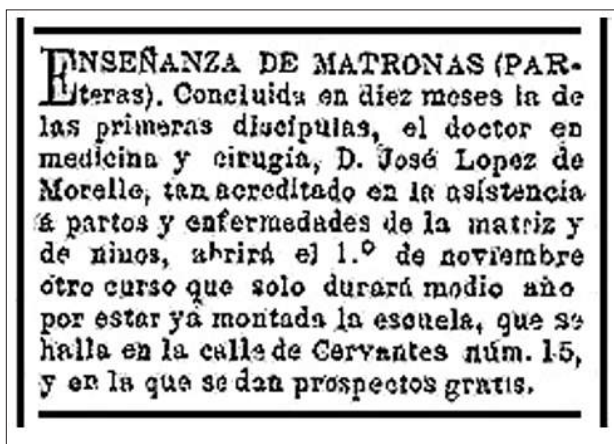


Imagen 2. Anuncio sobre la apertura de curso

Pilar, previamente a obtener su título como matrona, contrajo matrimonio (estado civil este o el de viuda, indispensable para cursar estos estudios). En su matrícula para solicitud de examen de acceso a la carrera constan sus apellidos de soltera, Jáuregui de Luco, posteriormente adopta el de su marido, pasando a ser nombrada como Pilar Jáuregui de Lasbennes, como fue conocida.

Fue madre a los 25 años de su hijo Luis Lasbennes Jáuregui, nacido 13 de agosto de 1860 [21], que llegó a ser médico. Luis fue un renombrado higienista que prestó servicios en el Negociado de Estadística del Ayuntamiento de Madrid, tuvo también importantes puestos como director de Sanidad Marítima, director general de Sanidad, participante

activo en diferentes sociedades médicas y con una extensa bibliografía sobre cuestiones sanitarias.

En el ínterin hasta que su nombre salta potentemente a los medios escritos, en 1873, desarrolla su labor como matrona. En 1873 [22], anunciaba en prensa sus servicios, pero significativa y distintivamente a los escasos de su gremio: no en la sección de anuncios por palabras, sino como un inserto confeccionado con bastante mensaje y ocupando mayor espacio (Imagen 3). Sorprendentemente, incluye el símil profesional en francés (*sage-femme*) en un domicilio de la calle del Jesús del Valle, que al año siguiente cambiaría por el definitivo de la calle del Pez, donde ya anuncia academia [23] (Imagen 4).

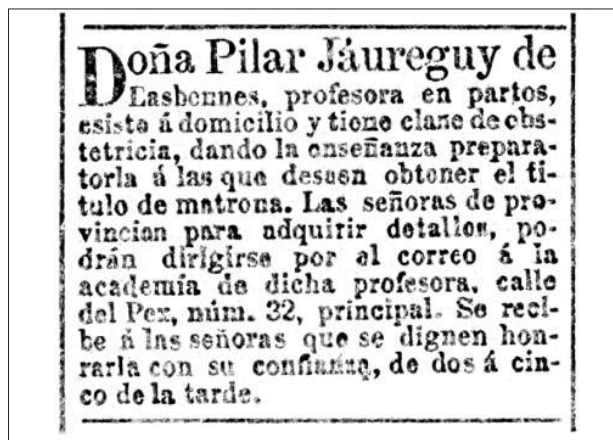


Imagen 3. Anuncio en prensa de sus servicios como matrona [22]



Imagen 4. Imagen en prensa [23]

Cabe mencionar que durante el siglo XIX, la principal publicidad fueron los anuncios que se insertaban en los periódicos, un recurso de comunicación de masas que se convirtió en imprescindible para rentabilizar muchos negocios, aunque los lectores eran aún escasos y se correspondían con las clases altas y más adineradas. Un signo de modernidad y cambio social, el de la publicidad, que dejaba atrás el reclamo del mercado o la difusión boca a boca de productos y servicios, convirtiéndose el desarrollo de la publicidad en algo decisivo para la consolidación de la prensa [24].

Una mujer ilustrada, decidida, valiente y con un estatus social considerable, como Pilar Jáuregui, debió tener en

cuenta estas circunstancias, lo que, añadido a sus posibilidades económicas, le permitían hacer uso de la prensa para ofertar sus servicios profesionales como profesora y matrona asistencial con consulta privada y ofreciéndose como ayudante de tocólogos [25] en prensa profesional. En el año 1877, también se convierte en prescriptora y depositaria de un remedio moderno en la época para el tratamiento de afecciones gineco-obstétricas a través de sus propios anuncios: el Licor Tónico De Beral [26, 27].

Llama la atención el número de insertos de este remedio y en tan diferentes publicaciones a lo largo del año 1877. Se ha localizado en seis diferentes, lo que prácticamente copaba el panorama informativo de prensa generalista de la capital [28-31].

Los medicamentos y remedios de la época eran escasos y había gran interés por el desarrollo de formulaciones al hilo de los avances médicos. En concreto, este remedio procede de los estudios de 1831 del farmacéutico francés Pierre Joseph Beral sobre el hierro, quien presentó a la Sociedad Farmacéutica de París varios compuestos ferruginosos que, considerando tanto sus propiedades químicas como su utilidad médica, merecieron la aprobación de los miembros de dicha sociedad. Desde entonces, las fórmulas de estos compuestos ferruginosos fueron incluidas en diversas farmacopeas y revistas científicas, también en España. Su indicación para afecciones ginecológicas era la siguiente: *“Las preparaciones ferruginosas ocupan un lugar importante en la clase de medicamentos tónicos. Los medicamentos que contienen hierro son adecuados para pacientes debilitados por evacuaciones excesivas, agotados por enfermedades prolongadas, para cloróticos, para todos aquellos que tienen sangre empobrecida o deteriorada. La acción tónica de los ferruginosos los hace adecuados a su vez para restablecer o retrasar la menstruación. Estos medicamentos estimulan la menstruación cuando la supresión de este flujo se debe a una debilidad general; detienen la sangre que la inercia del útero permite escapar, aumentando el tono y la vitalidad de este órgano”* [32].

Se desconoce si la casa comercializadora financiaba estos encartes en prensa, que incluían la publicidad y pres-

cripción autorizada de su producto. Presumiblemente en aquella época, en que los avances científicos en el ámbito farmacéutico fueron dejando atrás los remedios preparados en boticas y dando paso a laboratorios especializados y fábricas, no era frecuente el pago por tales servicios, a lo sumo, alguna entrega de producto para darlo a conocer entre la clientela y así recabar y propagar los beneficios del mismo (Imagen 5).

Pronto daría el gran salto como comunicadora a través de sus escritos reivindicativos en favor de la profesión, tanto en prensa social como profesional, faceta esta que, por razón de su extensión, se analizará en otro artículo.

Objetivos

- Dar visibilidad historiográfica a una mujer profesional (matrona) que despuntó en la España del siglo XIX por su formación intelectual, reivindicaciones por la profesión y su emprendimiento en una Escuela Libre de Matronas.
- Demostrar que la ignorancia obligada de las mujeres, aun en el siglo XIX, era no solo una forma de sometimiento, sino un medio para justificarlo, como en el caso de las parteras-matronas.
- Resaltar la formación como un instrumento fundamental en la transformación de la profesión de matrona.
- Denunciar el problema de la discriminación de género de las mujeres que, en el caso de las matronas, primeras profesionales sanitarias de un sistema sanitario en desarrollo, fue en su detrimento y beneficio de los cirujanos, condicionante que determinó su estatus formativo, profesional y laboral para el futuro.

Material y método

Investigación histórica, a partir de fuentes documentales primarias de hemerotecas nacionales, fundamentalmente la Hemeroteca Nacional de España, Hemeroteca Virtual de la Prensa Histórica, Biblioteca Digital de la Comunidad de Madrid; además, las plataformas digi-

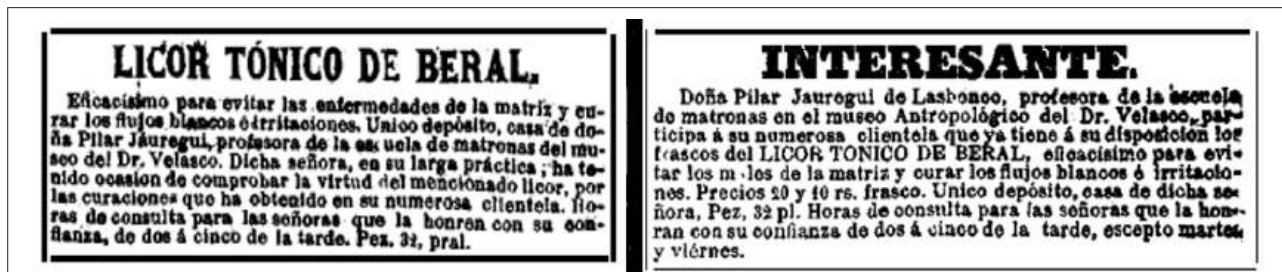


Imagen 5. Anuncios de prescripción de tónico de Beral por Pilar Jáuregui [26, 27]

tales Google Books y las internacionales Hathi Trust y Biblioteca Nacional de Francia (BNF). Se ha realizado una búsqueda intensiva, incluso considerando los errores tipográficos propios de la época en sus apellidos como Jauregui, Zauregui y Lasbennis. Por otra parte, se han buscado también anuncios relacionados con el Dr. Velasco y su Museo Antropológico, Ángel Pulido, José López de Morelle y Francisca Iracheta Arguiñarena, estos últimos también coetáneos y emprendedores de la otra más conocida escuela libre de matronas de Madrid, con quienes Jáuregui, presumiblemente, tuvo relación a través de su formación con ellos.

No se han incluido todos los anuncios encontrados por su similitud, salvo en el caso de los últimos años de la escuela 1979-1981, para confirmar la desvinculación de Pilar Jáuregui de esta antes de su cierre. En total, en este trabajo de han utilizado 75 anuncios de los más de 100 encontrados en prensa general y profesional.

Con la certidumbre de que las colecciones de las hemerotecas no están completas, primero porque no había la obligación legal de depositar ejemplares de publicaciones periódicas para el depósito legal en la Biblioteca Nacional de España (BNE), hasta la Ley 23/2011, modificada por la Ley 8/2022; y segundo, por la destrucción y pérdida de documentos que pudo ocasionarse durante la Guerra Civil, se estima que la elección de las noticias en prensa como una fuente primaria de la historia ha sido muy fructífera y ha permitido trazar una semblanza cierta y amplia del personaje de estudio.

Finalmente, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en torno a la figura de Pilar Jáuregui de Lasbennes, de la que no se ha encontrado ningún artículo completo dedicado a su persona, aunque sí referencias en artículos y libros, la mayoría sin citar la fuente primaria de la información reflejada. Igualmente se ha efectuado una revisión de las Ordenanzas y Reglamentos de la época relacionados con la formación reglada de matronas, y bibliografía en torno a la posición social, cultural y formación de las mujeres, contextualizada en la época en que vivió Pilar Jáuregui.

La formación de la mujer en la historia

A lo largo de los siglos, las mujeres de los estratos sociales más bajos no tuvieron acceso a la educación en familias que ni podían encargarse o ni siquiera preocuparse de ello: su función en el ámbito doméstico, reproductora y cuidadora, no requería de alfabetización. El acceso al conocimiento siempre estuvo ligado con el estatus familiar y su capacidad económica. Las clases más altas sí podían permitirse la educación de sus hijas, esta les era dada con vistas a un matrimonio lo más ventajoso posible, instruyéndolas en casa en lectura, escritura, trabajos propios de

su sexo como la costura y el bordado; las familias más exquisitas añadirían un poco de geografía, historia, música, acaso dibujo y francés, conocimientos que les servirían para charlas sociales en el mejor de los casos, según las consideraciones paternas y sociales. Como se observa, igualmente en el caso de las élites sociales, la educación femenina también se adecúa al rol social que desempeñan. En definitiva, se trataba de darles "un barniz cultural", dominar algunas habilidades útiles para alternar en los salones era suficiente y se calificarán como material de "adorno".

No será hasta finales del XIX cuando se tome conciencia en España del problema de la mujer: un problema existencial distinto del que emerge de las nuevas condiciones económicas y que, con ellas, adquiere nuevas dimensiones. La educación se presentará en ese momento como la condición previa más importante para la emancipación femenina, pues la ignorancia, se entiende, no solo mantiene sometida a la mujer, sino que sirve, a su vez, para justificar dicho sometimiento [33].

La formación de la mujer en España en el siglo XIX

Antes de entrar a analizar la labor de Jáuregui, es necesario mencionar que el nivel de analfabetismo español era uno de los mayores de Europa todavía en el inicio del siglo XX. El censo de 1887 arrojaba un nivel del 60%, una vez aplicada la Ley de Instrucción pública, más conocida como Ley Moyano de 1857, disminuyó el nivel en un 8%. Sin embargo, el analfabetismo medio nacional femenino se elevaba al 77,26%, teniendo en cuenta, además, que en no pocas las provincias (al menos en la mitad) que sobrepasaba el porcentaje del 80% [34].

La famosa Ley Moyano [35] declaró obligatoria la enseñanza tanto para niños como para niñas (6-9 años) y posteriormente se amplió la obligatoriedad hasta los 12 años, aunque podría decirse por las cifras que su aplicación fue muy escasa. Sin embargo, esta ley ni siquiera era igualitaria, ya que hacía distinción de preparación entre niños y un currículo desigual que, a su vez, incrementaba el abismo que separaba a las mujeres de los hombres y, también, de las mujeres de las distintas clases sociales, lo que reproduce el marcado carácter doméstico de sus enseñanzas como la tradicional, labores propias de su sexo, dibujo aplicado a estas labores y la higiene doméstica. Esto se refleja en el artículo 5º:

En las enseñanzas elemental y superior de las niñas se omitirán los estudios de que tratan el párrafo sexto del art. 2 y los párrafos primero y tercero del art. 47, reemplazándose con: Primero, Labores propias del sexo. Segundo, Elementos de Dibujo aplicado a las mismas labores. Tercero. Ligeros nociones de Higiene doméstica.

Por otra parte, la concepción de Moyano era la de una educación secundaria elitista, destinada a seleccionar y preparar a la minoría que llegaba a la universidad [36]. En esta época, las mujeres no podían presentarse a la universidad ni a las enseñanzas medias dado que no podían asistir a institutos masculinos y los femeninos en la práctica no existían. No obstante, en las disposiciones de esta ley (Capítulo I) se preveía un reglamento para la formación de matronas o parteras, lo que con el tiempo logró que los estudios de matrona fueran universitarios [35].

Formación reglada de matronas en España a partir del siglo XVIII

La formación de matronas en España hasta el siglo XVIII no fue académica, esto es, reglada, enmarcada en el sistema educativo. Era, por tanto, una educación informal, exclusivamente a través de instrucción oral y sobre todo práctica, de partera (algunas con cartas de aprobación para su ejercicio, otras, las más, sin ellas) a alumna. Como la mayoría de las mujeres del país, y del mundo, eran iletradas y en su pensamiento no estaría mayoritariamente el acceso a ninguna formación universitaria, vetada para ellas en España hasta bien entrado el siglo XIX, y en condiciones duras y complejas por un sistema universitario, al igual que social, machista excluyente de las mujeres en la participación de la mayoría de los aspectos de la vida social, económica, política y cultural.

El oficio de partera, exclusivamente femenino en España, en los que la vocación humanitaria, en muchos casos condicionada también por la subsistencia, se vio asaltado por los hombres a raíz de la cédula de 21 de julio de Fernando VI. En 1750, se determinaba el inicio legal del ejercicio de los parteros [37], siguiendo la tendencia que se instauró en Europa de intentar sustituir a las parteras por varones, cirujanos menores, empezando por Francia, hasta que coparon el mundo de la obstetricia, subyugando y relegando a las parteras a meros auxiliares de estos.

En 1787, se estipula la formación reglada para matronas a través de los Colegios de Cirugía, empezando por el de Madrid, aunque su Cátedra de Partos no se inauguró hasta abril de 1790; previamente en los colegios de Cádiz y Barcelona se examinaban a las matronas sin que se les instruyese en estas instituciones. Sin embargo, esta instrucción conculcaba el derecho a la formación igualitaria entre hombres y mujeres marcando claramente las diferencias entre ambos géneros y profesiones [38].

De los 11 artículos del capítulo II de estas ordenanzas, dedicado a la Cátedra de Partos y su Adjunta de Enfermedades venéreas, dedica cuatro a la formación de matronas en la que se evidencia que el interés por la formación de las mujeres es menor:

§ VI

Como la asistencia de las matronas al parto es tan conveniente, y precisa muchas veces: es justo que en este estudio público se las proporcione toda la instrucción necesaria para que procedan en todas las urgencias con acierto y utilidad; á cuyo fin deberá este mismo Profesor dedicarse, en el tiempo y horas que pueda, sin perjuicio de la enseñanza de los Alumnos del Colegio, á instruir en una de las piezas de este edificio, y á puertas cerradas, á las mugeres que quieran aprender y tomar estas lecciones.

Por otro lado, se mantiene el imperativo de acceso de mujer casada y autorizada por el marido:

§ VII

A ellas no será admitida muger alguna que no sea casada, cuya fe deberá presentar al Maestro de partos acompañada de la licencia de su marido.

Se les imparte una instrucción teórica escasa sobre embarazo y parto y el bautismo fetal de urgencia:

§ VIII

La instrucción que ha de darse á estas matronas consistirá en el conocimiento de aquellas partes duras y blandas que tienen relación con las funciones propias del sexo femenino, y de las que componen el feto y facilitan ó retardan el parto; las señales positivas de la preñez; todas las noticias necesarias para conocer el verdadero parto, y distinguir el natural del laborioso ó preternatural: el modo de asistir á las parturientes en estos casos, y de socorrer á las criaturas quando necesitan del auxilio del arte; y asimismo las impondrá tambien este Profesor en el modo y forma de administrar el agua de socorro á los párvulos quando peligrá su vida.

Una idea de evitar el intrusismo y un ataque velado a la generalidad del oficio de partera que empezaban a denigrar los varones, cirujanos menores, arribados a esta esfera del cuidado de la mujer al que jamás habían accedido salvo para practicar una obstétrica destructiva:

§ VIII

Siendo este Colegio la escuela en que es mi voluntad establecer la enseñanza baxo el método mas útil, y disponerla para que todas las partes de la Facultad quirúrgica reciban la posible perfeccion; evitando que la exerza quien no tenga el debido conocimiento, de cuyo abuso se han seguido tantos daños y perjuicios á la humanidad: mando que ninguna de las matronas avecinadas en Madrid pueda alcanzar en adelante la aprobacion del Pro-

tomedicato para asistir á las parturientes sin hacer constar en él, al tiempo de presentarse á examen, el que ha concurrido á esta enseñanza, y recibido su instruccion del Maestro de partos de este Colegio.

Con estas disposiciones es difícil pensar que muchas mujeres pudieran acceder a esta formación centralizada en Madrid y que la propia instrucción ofertada fuera suficiente para formar un cuerpo profesional distinguido.

Posteriormente, un cambio en la enseñanza de parteras o matronas fue el que propuso el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas de 1861 [39]:

Lugares de formación: *“se autoriza únicamente en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid, las casas de Maternidad ó los hospitales donde hubiera sala de partos e indicando que los estudios hechos fuera de los establecimientos previamente señalados por los Rectores no tendrán validez”.*

Duración y programa de estudios: la duración de los estudios de la carrera se elevaba a cuatro semestres con lecciones diarias de hora y media: el primer semestre, destinado a adquirir ideas y nociones preliminares; los dos siguientes en desarrollarlas por medio de oportunos estudios teórico-prácticos, y el cuarto, en compendiar y perfeccionar todos los conocimientos anteriores.

Formación diferenciada: muy específico el Art. 44. *“La enseñanza de Parteras ó Matronas se dará á puerta cerrada y en horas distintas de la de Practicantes”.* En un tiempo en el que aún no había calado la comprensión de que la formación era un derecho, no un privilegio disponible solo para una pequeña élite de varones, la formación de las matronas era una formación diferenciada, sobre el argumento de que la separación facilitaba mejores oportunidades para cada sexo, tratando específicamente a cada uno, aunque en la realidad era una educación discriminatoria y sexista que algunos han dado en llamar segregada.

Materias de conocimiento: en cuanto a los estudios necesarios para aspirar al título de Partera o Matrona. Art. 47. Para aspirar al título de Partera o Matrona se necesita haber ganado y probado las materias teórico-prácticas siguientes:

Nociones de obstetricia, especialmente de su parte anatómica y fisiológica. Fenómenos del parto y sobreparto naturales, y señales que los distinguen de los preternaturales y laboriosos. Preceptos y reglas para asistir e las parturientes y paridas, y a los niños recién nacidos, en todos los casos que no salgan del estado normal o fisiológico. Primeros y urgentes auxilios del arte a las criaturas cuando nacen asfícticas o apopléticas. Manera de administrar el agua de socorrer a los párvulos cuando peligran su vida.

Al hilo de esta última inclusión en el programa teórico se hace un inciso porque dado que el bautismo de niños católicos era una práctica inmemorial de la Iglesia, las parteras tradicionalmente vendrían practicándola en ausencia de sacerdote en el parto. Sin embargo, a medida que los siglos avanzaron, el influjo de la Iglesia convenció casi por unanimidad en considerar la cesárea como una última opción de intentar salvar, aunque fuera una de las dos vidas (madre-feto) en peligro, operación que no debía hacerse sino en los casos extremos.

Un hombre que ejerció una gran influencia en los dominios castellanos sobre las condiciones e implicaciones médicas, jurídicas y teológicas referidas a la operación de cesárea fue el sacerdote napolitano Francisco Manuel Cangiamilla en 1745. Su obra más importante fue *Embriología Sagrada* [40], dirigida a todos aquellos que por vocación, amor o parentesco estaban obligados a realizar una operación de cesárea. La principal preocupación del autor estaba en la salvación espiritual de esos niños que no podían nacer por vía natural.

El futuro Carlos III, siendo aún Virrey de Nápoles, emitió una pragmática en 1749 sobre la operación de cesárea y como medio de bautizar al nonato. Cuando Carlos VII aceptó ser Carlos III de España, encargó a uno de sus principales colaboradores italianos, el Marqués de Esquilache, que hiciera conocer en todos sus dominios la necesidad de practicarle la operación de cesárea a toda mujer que muriese grávida, a través de una Pragmática [41]. Así, en 1761, se remitió una versión latina de la obra de Cangiamilla a los obispos del reino para que la tuviesen presente de forma obligatoria en el ejercicio de su labor episcopal, haciendo conocer la misma a los párrocos y sacerdotes de su jurisdicción para que estos a su vez difundieran las prescripciones de la obra hasta en las más remotas aldeas. Para facilitar su lectura y difusión, la *Embriología Sagrada* [40] fue traducida al castellano por un mandato expreso del rey, de la que hoy se tienen dos versiones, aunque de fecha posterior [40, 43].

Por todo ello, y a medida que los cirujanos varones empiezan a escribir más prolíficamente textos obstétricos, ayudados de su ascenso a esta área y del soporte de la imprenta, con el sempiterno peso de la Iglesia y obtenido el consentimiento por mandato real, esta obligación fue incluida en todos los manuales de partos de España como función específica de las parteras.

Véase Babil de Gárate y Casabona en 1756 [44], Raulin en 1722 [45] o Juan de Navas en 1795 [46], costumbre que perduró en todos los manuales para matronas hasta bien entrado el siglo XX, momento a partir del cual una laicidad en aumento, relacionada con un notorio descenso de la influencia religiosa en la esfera pública y una afortunada y significativa bajada de la morta-

lidad fetal, lo excluyó de estos textos formativos para matronas.

Años más tarde, en el marco de la emergente ilustración en Europa, y por sus efectos en la política y la religión en el contexto del reformismo borbónico, fue publicada una Real cédula por Carlos IV en 1804 para las colonias españolas en América y Filipinas, que establecía la operación de cesárea como práctica obligatoria una vez "muerta la madre", con el fin de practicar el bautismo y asegurar así la salvación de las almas de los nonatos [47].

Dirección de la enseñanza: en el Art. 48 se indica que *"la práctica en estos estudios será simultánea con la enseñanza teórica, y bajo la dirección del mismo profesor"*, lo que dejaba fuera a las matronas de la enseñanza práctica.

Requisitos de admisión: para ser admitida a la matrícula de Parteras o Matrona se exigía: haber cumplido 20 años de edad, ser casada, en cuyo caso presentarían licencia de sus maridos, autorizándolas para seguir este estudio, o viudas, unas y otras justificarán buena vida y costumbres por certificación de sus respectivos párrocos. Haber recibido con aprovechamiento la primera enseñanza elemental completa. Esto se comprobará por medio de un examen que se hará en la Escuela Normal de Maestras, componiendo el Tribunal la directora, la regente y uno de los profesores auxiliares.

Competencias profesionales: en cuanto al título de partera o matrona, autorizaba para asistir a los partos y sobrepartos naturales, pero no a los preternaturales y laboriosos, indicando que tan pronto como el parto o sobreparto dejara de mostrarse natural, las matronas debían llamar sin pérdida de tiempo a un profesor que tuviera la autorización debida para ejercer este ramo de la ciencia. Sin embargo, como meros auxiliares de los facultativos, podrían continuar asistiendo a las mujeres embarazadas, parterías o paridas.

Este último párrafo, impositivo, ya dejaba clara la falta de autonomía de la que en adelante disfrutarían las matronas y su subordinación absoluta a los cirujanos. El asalto de los varones a la esfera de las matronas ya estaba completamente legalizado por el poder.

En 1864, se emite una Real orden [48] que, de nuevo, afectará negativamente a la formación de las matronas por poner en tela de juicio la capacidad de la mujer no solo para respetar el deber moral y deontológico de la confidencialidad, sino además el deber jurídico del secreto profesional que, incuestionablemente, sí otorgaban a los varones en formación obstétrica:

"La vista del expediente promovido por esa Junta Provincial de Beneficencia para que la enseñanza de Matronas no se verifique en la Casa de

Maternidad de esa capital: considerando que la índole de las Casas de Maternidad exige la reserva y el secreto como condición esencial para impedir que la publicidad de la deshonra de las acogidas sea causa de criminales atentados, que ocurrirían con lamentable frecuencia á no existir esta clase de asilos: considerando que el establecimiento en los mismos de la enseñanza de Matronas quebrantaría esta indispensable y rigurosa reserva prescrita por todos los reglamentos de las expresadas casas, y desnaturalizando este servicio, impediría los benéficos resultados que la moral y el interés público reportan de su institución: considerando que la reducción del local de las Casas de Maternidad, que sería consiguiente al planteamiento en las mismas de la referida enseñanza, perjudicaría asimismo notablemente el servicio á que dichas Casas están destinadas; y estimando, por último, en virtud de las anteriores consideraciones, que en el caso presente no son conciliables, como fuera de desear, los intereses de la Instrucción pública y los de la Beneficencia; la Reina (Q. D. G.), de conformidad con el dictamen de la Junta general de Beneficencia, ha tenido á bien prohibir que la Casa de Maternidad de esa provincia sirva de escuela práctica para la enseñanza de Matronas; siendo asimismo la voluntad de S. M. que esta disposición se observe como regla general para todas las Casas de Maternidad del reino.

De este modo, y junto a otra disposición de menor calado como el examen de reválida para las matronas [49], se llega a la Constitución de 1869, llamada la Gloriosa [50], durante el periodo que se denominó el *Sexenio Democrático* (1868 y 1874), en que se reconocerá la libertad de enseñanza en su Art. 24:

Todo español podrá fundar y mantener establecimientos de instrucción o de educación sin previa licencia, salvo la inspección de la autoridad competente por razones de higiene y de moralidad.

En relación con la formación de matrona, esto supuso, además de tener más establecimientos para formación (escuelas privadas), que la gestión de la instrucción fue compartida por matronas y médicos, con el consiguiente beneficio para las alumnas.

La Escuela Libre de Matronas

En este contexto sociopolítico, y con una reforma universitaria en ciernes, arranca la historia de la matrona M^a Pilar Jáuregui de Lucu, conocida como Pilar Jáuregui de Lasbennes. No cabe duda de que los escritos tan difundidos y comentados de Jáuregui movilizaron conciencias

y dieron pie a un debate social que tuvo algunos frutos para las matronas. Estas eran mujeres profesionales en una sociedad machista y en medio de una lucha desigual por el control de la asistencia al parto frente a los recién introducidos varones como medio de ascender estos en el mundo médico.

A caballo de todas las actividades de asistencia profesional y actividades docentes, Jáuregui emprende su campaña en prensa [51] para el acceso a la carrera de matronas a las mujeres solteras, petición que oficializa ante la instancia preceptiva de la que se hace eco la noticia: *“Doña Pilar Jáuregui de Lasbennes ha presentado al ministro de Fomento una instancia solicitando se permita a las jóvenes solteras mayores de veinte años obtener el título de profesoras en partos; reforma de la que se viene ocupando en diferentes artículos publicados en la prensa científica de esta capital y que se cree le será concedida, colocando la clase de matronas a la altura de los demás países”* [52].

La razonable aspiración de Jáuregui de ampliar el acceso a la carrera de mujeres solteras se vio cumplido tras las peticiones públicas y la instancia que dirigió al ministro de Fomento, que fue contestada por su Majestad el Rey, concediendo el primer permiso a una joven soltera [53]; finalmente, como había propuesto Jáuregui, aunque muchos años después (1904) [54], se hizo extensiva para todas las aspirantes.

Su afán por instruir matronas le llevó a dirigir una Instancia a la Comisión de Beneficencia de Madrid, ofreciéndose a enseñar la profesión de matronas a las acogidas, que fue desestimada entre otras razones porque, según las disposiciones vigentes, no podían ejercer dicha profesión las mujeres solteras, como lo eran las acogidas, y sometidas además a reglamentos especiales [55].

No cejó en el empeño de captar nuevas alumnas y se ofreció a la Sociedad La Paz, desinteresadamente, para enseñarles la profesión a las alumnas de dicha sociedad, de cuyo ofrecimiento no se tienen resultados [56].

Incluso se ha encontrado un anuncio en el que Jáuregui hace de intermediaria para el contrato de una ama de cría: *“Ama de cría para casa de los padres: Leche de un mes. Dará razón, la profesora de la Escuela de Matronas. Pez 32, pral”* [57].

Sin embargo, el logro más especial de Pilar Jáuregui lo confirma la noticia de julio de 1875 publicada en el *Diario de Avisos de Madrid*. En ella, el Dr. Pedro González de Velasco informaba de su proyecto de Escuela de Medicina y Cirugía, fundada por él en su Museo Antropológico y la apertura para el siguiente curso académico de una Escuela Libre de Matronas, bajo la dirección de doña Pilar Jáuregui de Lasbennes [58]. Esta noticia también se

ha encontrado en diarios de provincias como León [59] o Murcia [60].

Por fin, se hacía realidad el deseo de Pilar Jáuregui de la creación de una escuela especial de matronas y así lo anunciaba uno de los diarios en que se publicó esta inauguración:

La distinguida profesora en partos, D^a Pilar Jáuregui de Lasbennes, que, se viene ocupando hace tiempo en ampliar el ejercicio de profesión en beneficio de los destinos de la mujer, como lo ha demostrado en los artículos que ha escrito, ha obtenido del doctor D. Pedro González de Velasco la fundación en su museo Antropológico de una escuela de matronas, bajo la dirección del secretario del mismo, doctor D. Ángel Pulido y Fernández, quien les explicará la parte teórica, quedando el repaso y práctica a cargo de dicha señora. En esta escuela, que se abrirá cuando comience el próximo curso de la facultad de medicina en dicho museo, podrán seguir los estudios tanto las que satisfagan los derechos de matrícula, como las que escaseen de recursos.

La noticia de esta apertura fue un auténtico despliegue de recursos, no en vano tenía el aval del prestigio de Velasco, hombre influyente y respetado, por lo que fue abundantemente publicitada en periódicos generales [61-63], profesionales [64, 65], de otras provincias como ya se ha mencionado [59,60], de colonias de ultramar [66] e incluso de otras temáticas como el Magisterio Español [67] o más sorprendente en la *Gaceta de los caminos de hierro* [68], que incluía un elogio a Pedro Velasco por su obra filantrópica:

Aunque el asunto no es de la índole propia de nuestra revista, no hay periódico donde no quepan honrosamente algunas líneas consagradas a difundir el conocimiento de instituciones como las citadas, y a las que el reputado profesor ha consagrado su gran inteligencia, su poderosa actividad y su fortuna. Su Museo, construido de nueva planta a sus expensas, encierra tesoros para la enseñanza científica y es uno de los establecimientos que honran a Madrid y a España entera. Lo menos que puede hacer el país es honrar a hombres que con tal desinterés le sirven, como el doctor Velasco; y lo menos que debe hacer todo periódico, cualquiera que sea su especialidad, es constituirse en órgano de la gratitud nacional.

En el preámbulo de la reglamentación de esta institución, el propio director (a la vez secretario de la Facultad de Medicina y Profesor de Partos de esta, el Dr. Pulido) desgrana cómo se gestó esta Escuela:

Reglamentación provisional de la Escuela Libre de Matronas, fundada en el Museo Antropológico de Madrid, por iniciativa de Doña Pilar Jáuregui de Lasbennes, y bajo la dirección del Dr. D. Ángel Pulido Fernández

La clase de matronas, muy extendida y brillantemente organizada en otras naciones, venía sintiendo en la nuestra la falta de una escuela, en donde las educandas pudieran adquirir, con orden y buen aprovechamiento, los estudios indispensables a su profesión. Las consecuencias de tan grave falta acarrearán, como es natural, serias dificultades para las que pretendían adquirir el título de matronas, pues obligadas a sufrir exámenes oficiales, sin que el estado ni centros particulares se cuidasen de proporcionarlas la instrucción necesaria, veíanse precisadas á implorar el auxilio de Profesores particulares, desprovistos de suficientes elementos de enseñanza, pero que se hacían pagar espléndidamente unas lecciones quedaban incompletas y sin medios de demostración que facilitasen el estudio. Fundado el Museo Antropológico del Dr. Velasco, provisto de una sección de embriología, reputada como la primera de los museos de Europa, dotado hasta la profusión de infinitos elementos de enseñanza para el estudio de los partos, y constituido, por su digno director y propietario, un distinguido claustro de Profesores [salvo mi humilde personalidad] que diese en él una vasta enseñanza de la Medicina, presentóse una distinguida comadrona, que largos años há viene trabajando por el mejoramiento de su profesión, doña Pilar Jáuregui de Lasbennes, solicitando la creación de una Escuela de Matronas. Aceptó el Dr. Velasco la idea, y, dándome honra inmerecida, me manifestó su deseo de que me pusiera al frente de la nueva creación, contando con su ayuda y la de los Profesores que me fuesen necesarios. Sin embargo, de juzgar superior á mis fuerzas este compromiso, no podía ni debía eludirle; y, una vez aceptado, tuve necesidad de formular las bases principales que, por ahora, y en tanto se amplía y perfecciona la Escuela, deben señalar su pública organización. Estas son las siguientes, y á ellas se sujetarán, durante el curso próximo, la enseñanza de Matronas, que empezará el día 2 de octubre del presente año.

(Por razones de extensión no se ha incluido el Reglamento completo, se puede en la referencia indicada [66]).

El *Semanario Farmacéutico* concluía la presentación de la noticia con el siguiente comentario: *“son incuestionables los ventajosos resultados que se obtendrán acudiendo á estas enseñanzas, dado el número y excelente material con que cuenta el Establecimiento para darlas; hacemos caso omiso del excelente cuadro de profesores encargados de las diferentes asignaturas, porque atendiendo á la amistad que con muchos nos unen, podrían creerse interesados nuestros elogios; pero en su mayor parte son ya conocidos por su competencia. No dudamos del lisonjero éxito que una y otra han de alcanzar cuando sea conocida su instalación, que deseamos corresponda al fin para que se han fundado asuntos científicos”* [69].

Los otros protagonistas de la escuela de matronas

Dr. Pedro González de Velasco (1815-1882) fue un hombre inmensamente trabajador que alcanzó destacable altura social en el mundo médico, académico y en el de la Antropología, partiendo desde el más humilde estrato social desde el que alternó tareas serviles y profesiones sanitarias menores con los estudios de Medicina. Fue reputado anatomista, habilísimo cirujano, médico entregado a sus pacientes y un insigne profesor de Medicina.

Quizás esa filantropía que permitió, entre otras, esta escuela de matronas con posibilidad de formarse mujeres pobres,

se deba a un recuerdo imborrable de sus orígenes humildes y del esfuerzo encomiable que hizo a lo largo de vida, y que, gracias a la academización, pudo acceder a los más altos estratos sociales, profesionales y económicos de la época.

Desarrolló su tarea científica en la base de tres ejes (museológico, de formación médica y de publicación científica). A medio camino entre la actividad comercial y la propia tarea docente, las preparaciones y disecciones anatómicas que realizó solo, y en sociedad con artistas y tallistas, fueron origen de un negocio [70].

Su obra destacada fue su Museo Antropológico, *“en el cual se ven los prodigiosos resultados de titánicos esfuerzos, investigaciones y estudios sorprendentes, afanes sin cuento, y dispendios sólo comparables a los que puede hacer el gobierno del Estado que más se proponga favorecer el estudio de la medicina. En este concepto el Museo del Sr. Velasco constituye un verdadero asombro, permítasenos la palabra, no solo en España, sino también con relación a las naciones más adelantadas en el estudio y desenvolvimiento de las ciencias médicas, pues ninguna puede presentar, que sepamos, un ejemplo tan patente y tan grande de lo que puede la iniciativa individual aislada cuando la impulsa la abnegación, la perseverancia, el talento y el amor a la ciencia”* [71].

Dr. Ángel Pulido Fernández (1852-1932), hombre también de origen muy humilde al igual que su mentor, Velasco, licenciado en Medicina en 1873 y doctorado años después. Fue una persona de carácter independiente y crítico que, para subsistir, en sus comienzos ingresó en la Sanidad Militar y en la de la Armada donde contactó con el Dr. Velasco; de ambos cuerpos se separó voluntariamente pocos meses después.

Con posterioridad, y siguiendo su afición al periodismo profesional, formó parte del Consejo de Redacción de *El Siglo Médico* y de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Consiguió el título de académico de la Academia de Medicina. Aficionado a la tocoginecología, fundó la Sociedad Española de Ginecología. Publicó trabajos interesantes de carácter filosófico y en el campo sanitario se manifestó como un verdadero apóstol en defensa de la salud pública. Destacó en la política de aquella época y ostentó diversos cargos de ese carácter [72, 73].

Como mentor, el Dr. Velasco escogió a su pupilo Ángel Pulido para la dirección de la Escuela de Matronas, reflejo del machismo de la época que ensalzaba un modelo de masculinidad patriarcal y jerárquica imperante y de supremacía médica, como en el caso de Iracheta, que lo fue su marido el Dr. Morelle. Aun con todo, Pilar Jáuregui asumió todas estas circunstancias, no se puede afirmar si claramente resignada o en un cálculo inteligente de posibilidades en un medio hostil como el de enfrentamiento médico con la clase de matronas, o por contra, plenamente convencida, a juzgar por sus expresiones de sumisión y aceptación de ciertas condiciones de inferioridad de la mujer dentro de la Medicina. Aprovechó esta oportunidad, que le permitió su anhelo de intentar formar más y mejores matronas y elevar la consideración y el prestigio profesional del cuerpo de matronas, hostigado y fuertemente desprestigiado por los cirujanos arribistas en la esfera gineco-obstétrica.

El fin de la Escuela Libre de Matronas

En un libro en recuerdo a su venerado profesor, Ángel Pulido, además de una semblanza profesional y personal de su mentor, apunta que el Dr. Velasco *"alimentó durante gran*

parte de su vida la idea de fundar una Escuela Libre de Medicina de la cual fuese órgano el Museo". "Hizo cuanto de él dependía, pero faltó todo lo demás. Más optimista de lo conveniente, creía factible lo que todos estimaban como una utopía; cuanto tenía, otro tanto sacrificó a esta idea y solo consiguió quedarse pobre y sin alumnos. Había reunido para explicar las asignaturas un plantel tan escogido de catedráticos (salvo el autor de estas líneas que rivalizaba, cuando menos, con el mejor claustro de España)".

El autor continuaba relatando que finalmente solo se abrieron tres cátedras, la de Velasco, Muñoz y la suya propia de partos, con apenas un puñado de alumnos, durante algunos años [74].

Sorprende que solo haga una mención Escuela Libre de Matronas: *"...al provecho suyo (se refiere a Velasco) destiné el producto de las matrículas durante ocho años de explicación en la Escuela Libre de Matronas que solo yo desempeñé, y el fruto de mis escasas ganancias profesionales en las suplencias suyas"*. Aun entendiendo que no era el proyecto estrella del Dr. Velasco, sorprende que ni siquiera incluya alguna referencia como obra filantrópica de este, por lo que se deduce que quizá corrió la misma suerte que la Escuela Libre de Medicina, a pesar de toda la publicidad que tuvo, las inmejorables condiciones docentes y las posibilidades de acceso incluso a mujeres sin recursos.

No puede confirmarse, pero es probable que la labor de Jáuregui en esta escuela solo durara cuatro cursos (1875-1879), porque a partir de 1879 se empieza a anunciar de forma independiente, y continúa haciéndolo al margen de la escuela [75-78]. En 1882, introduce en sus insertos publicitarios su condición de exprofesora (*"ilustrada profesora que fue..."*) de la Escuela del Museo Antropológico [79-85] (Imagen 6).

Del otro lado, los anuncios de la Escuela, a partir de 1879 y hasta 1880, son más potentes y visibles que los de años anteriores y no hay ninguna referencia a Pilar Jáuregui [86-93]. A partir de 1880 con el anuncio del curso 1880-1881, no se vuelve a encontrar más publicidad de esta escuela,



Imagen 6. Anuncios de Pilar Jáuregui de 1879 y 1882 respectivamente [75, 79]

de lo que se podría inferir, no con toda certeza porque las colecciones periodísticas no están completas, que fuera clausurada un año antes que la de Medicina de Museo. El supuesto cierre ha generado cierta duda en 1881, porque A. Pulido en su libro homenaje al Dr. Velasco menciona “8 años de dedicación a la Escuela de Matronas”; no contradiciendo a Pulido, la explicación más plausible entre esta afirmación y la realidad es que el cómputo de años que hizo Pulido incluyera el tiempo de preparación y arranque de la escuela más los años en que se impartieron los cursos en ella. No parece lógico que hubiera superado su andadura a la de la Escuela de Medicina y a la propia muerte de Velasco (Imagen 7).

Desgraciadamente, como ya se ha mencionado, no se han encontrado los archivos de esta escuela y no se sabe ni cuantas alumnas ni con qué aprovechamiento cursaron la carrera de matrona, pero lo cierto es que inaugurada el 2 de octubre 1875, cerró sus puertas en 1881, como la propia Facultad de Medicina que albergaba.

A partir de esta última fecha (1880), no hay referencias a la entrada de nuevos objetos en el museo. También es el último año en que se anuncia un curso en la Escuela Práctica Libre de Medicina y el año de la desaparición de la revista *El Anfiteatro Anatómico* [70], en pleno declive del fundador del museo, Dr. Velasco, a quien le sobrevino la muerte el 21 de octubre de 1882.

Discusión

Los cirujanos que pretendían ejercer la gineco-obstetricia en España, a partir del siglo XVIII, se vieron amenazados y desafiados por las propuestas de matronas como Pilar Jáuregui. A partir de ahí, y de su consideración hacia las mujeres como sujetos carentes de derechos y su convencimiento de que el estatus profesional solo les pertenecía a ellos, su respuesta en gran parte desfavorable a cualquier movimiento en favor de mejorar la academización de las matronas.

Los médicos, convencidos de su superioridad formativa e incluso moral, y a pesar de que eran notorias sus carencias

en el conocimiento de la gineco-obstetricia, instruían a las alumnas de matronas en la dependencia, subordinación y supeditación a las órdenes médicas, sin importarles su formación.

Las lícitas reclamaciones de las matronas por el avance de su profesión y la consideración y respeto institucional hacia su ejercicio, siempre han sido un camino lastrado por los intereses de otras profesiones, fundamentalmente la de los médicos (varones), amparados en la superioridad de género y el corporativismo, dilatando en el tiempo, cuando no impidiendo, la consecución de cualquier logro de mejora para las matronas.

Conclusiones

- Históricamente se fue generando una desconfianza hacia las parteras-matronas alimentada por la exclusividad de género de su práctica, que llegó al culmen cuando los cirujanos que quisieron acceder a esta parcela azuzaron este sentimiento, en perjuicio de las mujeres y a su favor.
- La cultura de la sospecha y la acusación contra las matronas fue el caldo de cultivo para justificar, con el apoyo del Estado, el asalto de los cirujanos a la asistencia obstétrico-ginecológica.
- Matronas como Pilar Jáuregui demostraron que ser profesional se muestra con hechos constatados de su buen hacer. Hacer profesión es, además, entregarse, muchas veces incluso de forma altruista, a la formación de las nuevas generaciones profesionales.
- El aperturismo para el acceso a la formación de las mujeres que aportó la Ley Moyano, y posteriormente la Ley de Libertad de Enseñanza, benefició a la figura de la matrona con una formación mejor, que incluyó la posibilidad de ejercer la docencia, aunque limitadas al marco de enseñanza privada, lo que se tradujo en mayor reconocimiento socioprofesional.
- El deseo de consolidar una sociedad más justa e igualitaria en la que la educación, tanto formal como informal,

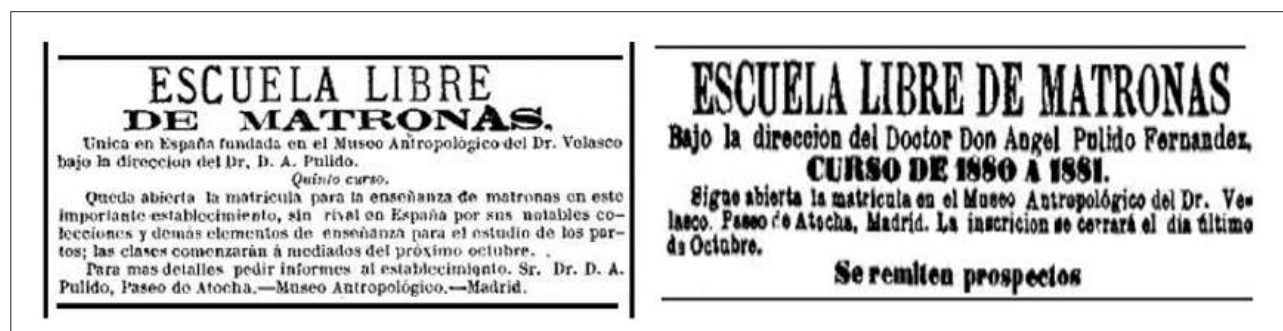


Imagen 7. Anuncios de la Escuela de 1879 y 1880 respectivamente [86, 93]

a partir de la segunda mitad del siglo XIX se extendiese a la mayor parte de la población no obtuvo los resultados esperados: las clases populares, en general, se mantuvieron al margen de las escuelas y la educación femenina estuvo infravalorada, aunque sí que se realizaron avances a este respecto como cambios formativos en la profesión de matrona.

- Pilar Jáuregui fue una mujer transformadora, decidida y valiente que, amparada por su sólida cultura y una posición social notable, no solo mostró la posibilidad de tener matronas bien preparadas para el cometido profesional que les era destinado, sino que además influyó decisivamente en que esta fuera una necesidad en un sistema sanitario que iniciaba su desarrollo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XXXII Número 8534. pág. 2.1881. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1006537767
- [2] Ruiz-Berdún D. Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845. *Matronas Hoy* [internet] 2020 [citado 15 abr 2026]; 8(2):7-19. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/187/las-matronas-pioneras-en-la-universidad-desde-1845/>
- [3] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XXVI. Número 6550. pág. 4. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1006535427
- [4] Cementerio de la Fundación Sacramental de San Justo Madrid. Papeleta de enterramiento Pilar Jáuregui Lucu. 1888.
- [5] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año LXIII. Número 19836. pág. 7. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1007612554
- [6] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XXXIX. Número 10898. pág.4. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=10006058882>
- [7] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XXXIX. Número 10899. pag.4. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=10006059065>
- [8] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XL. Número 11255. pág. 4. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1006542395
- [9] Cementerio de la Fundación Sacramental de San Justo Madrid. Papeleta de enterramiento Luis Lasbennes. 1889.
- [10] Cementerio Sacramental de San Justo. Historia [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <http://sacramentaldesanjusto.com/>
- [11] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XXIV. Número 5823. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1006529753
- [12] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XVI. Número 1840. pág. 4. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=10006049815>
- [13] Blanco Solana J. Servicio militar: su historia, beneficios o perjuicios de la fuerza armada permanente [internet]. Imprenta de Bernabé Fernández 1861 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=Bi9o0cn4hL4C&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- [14] Ten Domenéch M. El matrimonio y la mujer en la España del siglo XIX. Una visión jurídica enmarcada en la Literatura Realista. *EUNOMÍA. Revista En Cultura De La Legalidad* 2023; (24):94-117. Doi: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2023.7657>
- [15] Biblioteca Virtual del Patrimonio Bibliográfico. BVPB. Torres Muñoz de Luna 1822-1890. [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://bvpb.mcu.es/eu/consulta_aut/registro.do?id=139841
- [16] El Genio médico-quirúrgico. [internet] 1876. [citado 15 abr 2026]. Pág. 442. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=bcd04d53-a181-4f3e-8b83-7c5cdc6f84f3&page=20>
- [17] El Genio médico-quirúrgico. [internet] 1870. [citado 15 abr 2026]. pág. 13. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=a8ea8a99-a892-4282-83d8-88eec765da03&page=13>

- [18] Martín Alcaide R. La Escuela de Matronas de Santa Cristina de Madrid (1904-1987). [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2023. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/57490>
- [19] El Álbum ibero americano. [internet] 1892. [citado 15 abr 2026]. Número 19. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=a881bcc0-5db1-4d1e-9d41-dcd-38f040008&page=8>
- [20] La Correspondencia de España: diario universal de noticias. Año XX. Número 4343. pág. 4. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=10006046547>
- [21] Database. "España, Madrid, Registros de Censo Municipal, 1910-1945". Database [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <http://www.familysearch.org/es/search/discovery/results/?tab=preview&page=1&results=12&q.surname==Jauregui&q.givenName=luis&q.anyPlace=Madrid%2C%20Espa%C3%B1a>
- [22] La Época [internet]. 1873 [citado 15 abr 2026]. Número 7.541. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=2dcace26-840b-4647-bd02-0f89e6a6e96a&page=4>
- [23] El Diario español. [internet] 1874. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=f7842f87-9511-4dc3-8fee-bb10c467be22&page=4>
- [24] Montero Gracia M. La Publicidad en la Segunda Mitad del Siglo XIX: Los anuncios publicados por la prensa Bilbaína. *Sancho el Sabio*. 2019; 42:7-32. Doi: <https://doi.org/10.55698/ss.v0i42.248>
- [25] El Anfiteatro anatómico español. [internet] 1874 [citado 15 abr 2026]; 2. Números 24-47. Disponible en: https://books.google.es/books?id=-pp4rVizH_0C&newbks=1&newbks_reidir=0&dq=pilar+j%C3%A1uregui+de+lasbennes&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- [26] Diario Oficial de Avisos de Madrid. [internet] 1877 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=3e0bb176-e54c-4b4d-beea-bc6d54e-d9192&page=4>
- [27] La Correspondencia de España. Número 6.982. La Correspondencia de España [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=88a227bd-e868-4a56-a609-ffaf88a92a76&page=4>
- [28] El Diario español. [internet] 1877. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=6358b03c-5242-4852-a751-07b78f4d1e0d&page=4>
- [29] El Imparcial. [internet] 1867. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=93a7492f-6ae7-4550-9e73-56c593dc04ee&page=4>
- [30] La Época. [internet]. 1877. [citado 15 abr 2026]. Número 8. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=840cb1f3-9fba-4108-823b-132e5392bc50&page=4>
- [31] El Globo. [internet]. 1877. [citado 15 abr 2026]. Número 547. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=67d5113d-db5b-448d-91e2-5d4818b7132b&page=4>
- [32] Béral P. J. Observations sur l'emploi des préparations de fer en médecine. Note sur le citrate de fer considéré comme agent thérapeutique ([Nouvelle éd. revue et augmentée]) par Béral, pharmacien... [internet] 1840 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6129623v/f25.item.r=Tonique%20de%20B%C3%A9ral>
- [33] Ballarín Domingo P. La educación de la mujer española en el siglo XIX. *Historia de La Educación* [internet] 2010 [citado 15 abr 2026]; 8. Disponible en: <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0212-0267/article/view/6837>
- [34] Espigado Tocino G. El analfabetismo en España. Un estudio a través del censo de población de 1877. *Trocadero. Revista del Departamento de Historia Moderna, Contemporánea, de América y del Arte* 2022; 1(2):173-92. Doi: <https://doi.org/10.25267/Trocadero.1990.i2.06>
- [35] Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley de Instrucción pública autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península é Islas adyacentes, lo que se cita. Ministerio de Fomento. *Gaceta de Madrid* [internet] núm. 1710, de 10 de septiembre de 1857, pp. 1 a 3. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1857-9551>
- [36] Sevilla Merino D. La Ley Moyano y el desarrollo de la educación en España. *ETHOS EDUCATIVO* [internet] 2007 [citado 15 abr 2026]; 40. Disponible en: <https://imced.edu.mx/Ethos/Archivo/40/40-110.pdf>
- [37] Boletín Oficial del Estado (BOE). *Novísima Recopilación de las Leyes de España*, Tomo IV. [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-LH-1993-63_4
- [38] Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos. *Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes* [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/real-cedula-de-sm-y-senores-del-consejo-en-que-se-aprueban-y-mandan-observar-las-ordenanzas-formadas-para-el-gobierno-economico-y-escolastico-del-colegio-de-cirurgia-establecido-en-madrid-con-el-titulo-de-san-carlos/>

- [39] Gaceta de Madrid. Real Orden aprobando el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas: establecimientos autorizados... Gaceta de Madrid [internet] núm. 332 de 1861. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/gazeta/dias/1861/11/28/pdfs/GMD-1861-332.pdf>
- [40] Riesco Le-Grand IM. Tratado de embriología sagrada Tipografía Greco-latina. [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=BVPOTKMVzdg-C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- [41] Cowen MP. Partos malogrados, muertes prematuras y cesáreas. Notas sobre una real cédula de 1804, su recepción en Buenos Aires Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes 2020. Doi: <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.82727>
- [42] Cangiamila F. Embriología sagrada, o Tratado de la obligación que tienen los curas [internet] Imprenta de Pantaleon Aznar, 1785 (traducido). [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=Rm8zZauSvpMC&printsec=frontcover&dq=Embriologia+a+tratado+de+la+obligacion+C3%B3n+que+tienen+los+curas.++frutos+lamea+L%C3%B3pez.&hl=es&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- [43] Lambea López F. Embriología o tratado de la obligación que tienen los curas, confesores, médicos, cirujanos, ministrantes y matronas: para contribuir, en su respectiva esfera, a la conservación de la existencia de los niños ... F. García y D. Caravera, 1876.
- [44] De Garate y Casabona B. Libro nuevo cuyo título Nuevo, y natural modo de auxiliar à las mugeres en los lances peligrosos de los partos sin operacion de mano ni instrumentos [internet]. Oficina de Pasqual Ibañez, impressor y librero, 1756. p.102-07. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=5_S_AbEhhcQC&vq=bautismo&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- [45] Raulin J. Instrucciones succintas sobre los partos para la utilidad de las comadres [internet]. Imprenta de la Viudad de Joseph Fort [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=XA5fx5lxEzqC&newbks=1&newbks_redir=0&dq=Instruccion+de+comadres&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- [46] De Navas J. Elementos del arte de partear [internet]. Imprenta Real [citado 15 abr 2026]. 1795. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=jDhPSJ4OUKc&printsec=frontcover>
- [47] Archivo Nacional de Asunción. Reales Cédulas sobre operación de cesárea y Mayorazgos. 1804-04-13. Fondo PY-ANA-SH-Sección Histórica [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://historia.archivonacional.gov.py/index.php/reales-cedulas-operacion-cesareas-y-mayorazgos>
- [48] Gaceta de Madrid. Real Orden prohibiendo que las Casas de Maternidad sirvan de escuela práctica para la enseñanza de matronas. Gaceta de Madrid [internet] 1864 [citado 15 abr 2026]. núm. 262. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1864/262/A00001-00001.pdf>
- [49] Gaceta de Madrid. Real Orden relativa a la admisión a examen de reválida de matronas en la forma en que se expresa. Gaceta de Madrid [internet] 1863 [citado 15 abr 2026]. núm. 72. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1863/072/A00001-00001.pdf>
- [50] Congreso de los Diputados. Constitución Democrática de la Nación Española promulgada el día 6 de junio de 1869. Congreso [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.congreso.es/docu/constituciones/1869/1869_cd.pdf
- [51] El Globo Ilustrado: diario ilustrado. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://bibliotecavirtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid_publicacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1027753
- [52] El Diario español. [internet] 1876 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=b747a1d9-0d03-4898-a3c5-c271eeb8802a&page=3>
- [53] El Pueblo Español: diario democrático de la tarde. [internet] 1876 [citado 15 abr 2026]. Año I Número 367. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1000232642&idBusqueda=111616&presentacion=pagina&posicion=3
- [54] Gaceta de Madrid. Real decreto reorganizando los estudios de la carrera de Practicantes y la de Matronas. Gaceta de Madrid. [internet] 1904 [citado 15 abr 2026]. Núm. 225. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/225/A00529-00529.pdf>
- [55] Boletín Oficial de la Provincia de Madrid. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Número 126. Disponible en: https://bibliotecavirtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid_publicacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1147396
- [56] El Español. [internet] 1876 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=fedf9694-4c07-4817-861f-edf2eb94a225&page=4>
- [57] El Imparcial. [internet] 1877 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=c6322a8a-aff6-4396-abbf-839e8c37aacd&page=4>
- [58] Diario oficial de avisos de Madrid. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=aae7c4c6-a8a0-4826-a49e-0f6603357214&page=4>
- [59] La crónica de León: revista científico-literaria de intereses morales y materiales, ajena a la política. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Año I Número 24. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1001571272

- [60] La Paz: periódico de noticias, avisos y fomento de la provincia de Murcia. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Año XVIII Número 5416. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2000588413
- [61] La Época. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Número 8.313. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=8e95367f-c391-491e-8004-608a25207bfd&page=4>
- [62] El Tiempo. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=ebcbe3da-4de2-4ca1-ae0f-e3f6218898f6&page=2>
- [63] La Iberia. [internet] 1875. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=7834ebc6-76b0-4e1b-8148-81947598e441&page=3>
- [64] El Magisterio Español. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Año IX 2ª Época. Número 480. Disponible en: https://prensahistorica.mcu.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=2000784792
- [65] La Gaceta de sanidad militar. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=4abf6b7b-49e0-4389-8c30-77c63373c0e1&page=28>
- [66] Crónica médico-quirúrgica de La Habana [internet] 1876 [citado 15 abr 2026]. Volumen 2, Números 1-12. Disponible en: https://books.google.es/books?id=uU1TBp3PZr8C&newbks=1&newbks_redir=0&dq=pilar+j%C3%A1uregui+de+lasbennes&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- [67] Semanario farmacéutico. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=9d52c663-9656-40d4-b984-60b990158c60&page=4>
- [68] Gaceta de los caminos de hierro. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=8cd2e51f-dddd-4f6a-a394-18bf7e0a-73c6&page=11>
- [69] Semanario farmacéutico. [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Volumen 3. Disponible en: https://books.google.es/books?id=QJW2Z-VB_eUC&pg=PA444&dq=pilar+j%C3%A1uregui+de+lasbennes&hl=es&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKewix2ODj3q-PAXVQU-6QEHVQEP0wQ6AF6BAgMEAM#v=onepage&q=pilar%20j%C3%A1uregui%20&f=false
- [70] Baratas Díaz A. El Museo Antropológico del doctor Velasco (1854-1892). Lull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. [internet] 2016 [citado 15 abr 2026]. 39(83):45-72. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/LLUL/article/view/54159>
- [71] M. El Museo Antropológico del Dr. Velasco. Revista Europea [internet] 1875 [citado 15 abr 2026]. Número 58. Disponible en: <https://www.filosofia.org/rev/reu/1875/pdf/n058p190.pdf>
- [72] Real Academia de Medicina de España. Ángel Pulido Fernández. RANM [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://ranm.es/1884/06/1884-pulido-y-fernandez-angel/>
- [73] La América. [internet] 1886 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=f1d7c6df-a2f1-437c-afcd-15e08f7c4558&page=4>
- [74] Pulido Fernández A. El Doctor Velasco. Biblioteca Virtual Madrid [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://bibliotecavirtualmadrid.comunidad.madrid/bvmadrid_publicacion/es/consulta/registro.do?id=3923
- [75] La Correspondencia de España. [internet] 1879 [citado 15 abr 2026]. Número 7.938. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=ec7a-ffab-b432-42c2-a92f-00bdf532c43b&page=4>
- [76] Diario Oficial de Avisos de Madrid. [internet] 1879 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=15855282-07f9-44c4-997d-f4487815572c&page=4>
- [77] El Imparcial. [internet] 1879 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=81cc-f3ef-9e54-432f-831b-96366f60ef31&page=4>
- [78] El Globo. [internet] 1879 [citado 15 abr 2026]. Número 1.434. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=a940099c-d30c-410f-8f69-f217ab97f-8b5&page=4>
- [79] La Correspondencia de España. [internet] 1881 [citado 15 abr 2026]. Número 8.581. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=daa73134-570d-442e-acdf-13af510b61e7&page=3>
- [80] El Globo. [internet] 1881 [citado 15 abr 2026]. Número 2.161. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=6f9ccfc9-f056-4200-89c9-aaca7e8fddc5&page=4>
- [81] El Liberal. [internet] 1881 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=f1b2cd07-b909-4d5a-b84c-4b9c9e96d62a&page=4>
- [82] Diario Oficial de Avisos de Madrid. [internet] 1881 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=383568fb-bb42-4221-934d-a52fd35d5889>
- [83] La Madre patria. [internet] 1882 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=158851ef-e99d-44eb-932b-9154a156f8f3&page=2>
- [84] El Imparcial. [internet] 1882 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=a-f9d8a97-92c6-46dd-8fc1-4c390717e2d8&page=4>

- [85] El Imparcial. [internet] 1882. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=0de080d3-5867-4f16-a6ba-f46c9a01a19f&page=4>
- [86] El Imparcial. [internet] 1879. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=63a7772a-3fb2-4095-b14c-f60b9704859f&page=4>
- [87] El Liberal. [internet] 1879. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=81dac578-267d-4406-a8e4-afc5d96c8f5a&page=4>
- [88] La Correspondencia de España. [internet] 1879. [citado 15 abr 2026]. Número 7.948. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=c-f2e7779-64ce-434a-a98b-4973ee1f225c&page=4>
- [89] Diario Oficial de Avisos de Madrid. [internet] 1879 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=0676542d-2711-4b6b-980d-b8924322cb5b&page=4>
- [90] El Tiempo. [internet] 1879 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=0444b80d-42a0-4272-9ffd-9343d2482ba0>
- [91] Diario Oficial de Avisos de Madrid. [internet] 1880 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=9a760a62-2c91-4649-b300-9120131e1585&page=4>
- [92] El Globo. [internet] 1880. [citado 15 abr 2026]. Número 1.826. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=1c6de9c6-99d8-4d6f-806c-c564ce-74d354&page=4>
- [93] El Liberal. [internet] 1880. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=04eb-c1b4-b7a7-44d2-ba08-cf115a091627&page=6>

Beneficios de la suspensión de la perfusión oxitócica en partos de bajo-medio riesgo en fase activa

¹ Raquel Martínez Carrillo

¹ Clara Flo Sierra

¹ Alexandra Sellés García

¹ *Matronas en sala de partos. Hospital Clínic de Barcelona. España.*

E-mail: raquelmc_89@hotmail.com

Fecha de recepción: 5 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 30 de marzo de 2026.

Cómo citar este artículo:

Martínez Carrillo R, Flo Sierra C, Sellés García A. Beneficios de la suspensión de la perfusión oxitócica en partos de bajo-medio riesgo en fase activa. *Matronas Hoy* 2026; 14(1):32-40.

Resumen

Introducción: actualmente el uso de oxitocina sintética está muy extendido en la práctica habitual en las salas de partos y debe ser cuidadosamente controlado y monitorizado por profesionales de la salud. Una sobredosificación puede causar contracciones uterinas excesivas, que lleven a un posible sufrimiento fetal o ruptura uterina, entre otras complicaciones. Su reducción o interrupción durante el parto es una medida importante para manejar complicaciones y asegurar un parto seguro y más fisiológico.

Objetivo: determinar los beneficios maternos-fetales de detener la perfusión oxitócica versus la perfusión continua en partos de bajo-medio riesgo.

Material y método: revisión bibliográfica. Bases de datos MEDLINE-Pubmed, Cochrane y Google Academics en los últimos 15 años. Se han seleccionado 17 artículos: dos revisiones sistemáticas, dos metaanálisis y 13 ECAS.

Resultados: diversos estudios respaldan los beneficios de interrumpir la perfusión de oxitocina una vez establecido el parto activo. Los grupos en los que se suspendió la oxitocina intravenosa presentaron una menor incidencia de alteraciones en el registro cardiotocográfico, lo que se asocia a una reducción de cesáreas urgentes por sospecha de sufrimiento fetal. Además, la interrupción de la perfusión no produjo un aumento significativo en la duración de la fase activa del parto en comparación con la administración continua.

Discusión/conclusiones: conocer a la perfección la fisiología del parto es fundamental para acompañar y dirigir este proceso natural, para garantizar la máxima seguridad al binomio materno fetal en el parto y nacimiento.

Es imprescindible individualizar la indicación clínica y monitorizar cuidadosamente la dinámica del trabajo de parto, actividad de control fundamental de la asistencia de la matrona.

Detener la oxitocina durante el parto activo ofrece beneficios clínicos, tanto para la madre como para el recién nacido, al disminuir complicaciones fetales y reducir intervenciones innecesarias sin prolongar el proceso.

Palabras clave: atención primaria; embarazo; nutracéuticos; matrona; suplementación; salud fetal; salud materna.

Abstract

Benefits of interrupting the oxytocin perfusion during the active stage of labor in cases with low-medium risk

Introduction: the use of synthetic oxytocin is a currently widespread daily practice in delivery rooms, and it must be carefully controlled and monitored by health professionals. An overdose can cause excessive uterine contractions, leading to potential fetal distress or uterine rupture, among other complications. Its reduction or interruption during labor is an important measure in order to manage complications and ensure a safe and more physiological delivery.

Objective: to determine the maternal and fetal benefits of stopping the oxytocin perfusion vs. continuous perfusion in low-medium risk labor.

Materials and Method: a bibliographic review of the MEDLINE-Pubmed, Cochrane and Google Academics databases in the last 15 years; 17 articles were selected: two systematic reviews, two meta-analysis and 13 Randomized Clinical Trials

Results: different studies support the benefits of interrupting the oxytocin perfusion once the active labor has been established. Those groups where intravenous oxytocin was stopped presented a lower incidence of alterations in the cardiotocographic record, which was associated to a reduction in emergency C-sections due to suspected fetal distress. Moreover, the perfusion interruption did not cause a significant increase in the duration of the active stage of labor, when compared with continuous administration.

Discussion/Conclusions: to achieve a perfect understanding of the physiology of labor is essential in order to accompany and guide this natural process, to guarantee maximum safety to the maternal-fetal duo in the process of labor and childbirth.

It is essential to individualize the clinical indication and to monitor carefully the dynamics of labor, an essential activity of control within the midwife care.

To stop oxytocin during the active labor offers clinical benefits, both for the mother and the newborn, by reducing fetal complications and lowering the number of unnecessary interventions without prolonging the process.

Key words: continuous perfusion; intermittent perfusion; oxytocin; induced labor, augmented labor; midwives.

Introducción

La oxitocina es una hormona que juega un papel muy destacado durante el parto. Tanto en su forma natural como sintética, actúa uniéndose a los receptores uterinos para generar las contracciones del parto. Se trata de una sustancia producida por el propio cuerpo, concretamente, en una estructura del encéfalo llamada *hipotálamo* y en otros órganos repartidos por el organismo. En cuanto a su función, la oxitocina es tremendamente versátil y puede actuar como hormona y como neurotransmisor [1].

La hormona oxitocina ejerce una variedad de acciones y está involucrada en un gran número de procesos fisiológicos y patológicos. Estas acciones incluyen la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en respuesta al estrés, el embarazo, la función lútea, el comportamiento maternal, la proliferación celular, la modulación de las relaciones emocionales y el comportamiento sexual, la función eréctil y la eyaculación, la anticoncepción, la función cardiovascular, la osteoporosis y los trastornos neuropsiquiátricos. Sin embargo, desempeña un papel central en los mecanismos del parto y la lactancia, sus funciones más conocidas y mejor establecidas son la estimulación de las contracciones uterinas durante el parto y la liberación de leche durante la lactancia [2].

Desde la síntesis de la oxitocina, en 1955, llevada a cabo por el americano Vincent du Vigneaud (Premio Nobel de Química [3]) hasta la actualidad, el uso de oxitocina sintética se ha extendido en la práctica habitual de las salas de partos. Sin embargo, y a pesar de sus beneficios demostrados, debe ser cuidadosamente controlado y monitorizado por profesionales de la salud. Una sobredosificación puede causar contracciones uterinas excesivas, que lleven a un posible sufrimiento fetal o ruptura uterina, entre otras complicaciones. Su reducción o interrupción durante el parto es una medida importante para manejar complicaciones y asegurar un parto seguro y más fisiológico. Se debe monitorizar su administración para equilibrar la eficacia de la inducción/estimulación del parto con la seguridad de la madre/bebé y reducir así los riesgos que una sobredosificación pueda generar.

Funciones de la oxitocina

Una de las funciones más significativas de la oxitocina está vinculada con el amor y el afecto. Esta sustancia actúa tanto como hormona como neurotransmisor, desempeñando un papel clave en la esfera emocional y social del ser humano.

Los descubrimientos de Kerstin Uvnäs Moberg, reconocida fisióloga sueca, especialista en salud y fisiología femeninas, con una trayectoria de más de 30 años trabajando en estos campos, la han convertido en pionera en la in-

vestigación sobre la oxitocina, "la hormona del amor y el bienestar". Es una de las primeras investigadoras en señalar los efectos conductuales, psicológicos y fisiológicos de la oxitocina durante el parto, la lactancia y la menopausia, y ha contribuido, entre otras cosas, a estimular el desarrollo de la oxitocina para convertirla en un fármaco, utilizado para aumentar la competencia social en personas autistas, reducir la ansiedad, el estrés y la depresión, y aumentar el bienestar. Kerstin Uvnäs Moberg también fue una de las primeras en estudiar el papel de la oxitocina en respuesta a la cercanía y el tacto, así como su papel en la interacción entre padres e hijos y en otros tipos de relaciones, como las que se establecen entre humanos y animales [4].

En el organismo, la oxitocina cumple diversas funciones fisiológicas: induce las contracciones uterinas que facilitan el parto, estimula la secreción de leche materna durante la lactancia y, además, está implicada en procesos relacionados con el apego emocional, el enamoramiento y la modulación del dolor, gracias a su acción analgésica [2].

El organismo humano posee receptores de oxitocina distribuidos en diferentes regiones, como el cerebro, la médula espinal, la musculatura uterina y la piel. Según su localización, la activación de estos receptores puede inducir fenómenos distintos, desde la contracción muscular hasta la modulación de la transmisión de información en el sistema nervioso mediante la acción neuronal [5].

La oxitocina se sintetiza en el hipotálamo, una pequeña región cerebral, y desde allí puede liberarse hacia la circulación sanguínea a través de la neurohipófisis, ejerciendo así funciones hormonales. De igual manera, puede transportarse a diferentes áreas del cerebro y de la médula espinal mediante conexiones neuronales, actuando en este caso como un neuromodulador [5].

En ambos sexos, la oxitocina se libera en respuesta al tacto cálido y placentero, así como durante el orgasmo. En las mujeres, además, desempeña un papel fundamental durante el parto y la lactancia, facilitando tanto las contracciones uterinas como la secreción de leche materna.

En 1906, el fisiólogo inglés Henry Dale descubrió que el extracto de la neurohipófisis inducía contracciones uterinas. Sin conocer la naturaleza química de dicho agente, propuso el nombre de oxitocina para esta sustancia. Esta palabra se deriva del griego antiguo ὄξύς (*oxys*), que significa rápido, y τόκος (*tokos*), nacimiento o parto; es decir, nacimiento o parto rápido [5].

La oxitocina se libera en pulsos con frecuencia y amplitud crecientes en la primera y segunda etapa del trabajo de parto, con algunos pulsos liberados en la tercera etapa de este. Durante el trabajo de parto, el feto ejerce presión sobre el cuello uterino, lo que activa un reflejo de prealimentación (el reflejo de Ferguson) que libera oxito-

cina. Cuando las contracciones del miometrio activan los nervios simpáticos, disminuye la liberación de oxitocina. Cuando la oxitocina se une a receptores de oxitocina induce contracciones miometriales. Los altos niveles de estrógeno circulante a término hacen que los receptores sean más sensibles. Además, la oxitocina estimula la síntesis y liberación de prostaglandinas en la decidua y las membranas corioamnióticas mediante la activación de un tipo específico de receptor de oxitocina. Las prostaglandinas contribuyen a la maduración cervical y a la contractilidad uterina durante el parto [6].

En este contexto, no se incrementa progresivamente la concentración de oxitocina, sino que los receptores miometriales de oxitocina aumentan su sensibilidad a lo largo del proceso, favoreciendo la eficacia de las contracciones uterinas. Por el contrario, la administración exógena de oxitocina a través de perfusión continua puede generar niveles supranormales y sostenidos de la hormona, con el consiguiente riesgo de hiperestimulación uterina y de alteraciones en la dinámica del parto y en la frecuencia cardíaca fetal. La exposición continua a altas dosis de oxitocina provoca la desensibilización del receptor [7].

La desensibilización, cuyo propósito es proteger a las células de la sobreestimulación tras una estimulación agónica prolongada, puede producirse muy rápidamente, en segundos o minutos [2].

Usos de la oxitocina exógena asociados al parto

La oxitocina natural se libera de manera fisiológica durante el trabajo de parto, pero también puede administrarse de forma exógena en situaciones específicas:

- Inducción del parto: cuando la continuación del embarazo representa un riesgo para la madre o el feto, se puede iniciar el trabajo de parto de manera artificial.
- Estimulación del parto: en casos de dinámica uterina insuficiente o ausencia de progreso, según las recomendaciones basadas en la evidencia científica actual (NICE, 2024) [8].
- Fortalecimiento de contracciones: la oxitocina exógena genera contracciones más regulares y potentes, aumentando la intensidad.
- Prevención y control de hemorragias posparto: se administra para favorecer la contracción uterina y reducir el riesgo de sangrado excesivo.

La dosis y duración de la administración dependen de la situación clínica específica, las características de cada paciente y los protocolos de trabajo de cada centro hospitalario.

¿Tiene efectos negativos?

La oxitocina sintética, aunque ampliamente utilizada, no está exenta de riesgos. Sus efectos adversos dependen de la dosis y de la respuesta individual de la paciente. Entre los más relevantes se encuentran la retención de orina y la aparición de contracciones uterinas excesivas, intensas y prolongadas, que pueden comprometer el bienestar materno y fetal. Estas alteraciones se reflejan en el registro cardiotocográfico como descensos en la frecuencia cardíaca fetal e incluso episodios de hipoxia, los cuales, en ocasiones, pueden resolverse suspendiendo la perfusión, pero en otros requieren una cesárea urgente o un parto instrumental.

Asimismo, el uso de oxitocina puede incrementar la necesidad de analgesia farmacológica favorecer la taquisistolia y la hipertonia uterina, y elevar el riesgo de rotura uterina (especialmente en mujeres con cesárea previa), hemorragia posparto, sufrimiento fetal y partos instrumentales o cesáreas. En casos de complicaciones, a menudo es necesario recurrir a otros fármacos para contrarrestar sus efectos, lo que añade otros riesgos relacionados con estos.

Por estos motivos, la oxitocina no debe emplearse de manera rutinaria en partos normales no inducidos y siempre requiere monitorización continua de la madre y del feto.

Su potencial de daño ha llevado a que tanto el Instituto para Prácticas Seguras de Medicación americano (ISMP) [9] como el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) de España la cataloguen como uno de los once medicamentos de alto riesgo. Se denominan *medicamentos de alto riesgo* aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Ello no implica que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de que ocurran, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves [10].

Los errores relacionados con la administración de oxitocina intravenosa para la inducción o aceleración del parto suelen estar relacionados con la dosis y, a menudo, implican la falta de reconocimiento oportuno y tratamiento adecuado de la actividad uterina excesiva (taquisistolia). Otros tipos de errores con la oxitocina incluyen la administración errónea de líquidos intravenosos con oxitocina para la reanimación con líquidos intravenosos durante patrones de frecuencia cardíaca fetal anormales o indeterminados o hipotensión materna, así como la administración electiva inapropiada de oxitocina a mujeres con menos de 39 semanas completas de gestación [11].

Contraindicaciones del uso de oxitocina

Contraindicaciones absolutas:

- Alergia a la oxitocina: no debe administrarse en mujeres con antecedentes de hipersensibilidad al fármaco.

- Sufrimiento fetal: la oxitocina está contraindicada si existen signos de sufrimiento del feto.
- Cesárea previa: se debe extremar la precaución en mujeres con antecedentes de cesárea.
- Insuficiencia coronaria o renal, o hipertensión: en estos casos, la dosis administrada debe ser baja y cuidadosamente controlada.

¿Qué implica el uso de oxitocina sintética de cara al parto?

La oxitocina sintética induce contracciones uterinas de mayor intensidad y dolor en comparación con la oxitocina endógena. Esta mayor percepción dolorosa suele incrementar la demanda de analgesia epidural, lo que a su vez puede enlentecer el progreso del parto. Ante dicha situación, con frecuencia se incrementa la perfusión de oxitocina, estableciéndose un círculo iatrogénico que expone tanto a la madre como al feto a un mayor riesgo de complicaciones.

Desde el punto de vista fetal, la fisiología del trabajo de parto requiere un intervalo mínimo de 2,5 a 3 minutos entre contracciones para permitir la recuperación de la saturación basal de oxígeno. La inducción de contracciones demasiado frecuentes mediante oxitocina exógena puede limitar este tiempo de recuperación, favoreciendo la aparición de hipoxia y sufrimiento fetal agudo, por lo que es necesario mantener una monitorización continua del proceso del parto que en ocasiones, si no se dispone de un sistema de telemetría inalámbrica, restringe la movilidad y esto repercute en el confort materno, aumentar la percepción dolorosa y producirse un enlentecimiento del proceso y descenso fetal.

¿Cuál es la manera correcta de administrar oxitocina sintética?

En cuanto a la utilización de oxitocina para inducir el parto, es fundamental discriminar en qué casos está verdaderamente justificada la inducción y, por tanto, evitar aquellas que no estén avaladas por la evidencia científica.

Para reducir la necesidad de oxitocina exógena debe cuidarse el ambiente para favorecer la secreción natural de oxitocina por parte de la mujer. Una vez inducido el parto y alcanzada una dinámica adecuada de contracciones, no hay razón para continuar suministrando oxitocina, ya que el trabajo de parto continuará gracias a la oxitocina endógena activada.

La perfusión de oxitocina debería iniciarse siempre a la menor dosis posible, ya que se ha demostrado que existe una relación entre el número de contracciones y la pérdida de bienestar fetal. Debe administrarse mediante bomba

de perfusión para regular la dosis y controlar la cantidad administrada.

Estudios indican que en partos prolongados con altas dosis de oxitocina se segrega ácido láctico y los receptores se saturan, lo que hace necesario realizar una pausa para un reset de los receptores.

Aceleración-estimulación/Inducción oxitócicas

Mientras la aceleración se refiere a la estimulación de contracciones espontáneas pero inadecuadas [12], la inducción del parto se describe con mayor precisión como el inicio artificial de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo de este [13].

La suspensión de la perfusión de oxitocina durante el trabajo de parto se ha consolidado como una práctica habitual en muchas salas de parto, orientada a minimizar la exposición innecesaria de las mujeres gestantes a medicación y a optimizar la seguridad materno-fetal. En la práctica clínica cotidiana, un número considerable de mujeres requiere inducción del parto, generalmente mediante oxitocina intravenosa. No obstante, en ciertos casos la perfusión se interrumpe debido a diversas situaciones, siendo una de las más habituales la aparición de anomalías en el registro cardiotocográfico (RCTG). Estas interrupciones pueden derivar en un aumento de cesáreas urgentes, motivadas por la necesidad de resolver compromisos fetales inmediatos.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo es evaluar los beneficios maternos y fetales de la suspensión de la perfusión de oxitocina en comparación con su administración continua durante partos de bajo y mediano riesgo, con el fin de determinar su impacto sobre la seguridad fetal, la progresión del trabajo de parto y la reducción de intervenciones obstétricas urgentes.

Material y métodos

Revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda en bases de datos MEDLINE-Pubmed, Cochrane y Google Academics en los últimos 15 años, utilizando descriptores DECS/MESH, búsqueda libre avanzada y uso de operadores booleanos, según criterios de selección.

Se han seleccionado 17 artículos, de los cuales dos son revisiones sistemáticas, dos son metaanálisis y 13 son estudios aleatorizados controlados.

Se ha realizado una revisión de la literatura sobre los beneficios de detener la oxitocina en el proceso del parto. Para ello, se ha efectuado una búsqueda de los artículos publicados, en inglés o español, desde 2013 hasta 2025. Se han utilizado los siguientes descriptores MESH en inglés y sus equivalentes en español, para PubMed, Cochrane, BVS y Cuiden: *oxytocin, continuous, discontinuation, scales*.

Como estrategia de búsqueda se utilizaron los operadores booleanos *AND* y *OR* en la siguiente ecuación de búsqueda: ("*Discontinuation intravenous oxytocin AND active phase*") *AND* ("*induced labor*"), con un resultado de siete artículos y se selecciona un artículo. "*Continued OR discontinued oxytocin AND the active phase labor*" con 2,971 resultados que se seleccionan dos artículos. "*Impact of discontinuing oxytocin AND active labour AND neonatal morbidity*", de aquí resultan tres artículos y se selecciona uno. También se realizó búsqueda en la base de datos de la Cochrane donde se seleccionó una revisión sistemática.

Por último, en el Google Academics, donde se seleccionó un estudio controlado aleatorizado.

Se ha realizado una lectura crítica de los títulos y resúmenes obtenidos y se han seleccionado los estudios publicados que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios que incluyeran detener la oxitocina durante el trabajo de parto activo.
- Estudios que incluyeran el impacto neonatal sobre detener la perfusión de oxitocina o el uso de esta.
- Estudios en los que se compara la detención de la oxitocina en el trabajo de parto activo con los que no.
- Todos los artículos que no cumplieren los criterios anteriores fueron excluidos.

Resultados

Budden et al. [13], con el objetivo de determinar la eficacia y seguridad de la oxitocina en dosis altas frente a dosis bajas para la inducción del parto a término, incluyeron en su revisión nueve ensayos, que involucran a 2.391 mujeres y sus bebés. Los ensayos tuvieron un riesgo de sesgo de moderado a alto en general.

- Los resultados de esta revisión no aportan evidencia de que la oxitocina en dosis altas aumente el parto vaginal en 24 horas ni la tasa de cesáreas.
- No hubo diferencia en la morbilidad materna grave o muerte, no hubo diferencia en la morbilidad neonatal grave o muerte perinatal, pero las mujeres que recibieron oxitocina en dosis altas tuvieron un mayor riesgo de contracciones uterinas excesivas (conocidas como *hiperestimulación uterina*), aunque ningún ensayo informó sobre el número de mujeres que tuvieron hiperestimulación uterina con cambios en la frecuencia cardíaca fetal.
- Los resultados de los resultados secundarios no revelaron diferencias entre el tiempo desde la inducción hasta el parto, ruptura uterina analgesia epidural parto instrumental Apgar menor de siete a los cinco minutos, muerte perinatal posparto hemorragia o endometritis.

- Se encontró un aumento significativo en la hiperestimulación sin especificar cambios en la frecuencia cardíaca fetal en el grupo de dosis alta, no se informaron otros resultados secundarios: cuello uterino sin cambios/desfavorable después de 12 a 24 horas, líquido teñido de meconio, ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales, encefalopatía neonatal, discapacidad en la infancia, otros efectos secundarios maternos (náuseas, vómitos, diarrea), uso de antibióticos maternos, satisfacción materna, infección neonatal y uso de antibióticos neonatales.
- No se observa una disminución significativa en el tiempo transcurrido entre la inducción y el parto en el metaanálisis, pero estos resultados podrían estar sesgados por la baja calidad de los ensayos.
- Se ha demostrado que la oxitocina en dosis altas aumenta la tasa de hiperestimulación uterina, pero sus efectos no están claros.
- La probabilidad de tener una cesárea fue similar con las diferentes dosis de oxitocina para la inducción del parto.
- En varios de los ensayos (revisión sistemática), las mujeres fueron asignadas aleatoriamente a recibir perfusión continua de oxitocina hasta el parto o a la interrupción de esta una vez establecida la fase activa, definida de manera variable entre los estudios. En todos los casos, la infusión se preparó con una concentración estándar de cinco unidades internacionales de oxitocina diluidas en 500 ml de solución salina isotónica (la preparación estándar suele ser de 5 UI de oxitocina en 500 ml de suero, categorizando los regímenes de "dosis baja" cuando se inician con menos de 4 mU/min).

El resultado de este trabajo concluye en que las mujeres que recibieron dosis altas de oxitocina no tuvieron mayor probabilidad de tener un intervalo más corto entre la inducción y el parto, o de tener un parto vaginal dentro de las 24 horas posteriores a recibir el tratamiento, que las mujeres que recibieron dosis bajas de oxitocina. Sin embargo, cuando se eliminaron del análisis los ensayos de baja calidad, el intervalo entre la inducción y el parto fue significativamente más corto con oxitocina en dosis altas en comparación con oxitocina en dosis bajas.

Otra de las revisiones estudiadas [14] como la efectuada sobre 10 estudios controlados aleatorizados (1.888 mujeres y sus bebés) realizados en hospitales de Dinamarca, Grecia, Turquía, Israel, Irán, EE.UU., Bangladés, India y Tailandia, no se puede confiar en los resultados debido a las limitaciones del diseño del estudio y a la forma en que se informaron los hallazgos. Sin embargo, los resultados fueron:

- Interrumpir la oxitocina intravenosa durante el trabajo de parto activo puede reducir el número de mujeres que

se someten a una cesárea (nueve ensayos, 1.784 mujeres). Sin embargo, al realizar otro análisis que incluyó solo a las mujeres que estaban en trabajo de parto activo, observaron que probablemente hubiera poca o ninguna diferencia entre los dos grupos (cuatro ensayos, 787 mujeres).

- Interrumpir la oxitocina intravenosa probablemente reduce el riesgo de que las mujeres tengan contracciones demasiado prolongadas o demasiado fuertes, lo que resulta en cambios en la frecuencia cardíaca del bebé (tres ensayos, 486 mujeres).
- No se sabe con certeza si suspender la oxitocina intravenosa afecta el riesgo de infección bacteriana de las membranas o corioamnionitis (un ensayo, 252 mujeres).
- Suspender la oxitocina intravenosa durante el parto podría tener poco o ningún impacto en el uso de analgésicos y epidural por parte de las mujeres, en comparación con las mujeres que continuaron recibiendo oxitocina intravenosa (tres ensayos, 556 mujeres). Se concluyó que la interrupción de la estimulación con oxitocina intravenosa, una vez establecida la fase activa del trabajo de parto, puede reducir los partos por cesárea, pero la evidencia al respecto fue de baja certeza.
- Al restringir su análisis a los ensayos que informaron por separado sobre las participantes que alcanzaron la fase activa del trabajo de parto, sus resultados mostraron que probablemente haya poca o ninguna diferencia entre los grupos. La interrupción de la oxitocina intravenosa puede reducir la taquisistolia uterina combinada con una frecuencia cardíaca fetal anormal.
- La interrupción de la perfusión de oxitocina durante la fase activa se asoció con una menor incidencia de alteraciones en el registro cardiotocográfico fetal, en comparación con la administración continua.
- En el grupo de infusión sostenida, entre el 4,6% y el 8,7% de las mujeres requirió la suspensión de la oxitocina por la aparición de una frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora.
- En contraste, en los grupos de interrupción fue necesario reiniciar la perfusión en proporciones variables, que oscilaron entre el 3,8% y el 46,4% de los casos, fundamentalmente debido a la falta de progresión del parto.

Por su parte, Jlyang et al. [15], con el objetivo de evaluar sistemáticamente el efecto de la administración de oxitocina, tanto si se interrumpe como si se continúa, una vez establecida la fase activa del parto, obtuvieron como resultados:

- La interrupción de la oxitocina una vez establecido el trabajo de parto activo podría disminuir el riesgo de

parto por cesárea. Sin embargo, cuando restringieron su análisis a las mujeres que realizaron una cesárea después de alcanzar la fase activa, la diferencia no fue significativa.

- La incidencia de taquisistolia uterina 0,36 (0,27-0,49)], hemorragia posparto: 0,78 (y frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora: 0,66 (0,58-0,76)) fueron significativamente menores en el grupo de interrupción de la oxitocina.
- También encontraron una posible disminución en el riesgo de corioamnionitis en el grupo que suspendió la perfusión: 2,77 (1,02-5,08)]. Se observó una mayor duración de la fase activa [2,28 (2,86-41,71)] y de la segunda 5,36 (3,18-7,54)] del trabajo de parto en el grupo que suspendió la oxitocina, mientras que el tiempo total del parto no fue significativamente diferente [DM 20,17 (-24,92-65,26)]. La conclusión fue que una vez alcanzada la fase activa del trabajo de parto, la interrupción de la oxitocina podría considerarse una nueva recomendación para mejorar los resultados maternos y fetales sin retrasar el parto.

Girault et al. [16] quisieron evaluar el impacto de la interrupción de la oxitocina durante el trabajo de parto activo en la morbilidad neonatal y sobre 2.459 participantes asignadas aleatoriamente, 2.170 fueron elegibles para recibir la intervención y se incluyeron en el análisis final modificado por intención de tratar.

- El resultado primario se produjo en 102 (9,6%) de 1.067 participantes (IC del 95%: 7,9 a 11,5) en el grupo de oxitocina discontinua y en 101 (9,2%) de 1.103 participantes (7,6 a 11,0) en el grupo de oxitocina continua; diferencia absoluta del 0,4% (IC del 95%: -2,1 a 2,9); riesgo relativo de 1,0 (IC del 95%: 0,8 a 1,4). No se observaron diferencias clínicamente significativas en los eventos adversos entre los dos grupos de la población de seguridad.

En conclusión, los autores afirman que entre las participantes que recibieron oxitocina al inicio del trabajo de parto, la interrupción de la oxitocina al alcanzar la fase activa no redujo de forma clínica ni estadísticamente significativa la morbilidad neonatal en comparación con la administración continua de oxitocina.

Con el fin de evaluar el papel de la actividad uterina en el resultado fetal. Bakker et al. [17] obtuvieron como resultado:

- Un pH de la arteria umbilical de 7,11 o inferior al nacer se asocia con una actividad uterina significativamente mayor durante la primera y la segunda etapa del parto. En conclusión, afirman que el aumento de la actividad uterina se asocia significativamente con una mayor incidencia de un pH de la arteria umbilical de 7,11 o inferior.

Saccone et al. [18] se propusieron evaluar los beneficios y los riesgos de la interrupción de la oxitocina una vez alcanzada la fase activa del parto. Concluyeron en que, a pesar del uso generalizado de la oxitocina, no existe consenso sobre su modo de administración e indicaron que en dos estudios preclínicos han demostrado que:

- Después de 10 horas de uso de oxitocina, la concentración del receptor del miometrio disminuye y la administración posterior de oxitocina no tiene efecto alguno o tiene un efecto negativo sobre la contractilidad miometrial.

Este trabajo no muestra diferencias en la duración del parto al comparar la interrupción de la perfusión de oxitocina con la interrupción de esta una vez alcanzada la fase activa del parto tras la inducción. Esto podría sugerir que la desensibilización del receptor de oxitocina inducida por la oxitocina como se ha demostrado *in vitro* también puede ocurrir *in vivo*. Una vez que el parto ha entrado en la fase activa (p. ej.: una dilatación cervical de aproximadamente 5 cm en la mayoría de los ECA incluidos), la administración adicional de oxitocina no parece estar asociada con ningún beneficio, salvo un parto más corto, pero sí con ciertos efectos adversos.

- También dedujeron que, en gestaciones únicas con presentación cefálica a término, la interrupción de la infusión de oxitocina una vez alcanzada la fase activa del parto reduce el riesgo de cesárea y de taquisistolia uterina en mujeres sometidas a inducción del parto.
- En cuanto a la duración del trabajo de parto, la interrupción de la perfusión no se asoció con un aumento significativo de la prolongación de la fase activa. La diferencia media observada entre ambos grupos fue de apenas 26 minutos, sin alcanzar significación estadística. Tampoco existe evidencia concluyente sobre el efecto de esta intervención en la incidencia de coriamnionitis.

Dada esta evidencia, la interrupción de la infusión de oxitocina una vez establecida la fase activa del parto en mujeres sometidas a inducción debe considerarse como un plan de manejo alternativo y eficaz.

En relación con la investigación, sobre si la interrupción de la infusión de oxitocina aumenta la duración de la fase activa del parto y reduce las complicaciones maternas y neonatales, Bor et al. [19] obtuvieron como resultados:

- La fase activa del trabajo de parto se prolongó 41 minutos (IC del 95%: 11-75 minutos) en el grupo que interrumpió el tratamiento (mediana de 125 minutos en 85 mujeres que alcanzaron la fase activa y tuvieron un parto vaginal) en comparación con el grupo que continuó el tratamiento (mediana de 88 minutos en 78 mujeres).
- La incidencia de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (51% frente a 20%) e hiperestimulación uterina (12%

frente a 2%) fue significativamente mayor en el grupo que continuó el tratamiento con oxitocina que en el que interrumpió el tratamiento.

- La incidencia de taquisistolia, cesáreas, hemorragia posparto, desgarros perineales de tercer grado y resultados neonatales adversos fue mayor en el grupo que continuó el tratamiento, pero no alcanzó la significación estadística.

La conclusión de los autores fue que la interrupción de la infusión de oxitocina durante la fase activa del trabajo de parto puede mejorar algunos resultados, pero presenta la desventaja de aumentar la duración de la fase activa.

Respecto a los resultados maternos, Cahill et al. [20] encontraron que las dosis máximas de oxitocina superiores a 20 mU/min incrementaron el riesgo de ruptura uterina en cuatro veces o más (21-30 mU/min), por lo que su conclusión es utilizar una dosis máxima de oxitocina de 20 mU/min en los ensayos de parto vaginal después de cesárea (VBAC) para evitar un riesgo inaceptablemente alto de ruptura uterina.

En relación con la hemorragia posparto, Grotegut et al. [21] probaron tras su estudio que las mujeres con hemorragia posparto grave secundaria a atonía uterina recibieron una cantidad significativamente mayor de oxitocina en comparación con el grupo control.

En este otro trabajo [22], los investigadores compararon la carbetocina, análogo de la oxitocina de acción prolongada, con la oxitocina en la prevención de la atonía uterina después de una cesárea, confirmando tras sus resultados que la probabilidad de fracaso del tratamiento que requirió intervención con oxitocina fue 2,03 veces mayor en el grupo de oxitocina en comparación con el grupo de carbetocina, respectivamente. En consecuencia, postularon la carbetocina como un nuevo fármaco para la prevención de la atonía uterina, parece ser más eficaz que la infusión continua de oxitocina, ya que además presenta un perfil de seguridad similar.

Phaneuf et al. [23] demostraron que el uso prolongado también puede disminuir la eficacia de la inducción del parto debido a la desensibilización de los receptores miometriales de oxitocina.

En casos excepcionales, dosis excesivas han provocado retención de agua, hiponatremia, isquemia miocárdica, convulsiones y coma [24].

Se ha planteado la posibilidad de efectos adversos a largo plazo en la descendencia. En este sentido, Dahlen et al. [25] cuestiona un posible impacto en el desarrollo conductual de los niños expuestos intraútero, aunque la evidencia disponible es aún insuficiente para establecer una relación causal, conjetura que también afirma la Dra. Kerstin Uvnäs-Moberg, en su trabajo anteriormente mencionado [6].

Por su parte, Bell et al. [27] ponen en evidencia la necesidad de una comprensión más profunda del papel del parto fisiológico en los resultados bioconductuales de la madre y el bebé; el contexto individual, las adversidades a lo largo del ciclo vital, los antecedentes de trauma, el genotipo y los procesos epigenéticos son factores que pueden programar el sistema de oxitocina alterando (y posiblemente aumentando) la sensibilidad a la oxitocina sintética durante el parto. Los autores sugieren que la oxitocina desempeña un papel clave, más allá del parto, en la transición a la maternidad influyendo posiblemente en reactividad al estrés, comportamientos maternos, estado de ánimo materno y lactancia.

Finalmente, la última revisión estudiada [28] afirma que las variaciones actuales en los regímenes de oxitocina para la inducción y la estimulación del parto resultan inexplicables, por lo que es fundamental administrar el régimen de infusión mínimo adecuado, ya que la oxitocina sintética es un medicamento potencialmente dañino con graves consecuencias para la madre y el bebé cuando se usa incorrectamente. El grupo supone que estimar la cantidad total de UI de oxitocina recibida por las mujeres en trabajo de parto, junto con el tipo de parto en la institución y los resultados neonatales, puede profundizar la comprensión y ser clave para identificar el régimen de infusión óptimo.

Discusión/conclusiones

- Aunque la administración de oxitocina intravenosa sigue estando indicada en numerosos contextos clínicos, la evidencia disponible sugiere que, una vez instaurada la fase activa, el parto puede progresar de manera fisiológica sin la perfusión continua de oxitocina, optimizando así la seguridad materno-fetal.
- La principal justificación para la interrupción de la perfusión de oxitocina exógena durante el trabajo de parto radica en el riesgo de hiperestimulación uterina y sus efectos negativos para el binomio materno-fetal asociados a su administración continua, fenómeno ampliamente documentado en la literatura.
- Conocer a la perfección la fisiología del parto es fundamental para acompañar y dirigir este proceso natural, por, y a la vez, garantizar la máxima seguridad al binomio materno fetal en el proceso de parto y nacimiento.
- A la vista de la evidencia plasmada en la literatura científica existe la clara necesidad de individualizar la indicación clínica y monitorear cuidadosamente la dinámica del trabajo de parto, actividad de control fundamental de la asistencia de la matrona al parto y nacimiento.
- Aún se requieren ensayos clínicos de alta calidad metodológica para precisar el momento óptimo de suspensión de la oxitocina, definir la población más beneficia-

da y evaluar desenlaces adicionales de relevancia clínica, incluyendo la satisfacción materna, efectos a largo plazo sobre la descendencia en su desarrollo neuroconductor y la percepción de los profesionales sanitarios sobre la intervención.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Dorres A. ¿Qué es la oxitocina y qué funciones realiza esta hormona? Portal Psicología y Mente. [internet] 2016 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/neurociencias/oxitocina-hormona>
- [2] Vrachnis N, Malamas FM, Sifakis S, Deligeoroglou E, Iliodromiti Z. The oxytocin-oxytocin receptor system and its antagonists as tocolytic agents. *Int J Endocrinol*. 2011; 2011:350546.
- [3] The Nobel Prize. Biographia Vincent du Vigneaud. Nobel Prize [internet] [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/chemistry/1955/vigneaud/biographical/>
- [4] Uvnäs Moberg K. Blog Kerstin Uvnäs Moberg. [internet] 2024. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.kerstinuvnasmoberg.com/kerstin-uvnas-moberg/#:~:text=Kerstin%20Uvn%C3%A4s%20Moberg's%20discoveries%20have,%2C%20birth%2C%20breastfeeding%20and%20menopause>
- [5] González Hernández A. Oxitocina: la hormona del amor y del dolor. *Rev Ciencia* [internet] 2020 [citado 15 abr 2026]; 71(2). Disponible en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/71_2/PDF/09_71_2_1230_Oxitocina-L.pdf
- [6] Uvnäs-Moberg K. The physiology and pharmacology of oxytocin in labor and in the peripartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2024; 230(3):740-58. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.011>
- [7] Phaneuf S, Asbóth G, Carrasco MP, Europe-Finner GN, Saji F, Kimura T, Harris A, López Bernal A. The desensitization of oxytocin receptors in human myometrial cells is accompanied by down-regulation of oxytocin receptor messenger RNA. *J Endocrinol*. 1997; 154(1):7-18.
- [8] Intrapartum care. NICE guideline Reference number: NG235 Published: 29 September 2023. NICE [internet] [citado 15

- abr 2026]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/rationale-and-impact#use-of-oxytocin-in-the-first-or-second-stage-of-labour>
- [9] ISMP. ISMP's List of High-Alert Medications. Nursing World [internet] 2007 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.nursingworld.org/globalassets/practiceandpolicy/innovation--evidence/high-alert-medications-list.pdf>
- [10] ISMP-España. Lista de Medicamentos de Alto Riesgo. ISMP [internet] 2012 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.ismpespana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo.pdf>
- [11] Simpson KR, Knox GE. Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2009; 34(1):8-15; quiz 16-7.
- [12] Wei SQ, Luo ZC, Qi HP, Xu H, Fraser WD. High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203(4):296-304. doi: 10.1016/j.ajog.2010.03.007
- [13] Budden A, Chen LJ, Henry A. High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 10:CD009701. doi: <https://doi.org.10.1002/14651858.CD009701.pub2>
- [14] Boie S, Glavind J, Velu AV, Mol BWJ, Ulbjerg N, de Graaf I, et al. Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 8(8):CD012274. doi: <https://doi.org.10.1002/14651858.CD012274.pub2>
- [15] Jiang D, Yang Y, Zhang X, Nie X. Continued versus discontinued oxytocin after the active phase of labor: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2022; 17(5):e0267461. doi: <https://doi.org.10.1371/journal.pone.0267461>
- [16] Girault A, Sentilhes L, Desbrière R, Berveiller P, Korb D, Bertholdt C, et al; collaborators of the STOPOXY trial and the Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (GROG). Impact of discontinuing oxytocin in active labour on neonatal morbidity: an open-label, multicentre, randomised trial. *Lancet.* 2023; 402(10417):2091-100. Doi: [https://doi.org.10.1016/S0140-6736\(23\)01803-2](https://doi.org.10.1016/S0140-6736(23)01803-2). Erratum in: *Lancet.* 2024; 403(10425):438. doi: [https://doi.org.10.1016/S0140-6736\(24\)00142-9](https://doi.org.10.1016/S0140-6736(24)00142-9).
- [17] Bakker PC, Kurver PH, Kuik DJ, Van Geijn HP. Elevated uterine activity increases the risk of fetal acidosis at birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196(4):313.e1-6. doi: <https://doi.org.10.1016/j.ajog.2006.11.035>
- [18] Saccone G, Ciardulli A, Baxter JK, Quiñones JN, Diven LC, Pinar B, Maruotti GM, Martinelli P, Berghella V. Discontinuing Oxytocin Infusion in the Active Phase of Labor: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017 Nov;130(5):1090-16. doi: <https://doi.org.10.1097/AOG.0000000000002325>
- [19] Bor P, Ledertoug S, Boie S, Knoblauch NO, Stornes I. Continuation versus discontinuation of oxytocin infusion during the active phase of labour: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2016; 123(1):129-35. doi: <https://doi.org.10.1111/1471-0528.13589>
- [20] Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, Odibo AO, Allsworth JE, Evanoff B, Macones GA. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):32.e1-5. doi: <https://doi.org.10.1016/j.ajog.2008.03.001>
- [21] Grotegut CA, Paglia MJ, Johnson LN, Thames B, James AH. Oxytocin exposure during labor among women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 204(1):56.e1-6. doi: <https://doi.org.10.1016/j.ajog.2010.08.023>
- [22] Dansereau J, Joshi AK, Helewa ME, Doran TA, Lange IR, Luther ER, et al. Double-blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180(3 Pt 1):670-6. doi: [https://doi.org.10.1016/s0002-9378\(99\)70271-1](https://doi.org.10.1016/s0002-9378(99)70271-1)
- [23] Phaneuf S, Rodríguez Liñares B, TambyRaja RL, MacKenzie IZ, López Bernal A. Loss of myometrial oxytocin receptors during oxytocin-induced and oxytocin-augmented labour. *J Reprod Fertil.* 2000; 120(1):91-7. doi: <https://doi.org.10.1530/jrf.0.1200091>
- [24] Oscarsson ME, Amer-Wählin I, Rydhstroem H, Källén K. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(9):1094-8. doi: <https://doi.org.10.1080/00016340600804530>
- [25] Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Med Hypotheses.* 2013; 80(5):656-62. doi: <https://doi.org.10.1016/j.mehy.2013.01.017>
- [26] Vlachos DE, Pergialiotis V, Papantoniou N, Trompoukis S, Vlachos GD. Oxytocin discontinuation after the active phase of labor is established. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015; 28(12):1421-7. doi: <https://doi.org.10.3109/14767058.2014.955000>
- [27] Bell AF, Erickson EN, Carter CS. Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *J Midwifery Womens Health.* 2014; 59(1):35-42; quiz 108. doi: <https://doi.org.10.1111/jmwh.12101>
- [28] Daly D, Minnie K, Blignaut A, Blix E, Nilsen AB, Dencker A, et al. How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *PLoS One.* [internet] 2020 [citado 15 abr 2026; 15(7):e0227941. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227941>

¹ Ana Isabel Anocibar
Marcano

Nutracéuticos durante el embarazo: evidencia y recomendaciones desde la consulta de matrona en Atención Primaria

¹ Matrona. Centro de Salud Los Alpes. Madrid (España).

E-mail: aisabel.anocibar@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2025.

Fecha de aceptación: 30 de marzo de 2026.

Cómo citar este artículo:

Anocibar Marcano AI. Nutracéuticos durante el embarazo: evidencia y recomendaciones desde la consulta de matrona de Atención Primaria. *Matronas Hoy* 2026; 14(1):41-6.

Resumen

Introducción: los nutracéuticos son productos derivados de alimentos que contienen componentes bioactivos y pueden complementar, en el caso de embarazo, la nutrición materna.

Objetivos: revisar la evidencia científica sobre los principales micronutrientes y suplementos en el embarazo. Analizar el papel de las matronas en la consulta de Atención Primaria para orientar sobre su uso seguro.

Material y método: exposición descriptiva sobre el uso de nutracéuticos en el embarazo.

Discusión y conclusiones: la suplementación durante el embarazo debe ser individualizada, basada en evidencia y supervisada por profesionales de salud, rol fundamental de la matrona.

Los nutracéuticos pueden complementar, pero nunca reemplazar una dieta equilibrada y el control médico.

Palabras clave: atención primaria; embarazo; nutracéuticos; matrona; suplementación; salud fetal; salud materna.

Abstract

Nutraceuticals during pregnancy: evidence and recommendations from the primary care midwife

Introduction: nutraceuticals are food-derived products which contain bioactive components and can complement maternal nutrition during pregnancy.

Objectives: to review scientific evidence about the main micronutrients and supplements in pregnancy. To analyse the role of midwives in Primary Care regarding orientation about their safe use.

Materials and Methods: a descriptive presentation on the use of nutraceuticals during pregnancy.

Discussion and Conclusions: supplementation during pregnancy must be individualized, based on evidence, and supervised by health professionals; this is the essential role of midwives. Nutraceuticals can complement, but never replace, a well-balanced diet and medical follow-up.

Key words: Primary Care; pregnancy; nutraceuticals; midwife; supplementation; fetal health; maternal health.

Introducción

El término nutracéuticos, acuñado por el Dr. Stephen De-felice (1989), combina nutrición y farmacología, y hace referencia a productos derivados de alimentos que ofrecen beneficios para la salud y la prevención de enfermedades, especialmente durante la gestación [1].

Los nutracéuticos se refieren a cualquier partícula de alimento (entera) o una parte del alimento (producto alimenticio purificado), que brinda beneficios médicos o para la salud, e incluyen la prevención y el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, recientemente los nutracéuticos se redefinen como un producto alimenticio, sus metabolitos secundarios podrían brindar beneficios para la salud (para prevenir o tratar enfermedades) en el entorno clínico [2].

Su comercialización en España y la Unión Europea está regulada por las agencias de seguridad alimentaria y las autoridades sanitarias competentes, aunque no son medicamentos y no requieren prescripción [3, 4].

En la consulta de matrona en Atención Primaria, la orientación sobre nutrición y el uso seguro de nutracéuticos resulta fundamental para garantizar un embarazo saludable.

En España, las competencias de la matrona, en relación con la alimentación y los nutracéuticos en el embarazo, son fundamentales para garantizar una atención integral, orientada tanto a la salud materna como fetal.

Aunque la función principal de la matrona es garantizar una atención integral y control del embarazo de bajo riesgo, igualmente está capacitada para proporcionar recomendaciones nutricionales y orientar sobre el uso seguro de suplementos y nutracéuticos.

Los nutracéuticos se presentan en cápsulas, polvos, tabletas o líquidos y contienen minerales, vitaminas, antioxidantes, ácidos grasos y probióticos, entre otros. Su uso debe ser informado, seguro y respaldado por la evidencia científica disponible [5].

Objetivos

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

- Revisar la evidencia científica sobre los principales micronutrientes y suplementos en el embarazo.
- Analizar el papel de las matronas en la consulta de Atención Primaria para orientar sobre su uso seguro.

Material y método

Tomando como referencia el Protocolo de Atención al Embarazo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que establece métodos y técnicas de atención

clínica avalados y ampliamente aceptados, se han desarrollado los protocolos aplicados en distintos departamentos y servicios hospitalarios de España. En este contexto, se ha llevado a cabo una revisión monográfica centrada en el uso de nutracéuticos durante el embarazo.

La estrategia de búsqueda se ha basado en la selección de los artículos y las revisiones sistemáticas más recientes, con especial atención a aspectos como su utilización, dosificación e interacciones. Como resultado, se presenta una exposición descriptiva sobre el uso de estos compuestos desde el ámbito de la Atención Primaria, en el marco del seguimiento del embarazo de bajo riesgo.

Resultados

Nutrición y embarazo

La evidencia actual demuestra que una nutrición materna adecuada constituye un determinante clave en la seguridad placentaria, el neurodesarrollo fetal y la prevención de complicaciones perinatales [5].

El embarazo supone un desafío desde el punto de vista nutricional, debido a que las necesidades de nutrientes esenciales están aumentadas y una alteración en su ingesta puede afectar a la salud materno-fetal.

Entre los principales riesgos asociados a déficits de micronutrientes esenciales se incluyen los defectos del tubo neural (DTN), anemia, preeclampsia, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y riesgo aumentado de enfermedades crónicas en el recién nacido [5].

En mujeres sanas con una alimentación equilibrada, las reservas energéticas suelen ser suficientes para lograr un desarrollo fetal adecuado. No obstante, la planificación de la ganancia ponderal, según el índice de masa corporal previo y las recomendaciones de suplementación, tiene un alto índice costo-beneficio según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [6].

Por otro lado, factores como náuseas, vómitos, mitos culturales, desigualdad en el acceso a alimentos saludables y modas difundidas en redes sociales pueden dificultar el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales.

Además, persisten controversias en relación con el uso de multivitamínicos, probióticos y suplementos herbales, lo que subraya la necesidad de garantizar un estado nutricional óptimo basado en la evidencia científica [7-9].

Principales micronutrientes y suplementos durante el embarazo

Ácido fólico: disminuye el riesgo de DTN, preeclampsia y mejora la función endotelial.

Suplementación estándar: 400-600 µg/día. Al menos un mes antes de la concepción hasta la semana 12 de gestación. (Si toma previa de ACH, se precisan dos meses previos a la suspensión de la píldora).

Grupos de alto riesgo que requieren dosis mayores (hasta 4 mg/día) incluyen antecedentes de DTN en embarazos previos, diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID), epilepsia, obesidad (IMC > 30) y otras condiciones que aumenten el riesgo de defectos [3, 4].

Yodo: esencial para síntesis hormonal tiroidea y desarrollo neurológico fetal. Recomendación: 200 µg/día; sal yodada 3-4 g/día, dosis máxima OMS: 5 g/día. Como el yodo no se acumula, requiere reposición continua [3].

Hierro: previene la anemia ferropénica, el aborto espontáneo y el bajo peso al nacer. Suplementos: 30 mg/día; 60 mg/día en embarazos múltiples. Atención especial a adolescentes, dietas pobres en hierro y periodos intergenésicos cortos (< 1 año) [8].

Calcio: desarrollo óseo y dental fetal, prevención de preeclampsia (regulación P.A.) Recomendación: 1.000-1.300 mg/día según edad y factores de riesgo. Tres raciones de alimentos ricos en calcio cubren aproximadamente la dosis diaria [3, 10].

Atención especial en dietas con bajo consumo en lácteos, adolescentes y mujeres gestantes con riesgo de preeclampsia.

Vitamina D: regula el metabolismo del calcio y la función inmunitaria. Su déficit se ha asociado a hipertensión, preeclampsia, bajo peso, alteraciones óseas y diabetes gestacional. Respecto al feto, se ha relacionado con bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado (CIR) y alteraciones del desarrollo óseo fetal.

Dado que existen pocos alimentos que contengan vitamina D en cantidades significativas, la exposición solar constituye la principal fuente de obtención. La suplementación recomendada es de 400-600 UI/día, individualizando según niveles séricos y factores de riesgo. La suplementación diaria en forma de vitamina D₃ (colecalfiferol) se considera segura durante el embarazo [11].

Actualmente, no existen datos suficientes para recomendar un cribado rutinario de vitamina D a todas las mujeres gestantes. El nivel óptimo durante el embarazo continúa siendo motivo de debate, aunque se recomienda mantener concentraciones séricas superiores a 20 ng/ml.

DHA (omega-3): desarrollo neurológico y visual, efectos antiinflamatorios. Dosis: 200-300 mg/día, equivalente a 2-3 raciones de pescado azul por semana [12, 13].

Vitamina B₁₂: esencial para la prevención de anemia megaloblástica, prevención de aborto espontáneo, bajo peso y defectos cardíacos, especialmente en mujeres veganas o con trastornos de absorción [8].

Probióticos: prevención de infecciones vaginales, mejora de sensibilidad a insulina y metabolismo de la glucosa. Cepas eficaces: Lactobacillus y Bifidobacterium [14-16].

Evidencia emergente.

Magnesio: prevención de calambres, fatiga muscular y estreñimiento; posible reducción de riesgo de parto prematuro. Evidencia limitada y de baja calidad, sin demostrarse una reducción significativa en los resultados adversos importantes del embarazo [17, 18].

En los cuadros 1 y 2 se presenta un resumen de los principales micronutrientes y sus interacciones potenciales entre nutracéuticos y medicamentos.

Cuadro 1. Micronutrientes y suplementos

Nutriente	Funciones principales	Dosis recomendada	Grupos de riesgo	Referencia
Ácido fólico	Prevención defectos tubo neural, mejora la función endotelial	0,4 mg/día; alto riesgo 4 mg/día	Antecedentes DTN, DMNID, epilepsia, IMC > 30	3,4
Yodo	Síntesis hormonas tiroideas, desarrollo neurológico fetal	200 mcg/día; sal yodada (3-4 g/día)	Dietas pobres en yodo, déficit nutricional	3
Hierro	Prevención anemia ferropénica, aborto, parto prematuro	30 mg/día (60 mg/día en gestaciones múltiples)	Dietas pobres en hierro, adolescentes, intervalos < 1 año	8
Calcio	Desarrollo óseo fetal, prevención preeclampsia	1.000-1.300 mg/día (tres raciones de lácteos)	Bajo consumo lácteos, adolescentes, riesgo PE	3,1
Vitamina D	Regula del calcio, inmunidad. Prevención PE, DG, CIR	400-600 UI/día; personalizar en deficiencia	Obesidad, PE previa, poca exposición solar, HTA crónica, VIH	11

Cuadro 1. Micronutrientes y suplementos (continuación)

Nutriente	Funciones principales	Dosis recomendada	Grupos de riesgo	Referencia
DHA	Desarrollo neurológico y visual	200-300 mg/día; (pescado azul 2-3 veces/semana)	Dietas sin pescado, vegetarianas	12, 13
Vitamina B ₁₂	Prevención aborto, DG, PE, bajo peso al nacer. Prevención de anemia megaloblástica	1-2 mcg/día	Veganismo, malabsorción, cirugía bariátrica	8
Probióticos	Modulación microbiota materna, prevención DG (mejora metabolismo glucosa), prevención de infecciones vaginales	Cepas específicas (Lactobacillus, Bifidobacterium), evidencia emergente	Mujeres con DG previa, infecciones vaginales recurrentes	14-16
Magnesio	Prevención calambres, fatiga muscular, riesgo parto prematuro	Dieta rica en frutos secos, semillas, verduras. Suplementos según síntomas	Dietas pobres, síntomas musculares, riesgo de parto prematuro	17, 18

Cuadro 2. Interacciones potenciales entre nutracéuticos y medicamentos

Nutriente/ Nutracéutico	Medicamento o grupo	Efecto de la interacción	Consecuencia clínica	Referencia
Calcio	Hierro	Disminuye la absorción del hierro	Riesgo de anemia ferropénica	19, 20
Ácido fólico	Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezepina)	Disminuye niveles de folato	Mayor riesgo de defectos del tubo neural	21, 22
Omega-3 (DHA/EPA)	Anticoagulantes (HBPM, warfarina)	Potencia el efecto anticoagulante	Riesgo de sangrado	23, 27
Magnesio	Antibióticos (tetraciclinas, quinolonas)	Disminuye absorción del antibiótico	Menor eficacia terapéutica	24, 28
Vitamina A	Retinoides (isotretinoína, acitretina)	Potencia efecto teratogénico	Riesgo de malformaciones congénitas	25, 26

Nota: las interacciones descritas se basan en evidencia clínica y farmacológica publicada en fuentes como PubMed, Cochrane Library, Drugs.com y revisiones especializadas. Se recomienda interpretar como interacciones potenciales y valorar cada caso de forma individual

Rol de la matrona en Atención Primaria

Las matronas desempeñan un papel clave en la consulta de Atención Primaria, orientando sobre alimentación, uso seguro de nutracéuticos y seguimiento de mujeres gestantes de bajo riesgo. Actúan como puerta de entrada al control del embarazo, fomentando hábitos saludables, personalizando la suplementación y educando a las mujeres para la toma de decisiones seguras [3, 8].

Discusión y conclusiones

- La suplementación durante el embarazo debe ser individualizada, basada en evidencia y supervisada por profesionales de salud.
- Los nutracéuticos pueden complementar, pero nunca reemplazar una dieta equilibrada y el control médico.
- El enfoque multidisciplinar en el cuidado materno-fetal

resulta esencial para garantizar una atención integral, segura y basada en la evidencia científica.

- El papel de la matrona en educación, seguimiento y prevención es clave para garantizar un embarazo saludable y seguro.
- Se recomienda continuar investigando sobre seguridad, dosis óptimas y eficacia a largo plazo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Defelice SL. The nutraceutical revolution. Trends in Food Science & Technology. 1989.
- [2] Chiu HF, Venkatakrishnan K, Wang CK. The role of nutraceuticals as a complementary therapy against various neurodegenerative diseases: A mini-review. J Tradit Complement Med. 2020; 10(5):434-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2020.03.008>
- [3] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de atención al embarazo normal. Madrid: SEGO; 2022.
- [4] Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud sexual y reproductiva [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- [5] Christian P, Stewart CP. Maternal micronutrient deficiency, fetal development, and the risk of chronic disease. J Nutr. 2010; 140(3):437-45. doi: <https://doi.org/10.3945/jn.109.116327>
- [6] World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [internet]. Geneva: WHO; 2016. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241549912>
- [7] Organización Mundial de la Salud (OMS). Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo [internet]. Ginebra: OMS; 2014. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7b8feef0-8ef5-49f7-947f-2376c41c5412/content>
- [8] Angulo Perea M, Blanco Carnero JE, González Hernández C, Magdalena del Rey G, Rodríguez Blanco N. Guía de recomendaciones prácticas en enfermería. Consulta preconcepcional y embarazo saludable [internet]. Madrid: IM&C; 2024. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/160-guias-clinicas/2958-consulta-preconcepcional-y-embarazo-saludable>
- [9] Peña-Rosas JP, De-Regil LM, García-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (7):CD004736. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004736>
- [10] Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 10(10):CD001059. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001059>
- [11] Palacios C, Kostiuk LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 7(7):CD008873. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008873>
- [12] Makrides M, Duley L, Olsen SF. Marine oil, and other prostanoid precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; 3:CD003402. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003402>
- [13] Health and Food Supplements Information Service (HSIS). DHA and pregnancy. HSIS [internet] 2024 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.hsis.org/?post_type=supplement&s=DHA+and+pregnancy
- [14] Thompson JMD, Barthow C, Wickens K, Murphy R, et al. Effect of Lactobacillus rhamnosus HN001 in pregnancy. EBioMedicine. 2017; 24:159-65.
- [15] McMillan A, Renaud J, Gloor GB, Reid G. The microbiome and preterm birth: Evidence for probiotics. Adv Exp Med Biol. 2021; 1289:181-93.
- [16] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Probiotics for preventing preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2024.
- [17] Makrides M, Crosby DD, Bain E, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; (4):CD000937. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000937>
- [18] Pokharel N, Sharma A, Pandey S, Bhattarai S. The effect of magnesium supplementation in pregnancy. Int J Med Students. 2023; 11(1):15-22.
- [19] Hallberg L, Brune M, Rossander L. Effect of calcium on iron absorption. Am J Clin Nutr. 1991; 53(1):112-9.
- [20] Brune M, Rossander-Hultén L, Hallberg L. Iron absorption and calcium interaction. Am J Clin Nutr. 1992; 56(1):193-8.

- [21] Ray, K. Antiepileptic drugs reduce vitamin B12 and folate levels. *Nat Rev Neurol* 2011; 7:125. doi: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2011.9>
- [22] Verrotti A, D'Egidio C, Coppola G, Parisi P, Chiarelli F. Epilepsy, sex hormones and antiepileptic drugs in female patients. *Expert Rev Neurother*. 2009; 9(12):1803-14. doi: <https://doi.org/10.1586/ern.09.112>.
- [23] Balk EM, Lichtenstein AH, Chung M, Kupelnick B, Chew P, Lau J. Effects of omega-3 fatty acids on serum markers of cardiovascular disease risk: a systematic review. *Atherosclerosis*. 2006; 189(1):19-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2006.02.012>
- [24] Lipsky BA, Baker C. Fluoroquinolone Toxicity Profiles: A Review Focusing on Newer Agents. *Clinical Infectious Diseases* 1999; 28(2):352-61. doi: <https://doi.org/10.1086/515104>
- [25] Rothman KJ, Moore LL, Singer MR, Nguyen US, Mannino S, Milunsky A. Teratogenicity of high vitamin A intake. *N Engl J Med*. 1995; 333(21):1369-73. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM199511233332101>
- [26] Tanumihardjo SA. Vitamin A and pregnancy: toxicity and teratogenicity. *Am J Clin Nutr*. 2011; 94(2):506S-511S.
- [27] Drugs.com. Drug Interaction Checker. Drugs.com [internet] 2025 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.drugs.com/drug_interactions.html
- [28] Verywell Health. 13 Supplements and Medications That Interact With Magnesium. Verywellhealth.com [internet] 2026 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/medications-that-interact-with-magnesium-8731140>

Conocimiento especializado para quienes acompañan la vida desde el inicio



CURSOS ONLINE

Curso de Actualización de conocimientos en enfermería Obstétrico-Ginecológica para matronas CFC

Avanza en tu práctica obstétrico-ginecológica

 **100 horas**


 **6,8 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Curso Online de Lactancia Materna

Acompañar la lactancia empieza por una buena formación

 **110 horas**


 **5,1 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Curso de Actualización de Conocimientos en Enfermería de la Mujer Online CFC

Formación actualizada para el cuidado integral de la mujer

 **50 horas**

 **9,8 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Descubre todos nuestros cursos en www.daeformacion.com



Importancia de la participación de la matrona en el equipo de reproducción asistida, a propósito de un caso de hiperestimulación ovárica

¹ Elena Fernández García
² Ana Fernández García
³ Ana Belén Antón Martínez
⁴ Pilar Olmedo Gómez

¹ Matrona. Centro de Salud Benavente Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Zamora (España).

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tordesillas. Gerencia de Atención Primaria. Valladolid Oeste (España).

³ Matrona. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid (España).

⁴ Matrona. Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid (España).

E-mail: elenafdezgarcia@hotmail.es

Fecha de recepción: 26 de diciembre de 2025.

Fecha de aceptación: 30 de marzo de 2026.

Cómo citar este artículo:

Fernández García E, Fernández García A, Antón Martínez AB, Olmedo Gómez P. Importancia de la participación de la matrona en el equipo de reproducción asistida, a propósito de un caso de hiperestimulación ovárica. *Matronas Hoy* 2026; 14(1):48-56.

Resumen

Introducción: la función de las matronas en terapias de reproducción asistida (TRA) es fundamental, aunque mayoritariamente en España estos puestos están cubiertos por enfermeras generalistas sin formación específica. La educación para la salud de pacientes sometidas a TRA es primordial para saber reconocer los efectos adversos, así como mantener un hilo de comunicación con el equipo de TRA y la más idónea interlocutora entre paciente-médico es la matrona.

Objetivos: subrayar la importancia de proporcionar a las mujeres en TRA la correcta información. Necesidad de introducir la intervención psicológica temprana, en los centros de reproducción asistida. Destacar la importancia del papel de las matronas en TRA.

Material y método: estudio y análisis del caso clínico con soporte de bibliografía relacionada. Presentación del caso clínico: paciente de 34 años a cargo del Servicio de Reproducción Asistida. Acude al Servicio de Urgencias Generales del hospital por ligero dolor y distensión abdominal y dolor torácico concomitante.

Resultados: la matrona del servicio de urgencias orienta el diagnóstico primero hacia una hiperestimulación ovárica, confirmada por el ginecólogo mediante ecogra-

fía transvaginal y como consecuencia de esta, se produce neumonía posterior.

Discusión e implicaciones para la práctica: la infertilidad es un campo en extensión que requiere el manejo más eficaz y eficiente. Es preciso contar con una matrona en los equipos de TRA, por su asistencia clínica, interacción constante con la pareja y acompañamiento durante todo el proceso reproductivo. La idoneidad de la matrona se ha demostrado en la aplicación de técnicas, gestión y planificación, etc., como en el acompañamiento de la pareja infértil, beneficios económicos para los sistemas de salud y satisfacción de las parejas.

La deficiente gestión de RR.HH. en España coloca enfermeras generalistas, que no cuentan con la formación específica, en equipos de TRA. La matrona es el perfil profesional idóneo para estar integrado en el equipo de TRA por su formación específica en el área de salud sexual y reproductiva.

En el caso clínico expuesto, hubo falta de un nexo (matrona) con el servicio TRA que evitara complicaciones mayores como las sucedidas a esta paciente.

Palabras clave: equipo multidisciplinar; infertilidad; matronas; reproducción asistida; salud reproductiva.

Abstract

The importance of midwife involvement in the assisted reproduction team. Regarding a case of ovarian hyperstimulation.

Introduction: *the job of midwives in assisted reproduction therapy (ART) is essential; although in Spain, most of these jobs are covered by general nurses without specific training. Health education for patients undergoing ART is a priority in order to know how to identify adverse events, as well as to keep a communication line with the ART team; and the most adequate intermediary between patient and doctor is the midwife.*

Objectives: *to highlight the importance of providing the correct information to women undergoing ART. The need to introduce early psychological intervention in Assisted Reproduction Centres. To highlight the importance of the role of midwives in ART.*

Materials and Method: *a study and analysis of the clinical case, supported by related bibliography. Presentation of the clinical case: a 34-year-old patient managed by the Assisted Reproduction Unit, who attended the Hospital General Emergency Department due to light pain with abdominal distension, and concomitant thoracic pain.*

Results: *the midwife at the Emergency Department orientated diagnosis first towards ovarian hyperstimulation, confir-*

med by the Gynaecologist through transvaginal ultrasound; and afterwards, pneumonia appeared as a consequence of this.

Discussion and consequences for practice: *lack of fertility is an expanding area which requires the most efficacious and efficient management. It is necessary to have a midwife in ART teams, due to their clinical assistance, constant interaction with the couple, and accompaniment during the entire reproductive process. The adequacy of midwives has been demonstrated in the implementation of techniques, management and planning, etc., as well as in support for the infertile couple, economic benefits for health systems, and satisfaction by couples.*

The poor management of Human Resources in Spain places general nurses, without specific training, in ART teams. The midwife is the adequate professional profile to be integrated within the ART team, due to their specific training in the sexual and reproductive health area.

In the clinical case presented, there was a lack of connection (midwife) with the ART Unit, that could have prevented major complications such as those experienced by this patient.

Key words: *multidisciplinary team; infertility; midwives; assisted reproduction; reproductive health.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *salud reproductiva* como el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia [1].

Está implícito en este concepto el derecho de las mujeres y de los hombres a tener información y acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos, pagos y aceptables, incluidos los métodos para regular la fertilidad y el derecho a recibir servicios de salud apropiados que posibiliten que las mujeres puedan tener embarazos y un parto en condiciones de seguridad. La salud reproductiva es un componente de los derechos reproductivos [2].

La infertilidad, un problema de salud a nivel global: la situación concreta de España

La OMS alertó en 2023 que una de cada seis personas padece infertilidad a lo largo de su vida, alrededor del 17,5% de los adultos, esto es, cerca de 186 millones de personas afectadas. Las nuevas estimaciones de la OMS indican que la prevalencia de infertilidad no entiende de países de ingresos altos, medianos y bajos, demostrando que es un importante problema de salud pública en todos los países y partes del mundo. A pesar de ser un problema de gran magnitud, las soluciones disponibles para prevención, diagnóstico y tratamiento no reciben suficiente financiación y resultan poco accesibles para la mayoría de las personas debido a su escasa disponibilidad en los sistemas sanitarios de salud públicos, estigma social y elevado costo. Estos altos gastos impiden que muchas personas puedan acceder a tratamientos o les empuja a la pobreza [3].

Por su parte, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) afirma que la infertilidad afecta al 15%-20% de las parejas españolas. Las principales causas de infertilidad en España se deben en un 30% a factores femeninos, en otro 30% masculinos, un 20% a causa mixta (lo cual afecta a ambos miembros de la pareja) y un 20% por factores desconocidos o de origen idiopático. Factores como hábitos de vida poco saludables, sobrepeso, contaminación ambiental y ciertas enfermedades han contribuido al aumento de las tasas de infertilidad en España [4]. Según el último informe publicado por la SEF, en 2020 se realizaron un total de 152.236 tratamientos de reproducción asistida en España. De estos, el 84% correspondió a técnicas de fecundación *in vitro* (FIV) (127.420 tratamientos), mientras que el 16% restante correspondió a técnicas de inseminación artificial (IA) (24.816 tratamientos) [5].

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2024 hubo 318.005 nacimientos, lo que se tradujo en un número medio de hijos por mujer reducido hasta 1,10 [6]. La elevada edad materna influye en la fertilidad en España, y la edad media en la maternidad se mantuvo en 32,6 años en 2024, sin variación desde 2021. Por nacionalidad, la edad media en la maternidad aumentó siete centésimas en el caso de las madres españolas (hasta los 33,2 años) y se redujo seis centésimas en el caso de las madres extranjeras (hasta los 30,5 años) [7].

Muy importante al respecto es el aumento continuado del número de nacimientos de madres de 40 o más años, que ha crecido un 7,3% en la última década. En términos relativos, mientras que en 2014 el 7,2% de los nacimientos fueron de madres de 40 años o más, en 2024 ese porcentaje se elevó hasta el 10,4% [7].

En un contexto en el que las circunstancias sociales y laborales dificultan ostensiblemente ser madre, sobre todo en los años de mayor fertilidad, las nuevas tecnologías reproductivas se configuran como una opción cada vez más recurrente para cumplir con el mandato cultural de género aún vigente que sublima el ideal maternal como meta esencial de la trayectoria vital de toda mujer [8].

Al igual que en 2018, en 2019, los cuatro países europeos con mayor número de tratamientos de reproducción asistida fueron Rusia (161.166; 155.949 en 2018), España (137.276; 140.498 en 2018), Francia (118.394; 106.884 en 2018) y Alemania (107.136; 105.328 en 2018) [9].

La integración de la matrona en el equipo de reproducción asistida

En España, las técnicas de reproducción asistida quedaron reguladas mediante la Ley 35/1988, de 22 de noviembre [10]. Esta Ley estableció, en su disposición final primera, que el Gobierno regularía mediante Real Decreto los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios,

así como de los equipos biomédicos relacionados con las técnicas de reproducción asistida, de los bancos de gametos y preembriones o de las células, tejidos y órganos de embriones y fetos.

Este Decreto de establecimiento de centros de terapias de reproducción asistida (TRA) [11] justifica su emisión al decir que "todas las técnicas de reproducción asistida comportan la realización de una serie de actividades de tipo biológico, así como otras de características eminentemente clínicas para las cuales es oportuno establecer requerimientos de equipamiento técnico, de carácter básico, al tiempo que definir el perfil de conocimientos y experiencia de los profesionales que asuman la responsabilidad de su aplicación". Así como que el establecimiento de los requisitos referidos viene inspirado tanto en la consecución de un nivel óptimo de calidad en las prestaciones que oferten los centros relacionados con la reproducción asistida, como en el abordaje del problema de la esterilidad de un modo integral que satisfaga las aspiraciones de reproducción humana de los usuarios de estas técnicas. Sin embargo, este decreto de regulación, paradójicamente, hace referencia de forma genérica, en relación con la composición del equipo multidisciplinar de reproducción asistida a "personal de enfermería", lo que iría en contradicción con el nivel óptimo de calidad en las prestaciones que oferten los centros, si no integra en el equipo al personal de enfermería más idóneo por su especialización y área competencial de la esfera sexual y reproductiva, que sería la enfermera especialista en enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).

En la actualidad, esos puestos en España, prácticamente en su totalidad, son cubiertos por enfermeras generalistas, sin apenas conocimientos en el área sexual y reproductiva para abordar estos procesos, dado que su formación específica en el tema debe ser autodidacta, en el mejor de los casos, limitándose a explicar las órdenes médicas farmacológicas. Su ineficiente actuación por desconocimiento, en muchas ocasiones, genera malestar en el proceso, puesto que las parejas usuarias no logran la cobertura de sus necesidades de información y resolución de dudas correctamente. Privan así a las mujeres-parejas de una atención integral adecuada, que abarca desde la educación para la salud hasta el apoyo emocional y un contacto mucho más cercano sobre la base de conocimientos científicos adecuados y precisos que sí puede ofrecer la matrona.

Las matronas, por el contrario, son el nexo perfecto entre ginecólogo y paciente, sus competencias y habilidades en el área sexual y reproductora las avala y, en consecuencia, son un miembro con mayor idoneidad que las enfermeras generalistas para integrar los equipos de reproducción asistida.

La Comisión Europea regula las unidades de fertilidad y reproducción principalmente a través de la Directiva de la

UE sobre Cualificaciones Profesionales (2005/36/CE) [12], que establece normas para la formación y la práctica de las matronas. Esta directiva se está actualizando para reflejar la salud reproductiva moderna. Si bien no se detallan las normas específicas para el personal de las unidades de fertilidad en toda la UE, leyes nacionales exigen la presencia de matronas, y algunas exigen al menos una matrona con dos años de experiencia para el funcionamiento de la unidad. Esto abarca aspectos esenciales como el apoyo, la formación y la atención al parto, además de directivas más amplias sobre los derechos y la información de las pacientes [13].

El rol de la matrona en de reproducción asistida

La bibliografía sobre el papel de las matronas en las unidades de reproducción asistida es aún escasa, dado que la infertilidad es un campo relativamente nuevo en el que se han desarrollado numerosos enfoques innovadores a lo largo de los años. Por eso, es de importancia citar la primera revisión bibliográfica al respecto, de la que se concluye que las matronas desempeñan un papel crucial en los casos de infertilidad y participan en muchos aspectos de las parejas infértiles, participan en el manejo de la infertilidad, el apoyo psicológico de la pareja infértil y su papel se considera fundamental. Por ello, afirman los autores, es muy importante el papel de la matrona en la orientación emocional y el manejo del estrés de la pareja infértil, ya que tienen una fuerte correlación, y esta condición exige un enfoque profesional y la comprensión por parte del personal médico involucrado. Las pacientes buscan comprender los aspectos psicológicos de la condición y las matronas encarnan perfectamente este rol. El objetivo de su participación radica en el apoyo continuo a la mujer infértil, así como en el asesoramiento a la pareja durante todo el proceso. Los estudios confirman que las mujeres recuerdan, ante todo, a las matronas que las apoyaron, más que al personal médico.

La matrona desempeña un papel crucial a la hora de salvar la brecha entre la compleja terminología médica y la comprensión de los pacientes. Los posibles problemas derivados del uso de la terminología médica podrían mitigarse con la presencia de una matrona, que podría resolver cualquier malentendido. El papel bidireccional de la matrona refleja el apoyo constante al servicio de salud de la pareja infértil, así como su participación en la intervención médica.

Además, este estudio demostró que, en relación con la asunción de responsabilidades adicionales que implicaban intervenciones médicas por parte de las matronas, se obtuvieron tasas de éxito equivalentes y niveles de satisfacción similares entre las pacientes de ambos grupos. Esto resalta que las matronas especializadas fueron capaces de realizar el procedimiento con la misma eficacia que los médicos [14].

Sin embargo, los autores apuntan a que la profesión de matrona no es un indicador preciso del éxito de las TRA y requiere de una formación especializada [14]. Obviamente, estos estudios se realizaron con matronas no formadas en el sistema español y se desconocen sus conocimientos en esta materia. No obstante, se puede afirmar que siendo necesaria más formación sobre las técnicas de reproducción, la matrona en España tiene mejor formación para liderar estas terapias que las enfermeras generalistas por su labor habitual y conocimiento de todo el proceso de gestación-parto-puerperio, que aporta beneficios sobreañadidos al tratamiento global de la infertilidad.

En conclusión, la importancia de las matronas en este campo es, una vez más, innegable y es necesario llevar a cabo más investigaciones para aumentar su participación adecuada en este campo médico.

En línea con la formación específica, en un reciente estudio insisten en esta condición [15]. Rinaldi et al. [16] y Barber et al. [17] demuestran que aumentar en conocimiento en reproducción asistida y las competencias de la matrona puede tener beneficios económicos para los sistemas de salud.

Otros estudios demostraron, al igual que en el estudio de Tsonis [14], que la extensión de las competencias de las matronas en reproducción asistida a extracciones de óvulos, transferencia de embriones, inseminaciones, etc., tiene resultados que demuestran que es una opción viable permitir que estas las realicen [16-20]. Además, esta participación aumenta la satisfacción laboral, a pesar de ser examinado de forma empírica [18, 20].

Es importante destacar el papel de asesoramiento de la enfermera en los procedimientos de reproducción asistida. Terzioglu [21] lo analizó, mediante un estudio experimental, junto con los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción vital de las parejas.

El estudio incluyó 30 parejas en el grupo experimental, que participaron en el servicio de asesoramiento y recibieron información y apoyo durante todo el proceso de la TRA, y 30 en el grupo de control, que siguieron los procedimientos habituales del tratamiento. Los resultados del estudio mostraron que las parejas del grupo experimental presentaban menores niveles de ansiedad y depresión que las del grupo de control. La satisfacción con la vida y las tasas de embarazo fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo de control. El análisis estadístico reveló una diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0,05$) y, curiosamente, también se observó que el grupo experimental consiguió un 26,6% más de gestaciones que el grupo control.

Este estudio demuestra la importancia del rol de consejería de la enfermera, y el desarrollo y aplicación de servicios de consejería en los centros de TRA, para reducir los niveles de ansiedad y depresión de las parejas y garantizar el éxito del tratamiento.

En los centros de medicina reproductiva es fundamental la función de matrona/matrón [22], ya que aparte de ejercer una labor de asistencia clínica, son quienes se mantienen en interacción constante con la pareja, acompañándolas a lo largo de todo el proceso reproductivo, desde el diagnóstico de la infertilidad hasta el fin de los tratamientos, lo que incluye su acompañamiento en el embarazo inicial, así como en las dolorosas situaciones en que no hay un embarazo o este termina en un aborto [23].

La persona infértil puede o no padecer un problema orgánico, pero desde luego sufre un elevado padecimiento psicológico y social, lo que hace necesario el acompañamiento por las profesionales que han estado más cercanas en el largo y difícil camino hacia la búsqueda de un hijo. El cuidado personalizado por una profesional disminuye considerablemente la alteración en la calidad de vida por estrés, aportando una mejor tolerancia y adherencia al tratamiento [24].

Objetivos

Objetivo principal

Demostrar la importancia de proporcionar a las mujeres en tratamientos de reproducción asistida la correcta información basada en evidencia científica más actual y de un contacto directo con los profesionales que la atienden.

Objetivos específicos

- Describir la importancia de que las mujeres y sus parejas sean conocedoras de los efectos adversos en reproducción asistida, puesto que salva vidas.
- Destacar la importancia del papel de las matronas en técnicas de reproducción asistida debido a su conocimiento científico y formación.
- Llamar la atención de gestores públicos y privados, para que los puestos de enfermeras de reproducción asistida sean cubiertos lo antes posible por matronas, puesto que son las profesionales necesarias en ellos.

Material y método

Se ha elaborado un estudio y análisis de caso con soporte de bibliografía relacionada. Por otra parte, se ha realizado una revisión sistemática tradicional de la literatura disponible para analizar en profundidad la evidencia científica más reciente y su aplicación en el contexto de este caso clínico como apoyo a la justificación de la matrona en reproducción asistida.

Se usó la estrategia PEO por ser la más recomendada en revisiones literarias actualmente. Uso de palabras clave y sinónimos para identificar la literatura pertinente, aislándolo de literatura irrelevante. Bases de datos como Uptodate

fue consultada. También es preciso destacar el uso de otras fuentes de búsqueda científica como Pubmed, The Lancet, Google Scholar, Science Direct, Discovery y Wiley Online Library database. Se realizó también una búsqueda manual de protocolos y páginas web científicas más actuales y recomendadas en España por expertos en reproducción asistida. En criterios de inclusión, se usó literatura centrada en la hiperestimulación ovárica en reproducción asistida, el rol de la matrona en reproducción asistida y se excluyeron artículos y biografía no respaldados por evidencia científica más actualizada. Se revisaron en total 50 artículos, de revisión, investigación, casos clínicos y protocolos actualizados de diferentes sociedades científicas en el mundo, de los cuales se usaron 25 referencias para este artículo.

Presentación del caso clínico

Paciente de 34 años que acude al Servicio de Urgencias Generales del hospital por dolor abdominal y torácico. G1P1. Paciente a cargo del Servicio de Reproducción Asistida en la actualidad. Mujer con esterilidad secundaria de tres años de evolución que ingresó cinco días antes para punción folicular programada.

Antecedentes personales: NAMC, hipotiroidismo, migrañas, esterilidad secundaria en tratamiento hormonal, no fumadora, no IQ previas.

Tratamiento actual: Eutirox 50 mcg, Maxalt, tto. hormonal ciclo FIV finalizó hace dos días (Puregon®, Orgalutran® 0,25 mcg, Ovitrelle®, Decapeptyl® diario 0,1mg).

Historia actual: acude por un dolor abdominal y posteriormente dolor de costado izquierdo de tipo pleurítico, sintiendo pinchazo no irradiado que empeora con la inspiración profunda y los movimientos.

No refiere clínica infecciosa previa, no tos, no fiebre. No traumatismo previo. Punción folicular hace cinco días.

Desde la Urgencia General se deriva a la Urgencia Ginecoobstétrica, por ser paciente del Servicio de Reproducción Asistida, siendo recibida por una matrona. Describe, como causa de su urgencia, una hinchazón abdominal en aumento, con dolor, de cinco días de aparición, a lo que posteriormente se ha unido un dolor torácico.

Tras comprobar sus constantes vitales: TA 120/85; FC 100LPM, SatO₂ basal 98%, T^a 36 °C, así como su estado general, nivel de conciencia, piel y mucosas, todos los parámetros y condiciones dentro de la normalidad, la matrona procede a la palpación abdominal y evidencia una distensión y dolor que orienta hacia una hiperestimulación ovárica. Informa al ginecólogo de guardia y toma una muestra de sangre para análisis hematológico y bioquímico general.

El ginecólogo procede a efectuar ecografía vaginal, que confirma el presunto diagnóstico de la matrona de síndrome de hiperestimulación ovárica a la vista de los hallazgos:

aumento de tamaño de los ovarios y presencia de líquido en el abdomen (ascitis). Lamentablemente, no es posible incluir las imágenes ecográficas originales porque el hospital no autoriza su publicación.

La analítica presenta valores dentro de la normalidad, y dada la persistencia del dolor torácico con cierta dificultad respiratoria, orienta a un proceso neumónico derivado del síndrome de hiperestimulación (Imagen 1).

<p>Resumen de Pruebas:</p> <p>Laboratorio: Hemograma. Serie Blanca Leucocitos: $8.48 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (3.90 - 10.20); Neutrófilos: $5.6 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (1.5 - 7.7); Linfocitos: $1.9 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (1.1 - 4.5); Monocitos: $0.5 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.1 - 0.9); Eosinófilos: $0.2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (< 0.5); Basófilos: $0.1 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (< 0.2); LUC: $0.13 \cdot 10^3/\mu\text{L}$. Neutrófilos %: 66.5 % (42.0 - 77.0); Linfocitos %: 22.9 % (20.0 - 44.0); Monocitos %: 6.0 % (2.0 - 10.0); Eosinófilos %: 2.5 % (0.5 - 5.5); Basófilos %: 0.6 % (< 1.8); %LUC: 1.50 % (< 4.00);</p> <p>Hemograma. Serie Roja Hematíes: $4.25 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (3.90 - 5.20); Hemoglobina: 13.6 g/dL (12.0 - 15.6); Hematocrito: 42.0 % (35.5 - 45.5); V.C.M: 98.9 fL (80.0 - 99.0); H.C.M: 32.0 pg (27.0 - 33.5); C.H.C.M: 32.4 g/dL (31.5 - 36.0); RDW (CV): 14.1 % (11.5 - 14.0); HDW: 2.40 g/dL (2.20 - 3.20);</p> <p>Hemograma. Plaquetas Plaquetas: $268 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (140 - 370); Plaquetocrito: 0.22 % (0.12 - 0.36); PDW: 40.0 % (25.0 - 65.0); Volumen plaquetario medio: 8.3 fL (5.9 - 9.9);</p>
<p>Determinaciones bioquímicas en suero/plasma Glucosa: 96 mg/dl (70 - 110); Urea: 27 mg/dl (20 - 50); Creatinina: 0.72 mg/dl (0.44 - 0.95); Proteínas totales: 7.5 g/dl (5.7 - 8.2); Sodio: 140 mmol/L (136 - 145); Potasio: 4.5 mmol/L (3.5 - 5.3); Cloruro: 105 mmol/L (99 - 109); CPK: 61 U/L (34 - 145); GPT (ALT): 26 U/L (10 - 49); GOT (AST): 22 U/L (< 37); Filtrado Glomerular estimado (CKD-EPI): >90.0 ml/min/1.73m² Clasif. G1 Normal o elevado Se considera ERC si FG<60 mantenido más de 3 meses. Según el FG tenemos las siguientes categorías: G1: Normal o elevado (> 90), G2: Descenso leve (60-89), G3a: Descenso leve-moderado (45-59), G3b: Descenso moderado intenso (30-44), G4: Descenso intenso (15-29), G5: Fallo renal (<15). El cálculo no es válido en obesidad, desnutrición, embarazo, alteraciones de la masa muscular, dietas restrictivas, hepatopatía grave, ascitis, edema generalizado, diálisis y fracaso renal agudo. En raza negra, multiplicar el eFG por 1.159. En <18 años se recomienda la fórmula de Schwartz-IDMS: eFG= 0.413 (talla cm/creatinina)</p> <p>Determinaciones específicas de proteínas en suero/plasma Proteína c reactiva: 69.8 mg/L (< 5.0);</p>

Imagen 1. Resultados analíticos

Dado que se trata de un síndrome de hiperestimulación ovárica leve-moderado (Figura 1), la matrona le indica las medidas habituales a seguir hasta la remisión del cuadro:

- Reposo relativo, evitando el ejercicio físico y las relaciones sexuales, con la intención de evitar una posible torsión ovárica. No se debe hacer reposo absoluto para evitar el riesgo tromboembólico.
- Ingesta de, al menos, 1 litro diario de bebidas isotónicas.
- Dieta hiposódica, es decir, baja en sodio.
- Control de la ingesta de líquidos y diuresis y control del peso.
- Analgesia, si se necesita, con paracetamol.

La paciente y su pareja comprenden el proceso, con la consiguiente disminución de su ansiedad, momento óptimo para ser remitida al servicio de urgencias generales a fin de completar el diagnóstico.

Exploración física: buen estado general. Consciente y orientada. Piel y mucosas normales. En exploración de tórax no se observan lesiones cutáneas. Pulmones mvc (murmullo vesicular), no roncus o sibilancias, no roce pleural. Abdomen ligero dolor. Blumberg: negativo.

Prueba de imagen: radiografía de tórax postero-anterior y lateral. Opacidad parenquimatosa basal izquierda retro cardíaca con derrame pleural asociado, compatible con infiltrado neumónico. Imagen nodular superpuesta a campo pulmonar basal izquierdo compatible con mamila.

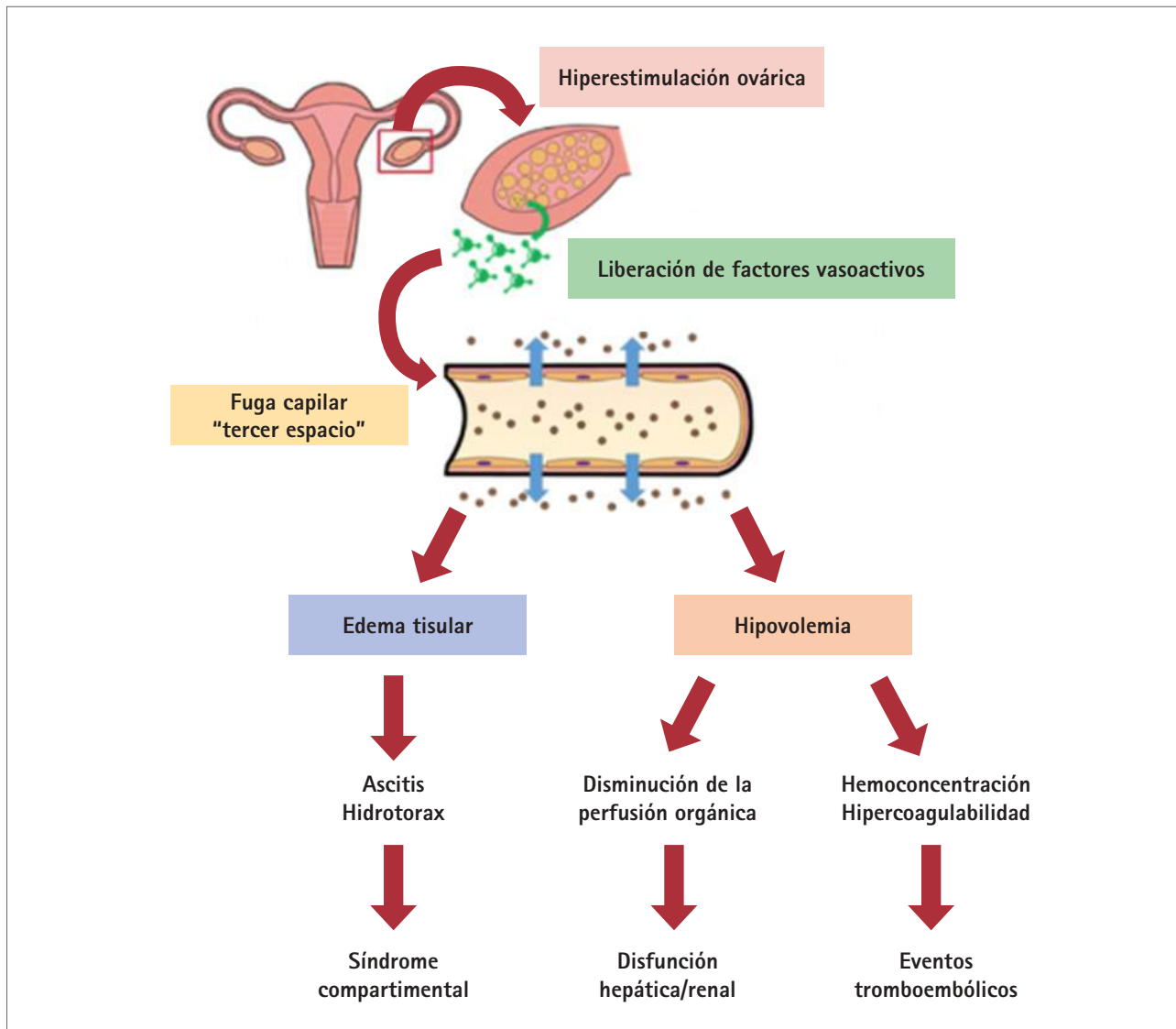


Figura 1. Diagrama de flujo que detalla la fisiopatología del síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), traducido del trabajo de Namavar Jahromi et al. [25]

Evolución y comentarios: hemodinámicamente estable, afebril, analíticas con leucos y neutrófilos normales. PCR: 69. Rx tórax que informa de infiltrado neumónico retrocardíaco y derrame asociado.

Diagnóstico principal: neumonía retrocardíaca CURB 65 0-1 con pinzamiento izquierdo.

Motivo de alta: traslado a domicilio.

Tratamiento: levofloxacino 500 mg cada 24 horas por siete días. Prednisona 30 mg cada 24 horas por cinco días. Paracetamol 1 g y Enantyum® 25 mg intercalado cada seis horas, acetilcisteína 600 mg cada 24 horas por siete días. Salbutamol inhalador, dos inhalaciones cada seis horas. Si empeora, volver a urgencias. Control por médico

de Atención Primaria de área y Servicio de Reproducción Asistida a cargo. Se recomienda Rx tórax de control en tres semanas.

Tres semanas después el Servicio de Radiodiagnóstico tras realizarle Rx tórax informa que no se observan opacidades pulmonares. Índice cardiotorácico normal. Senos costofrénicos libres.

Por parte del Servicio de Reproducción Asistida, la paciente fue controlada remitiendo el síndrome de hiperestimulación sin que fuera necesario cancelar el tratamiento de reproducción debido a la hiperrespuesta o que el propio síndrome de hiperestimulación ovárica ocasionara complicaciones más graves.

Discusión e implicaciones para la práctica

- La prevalencia de infertilidad no entiende de países de ingresos altos, medianos y bajos, puesto que es un importante problema de salud pública en todos los países y partes del mundo. En España, afecta a un 15%-20% de las parejas, lo cual confirma que es un campo en extensión y requiere el manejo más eficaz y eficiente, dada la importancia vital del proceso para las parejas infértiles y el costo que implica a nivel estatal y privado.
- La función de matronas en medicina reproductiva es clave, ya que, aparte de ejercer labores asistenciales clínicas, mantienen interacción constante con la pareja, acompañándoles durante todo el proceso reproductivo desde el diagnóstico de la infertilidad hasta el final de los tratamientos y comienzo del embarazo; además del apoyo en caso de situaciones fatales (abortos/pérdida gestacional), por lo que sería necesario contar en hospitales y centros de reproducción asistida públicos y privados con su integración en el equipo multidisciplinar.
- A pesar de la escasez de literatura científica sobre el rol de la matrona en reproducción asistida, los resultados apuntan a su idoneidad tanto en la aplicación de técnicas, gestión y planificación, etc., como en el acompañamiento de la pareja infértil, base para disminuir su ansiedad y estrés durante el proceso y optimizar los resultados de la TRA. Esto, además, supone beneficios económicos para los sistemas de salud y una mayor satisfacción de las parejas.
- Desafortunadamente, los puestos en España de reproducción asistida no médicos son cubiertos por enfermeras generalistas, que no cuentan con la formación correspondiente y en muchos casos ni con los conocimientos básicos, lo que priva a las mujeres de una atención integral adecuada. La matrona, por su formación como especialista en salud sexual y reproductiva, sí puede ofertarla.
- La atención prestada en el servicio de urgencias por la matrona en el caso clínico presentado evidencia un sólido conocimiento y habilidades especializadas, lo que permitió agilizar tanto el diagnóstico como el tratamiento. Asimismo, contribuyó a generar un clima de tranquilidad, facilitando una adecuada contención de la ansiedad de la mujer y su pareja, así como la provisión de medidas de seguimiento claras y comprensibles.
- Este caso clínico pone de manifiesto que la ausencia de un nexo de coordinación con el Servicio de Reproducción Asistida (rol que podría desempeñar una matrona integrada en el equipo) impidió que la paciente realizara una consulta precoz, lo que podría haber evitado su ingreso en urgencias con una neumonía asociada al síndrome de hiperestimulación.

- En el contexto de la especialización enfermera existente en España, se considera que la matrona reúne el perfil profesional idóneo para integrarse en los equipos de reproducción asistida, gracias a su formación específica en salud sexual y reproductiva. Si bien podría requerir una mayor formación en técnicas de reproducción asistida, cuenta con una base más sólida que las enfermeras generalistas, derivada de su experiencia y conocimiento integral del proceso de gestación, parto y puerperio, lo que aporta beneficios adicionales al abordaje global de la infertilidad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Who Health Organization (WHO). Health Topics. Reproductive Health. [internet]. Geneva: WHO. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health>
- [2] European Institute for Gender Equality. Glossary and thesaurus A-Z Index. Reproductive health. European Institute for Gender Equality. [internet] 2026 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1079?language_content_entity=en
- [3] Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS alerta de que una de cada seis personas padece infertilidad. [internet]. Ginebra: OPS/OMS; 2023. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
- [4] Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Pacientes. SEF [internet] 2024 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/?seccion=pacientesSEF&subSeccion=faqs>
- [5] Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Registro Nacional de Actividad 2020. Registro SEF Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2020. SEF [internet] 2020 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.registrosef.com/public/docs/sef2020_IAFIV.pdf
- [6] Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento Natural de la Población/Indicadores Demográficos Básicos. Año 2024. INE [internet] 2025. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

- [7] Instituto Nacional de Estadística (INE). Movimiento Natural de la Población/Indicadores Demográficos Básicos. Año 2024. INE [internet] 2024 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/MNP2024.htm>
- [8] Flores Anarte L. Las técnicas de reproducción asistida en España: ¿mercantilización de la maternidad o empoderamiento femenino? Barcelona: Ed. Tirant Blanch; 2016.
- [9] European IVF Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE); Smeenk J, Wyns C, De Geyter C, Kupka M, Bergh C, Cuevas Saiz I, et al. ART in Europe, 2019: results generated from European registries by ESHRE+. *Hum Reprod.* 2023; 38(12):2321-38. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dead197>
- [10] Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 282, de 24 de noviembre de 1988, páginas 33373 a 33378.
- [11] Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 72, de 23 de marzo de 1996.
- [12] Directiva 2005/36/Ce del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE) L 255/22. Diario Oficial de la Unión Europea ES [internet] 2005 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf>
- [13] Sydsjö G, Wadsby M, Kjellberg S, Sydsjö A. Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Hum Reprod.* 2002; 17(12):3242-50. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/17.12.3242>
- [14] Tsonis O, Gkrozou F, Siafaka V, Paschopoulos M. The role of a midwife in assisted reproductive units. *Clinical Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine.* 2019; 5. doi: <https://doi.org/10.15761/COGRM.1000269>
- [15] Somers S, Cotton H, Kendrew H, Pomper J, Pinborg A, Jorgensen IR, et al. Empowering nurses and midwives: the evidence-base for the Nurses and Midwives Certification Programme of ESHRE. *Human Reproduction* 2024; 39(10):2171-88.
- [16] Rinaldi L, Floccari A, Selman H. Ultrasound guidance of embryo transfer: a role for midwife. *Sex Reprod Healthc* 2014; 5:47-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.01.003>
- [17] Barber D. The extended role of the nurse: Practical realities. *Human Fertility* 2002; 5(1): 13-6. doi: <https://doi.org/10.1080/1464727992000199701>
- [18] Cheung WM, Ng EHY, Lau EYL, Yeung WSB, So WWK, Ho PC. Is there any difference in pregnancy and implantation rates when nurses perform embryo transfer in an IVF-ET program? *Gynecol Obstet Invest* 2003; 56:1-5.
- [19] Morris EJ. The role of infertility nurses in ovulation induction programmes. *Hum Fertil (Camb)* 2001; 4:14-7.
- [20] Bjuresten K, Hreinsson JG, Fridstrom E M, Rosenlund B, Ek I, Hovatta O. Embryo transfer by midwife or gynecologist: a prospective randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:462-6.
- [21] Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001; 22(3):133-41. doi: <https://doi.org/10.3109/01674820109049965>
- [22] Elevancini MI, de la Vega CD, Aliaga C. Nuevos desafíos en el rol de matronas/matrones en Medicina Reproductiva. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2021; 32(2):221-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.10.003>
- [23] Castells-Ayuso P, Berenguer-Labaig C, Sánchez-Martín P, Sánchez-Martín. La Enfermera como apoyo para mejorar la calidad de vida en la reproducción asistida. *Enferm Clin* 2025; 25(3):110-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.03.005>
- [24] Moreno-Ochoa L, García-Monserrat L, Jiménez-Tolsada B. Consulta de Enfermería en Reproducción Asistida. *Revista Fertilidad* [internet] 2010 [citado 15 abr 2026]; 27(5):426-34. Disponible en: [http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/trabajo_6\(9\).pdf](http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/trabajo_6(9).pdf)
- [25] Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Shomali Z, Bakhshai P, Alborzi M, Moin Vaziri N, et al. Ovarian Hyperstimulation Syndrome: A Narrative Review of Its Pathophysiology, Risk Factors, Prevention, Classification, and Management. *Iran J Med Sci.* 2018; 43(3):248-60.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Las matronas y la organización de la asistencia obstétrica en el seguro obligatorio de enfermedad (SOE)

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).



Hoy nos remontamos a la ley de 14 de diciembre de 1942 [1] por la que se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), el primer régimen de protección de enfermedad, de carácter obligatorio, establecido en España (Imagen 1).

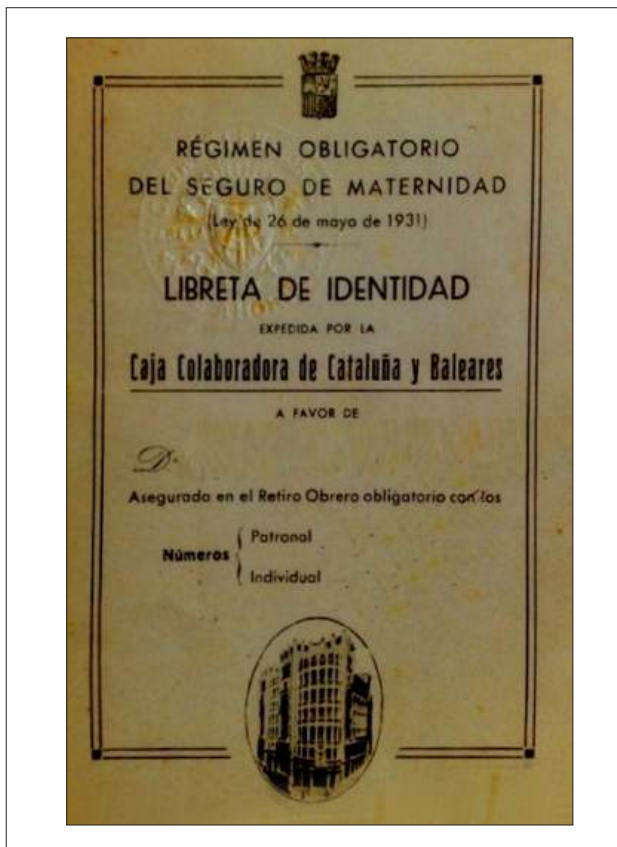


Imagen 1. Portada de la libreta de Identidad para las aseguradas del seguro de Maternidad

Sin duda, la implantación del SOE tuvo uno de sus primeros y grandes escollos en la falta de financiación adecuada y la ausencia de infraestructuras. Sin embargo, a su favor, hay que señalar que, al margen del afán propagandístico del régimen, ofreció atención médica a una gran parte de

la población que anteriormente no disponía más que de la beneficencia, y a la vez instauró las bases de la atención sanitaria para el último cuarto del siglo XX.

Tuvo un largo desarrollo desde la promulgación de la ley en 1942 [1], posteriormente necesitó la creación del Reglamento del seguro en 1943 [2], hasta que se produjo el inicio de los servicios de asistencia en 1944 [3]. En una primera etapa, solo cubrían las prestaciones de carácter obligatorio, medicina general, farmacia e indemnizaciones económicas por enfermedad. No fue hasta 1948, cuando se pudo cubrir la oferta de asistencia sanitaria especializada como se había previsto en la ley [4], aunque el seguro de maternidad se mantuvo en vigor hasta el inicio de esta segunda etapa del seguro de enfermedad.

Es preciso recordar que, ya 1929 [5], se había implantado de forma obligatoria el seguro de maternidad, segundo seguro social obligatorio que ampliaba el subsidio de maternidad existente desde 1923. Este seguro obligatorio de maternidad de 1929 garantizaba a las trabajadoras un salario durante el descanso obligatorio y la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, además de los premios de lactancia y el derecho de las trabajadoras a utilizar las obras de protección a la maternidad y a la infancia. En él se incluía a las beneficiarias inscritas en el régimen obligatorio de retiro obrero y, para garantizar y facilitar la asistencia facultativa, se preveía un régimen de conciertos entre el Instituto Nacional de Previsión y sus cajas colaboradoras, con los colegios de médicos y farmacéuticos y, también, con las organizaciones de comadronas [6] (Imagen 2).

El nuevo seguro de maternidad de 1942, incluido en el SOE [1], consistió fundamentalmente en la prestación de la asistencia por los facultativos de la beneficencia municipal y su red de hospitales y clínicas; en relación con los servicios farmacéuticos, la dispensación se debía efectuar mediante receta del médico del seguro y se preveía que el material farmacéutico necesario para la atención en el parto debería decidirse previo informe de la Sociedad Ginecológica Española y de la Real Academia de Medicina [3].

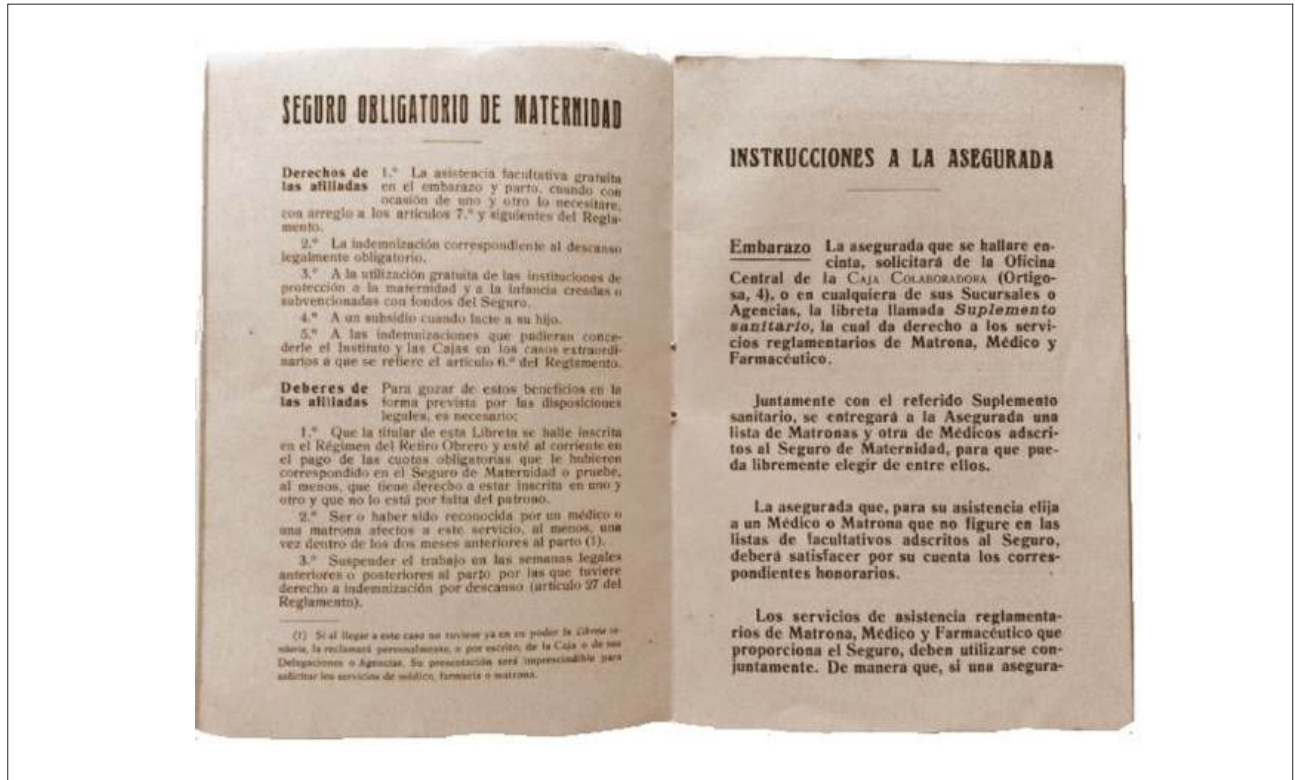


Imagen 2. Publicación de la comunicación del seguro obligatorio de maternidad [6]

En función de esta Ley se debieron aprobar convenios entre el Instituto Nacional de Previsión y los Colegios Oficiales de Médicos, de Matronas y con la Unión Farmacéutica Nacional. El Convenio del Instituto con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas, representado por su presidenta, Concepción Marín, fue suscrito el 3 de septiembre de 1931, al que le siguieron otros dos, dándose por definitivos en 1934 [7-9].

En el preámbulo de la ley de 1942 [1] se explica el motivo de su creación y los impedimentos que hubo de soslayar el estado hasta hacerlo realidad: *"el seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización. Superadas estas luchas y promulgado el Fuero del Trabajo, en cuya declaración décima se ordena el establecimiento de un seguro total, se dispuso por el Ministerio de Trabajo el estudio y redacción de esta Ley, en que, recogiendo las experiencias necesarias, se plasmasen en una realidad este seguro, con carácter obligatorio para los productores económicamente débiles y con la amplitud y generosidad propia de nuestra Revolución Nacional-sindicalista."*

Los fines del seguro obligatorio de enfermedad eran los siguientes: la prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad, la prestación de asistencia sanitaria en caso de maternidad y la indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de los riesgos, determinada por causa de las dos circunstancias de cobertura: enfermedad y maternidad.

El seguro prestaría a sus beneficiarios una asistencia médica completa, tanto en los servicios de medicina general como en los de especialidades, además de la asistencia farmacéutica necesaria y hospitalización, ambas con limitaciones.

En lo relativo a la prestación de asistencia sanitaria en caso de maternidad la ley ofrecía (Imagen 3):

- Todas las mujeres beneficiarias del seguro tendrán derecho a la oportuna asistencia facultativa proporcionada por este, en los periodos de gestación, en el puerperio y en el parto. Asimismo, tendrán derecho a la utilización gratuita de las obras de protección a la maternidad y a la infancia afecta al seguro de enfermedad.
- Las mujeres aseguradas que den a luz tendrán en el seguro de enfermedad los mismos derechos y deberes que los que concede el de maternidad integrado en aquel.

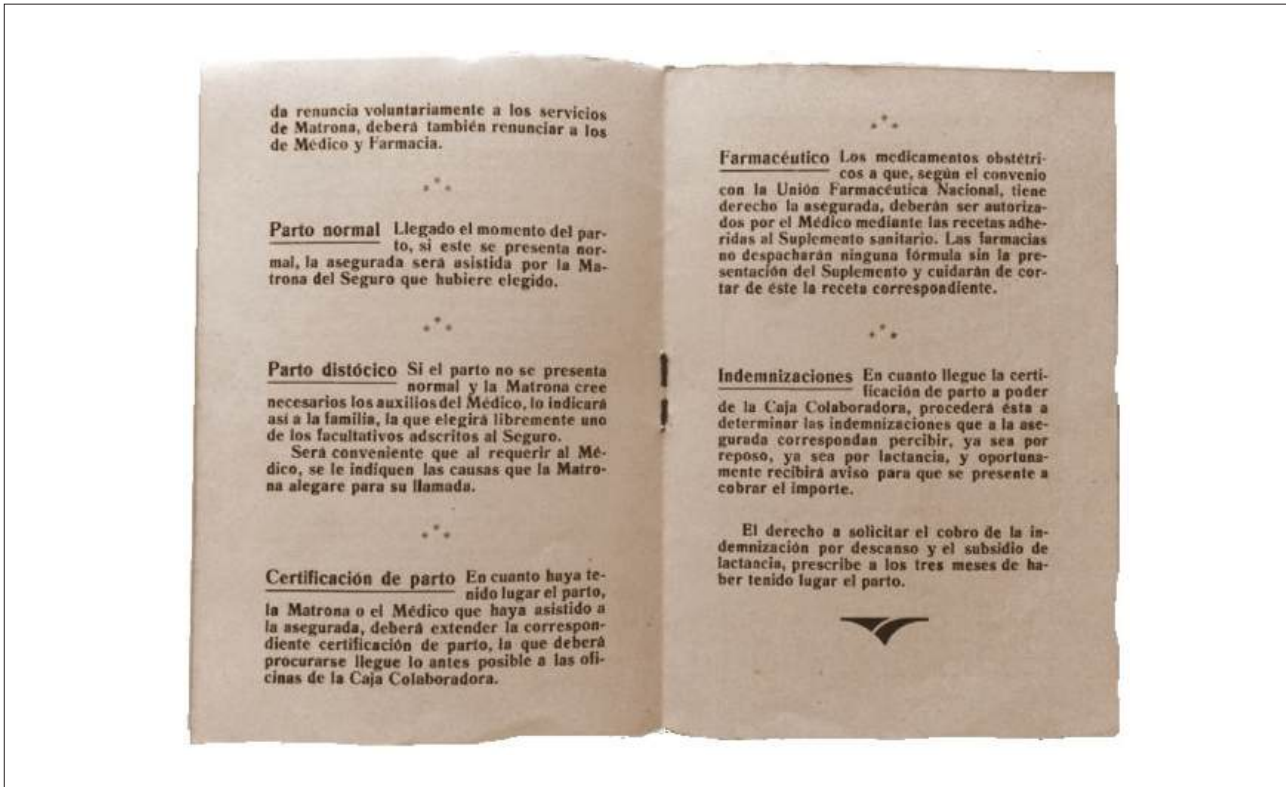


Imagen 3. Beneficios del seguro de maternidad

- Todas las beneficiarias del seguro, sean o no aseguradas, que lacten a sus hijos, tendrán derecho a un subsidio de lactancia, cuya cuantía y duración serán fijadas en el Reglamento.

Sin embargo, el desarrollo de esta nueva ley, en la que la organización del servicio sanitario era muy relevante, conllevó un largo tiempo. Tras 18 años de su promulgación, el Dr. Bosch Marín fue renombrado pediatra, Jefe Sección de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad (1937), Jefe de los Servicios Centrales de Higiene Infantil de dicha Dirección General hasta llegar ese mismo año, y por concurso de méritos, a Jefe de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión (1940). Bosch Marín se dirigió al Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas, para requerir su opinión al respecto de la asistencia a los partos en el SOE.

Con fecha de 1 agosto de 1960 queda reflejada, en el libro de actas del citado Consejo, la contestación que remitieron las matronas representadas, al Jefe de la Obra Maternal e Infantil del Instituto Nacional de Previsión, Dr. Bosch Marín [10]:

En contestación a su amable carta en la que se interesa por conocer nuestra opinión sobre el posible acoplamiento o forma de prestar asistencia las matronas del SOE, cúmpleme manifestarle que:

- 1º.- *Efectivamente va en aumento la asistencia de partos en clínica, pero en algunas capitales la mayoría de estos partos son asistidos por matronas de los equipos en los sanatorios que la baja nacional o las entidades tienen conectado. Esta sería la forma ideal ya que en el equipo no pierda contacto con la embarazada vigilando su embarazo, parto, puerperio, es decir que de esta forma se conseguiría que todas las matronas de los equipos trabajasen.*
- 2º.- *Podría establecerse que de las cuatro matronas que tienen los equipos, dos se encargasen de los partos producidos en clínicas y otras dos se ocuparan de las consultas y partos a domicilio.*
- 3º.- *Las mujeres asistidas en residencias o clínicas cerradas muchas veces salen al segundo o tercer día de haber dado a luz, quedando, por lo tanto, faltas del cuidado del puerperio. Para subsanar esta falta de cuidado en algunas localidades las matronas de los equipos se encargan del cuidado del puerperio, de la madre y cuidados del niño hasta que ambos están en condiciones favorables de alta. Este sistema sería la forma que permitiría acoplar*



a las matronas que no hacen partos a domicilio.

4º.- *Se tiene la costumbre de distribuir al trabajo según el número de camas; pero nosotras creemos más acertado distribuido por el número de partos asistidos. Por lo tanto, para prestar una asistencia correcta, una matrona y su auxiliar o dos matronas no deben asistir más de diez partos en una guardia de veinticuatro horas, y se trata de efectuar toda la vigilancia en el acto del parto. De otra forma es convertirse en recogedora de niños.*

5º.- *Podría intentarse crear servicios de urgencias, bien en las grandes Maternidades, bien en los ambulatorios, haciendo un servicio similar al que presta el equipo tocológico municipal, es decir, disponer de ambulancias del Seguro para trasladarse a las urgencias de las mujeres que no les haya dado tiempo de ingresar en las clínicas del SOE. Con este sistema se podrían establecer turnos de guardia y de esta forma se acoplarían las matronas que no hacen partos en los equipos.*

Quedando siempre muy agradecida por el interés que toma por esta clase sanitaria, y esperando que acoplará el mayor número de matronas posible para que sean las menos las que queden faltas de trabajo, me despido de Vd. con un afectuoso saludo.

*La Presidenta Nacional,
Fdo.- María García*

Queda palpable el interés gubernativo por trasladar los partos domiciliarios paulatinamente al entorno hospitalario, como medida para garantizar una mejor asistencia y disminuir así las tasas de mortalidad materno-fetal, por la época muy elevadas. Esto requirió, además, de una reorganización de la asistencia al parto que, fundamentalmente, quedaba en manos de las matronas, de infraestructuras, lo que se conoce como el *desarrollismo hospitalario en España*, entre 1960-1975. Fue esta una época caracterizada por la construcción masiva de grandes residencias sanitarias y hospitales provinciales, lo que creó una infraestructura pública centralizada, a la vez que se generaba una sanidad privada en alza.

Es de destacar el interés de las matronas por dar una continuidad en la asistencia obstétrica, lo que aún en el siglo XXI las matronas seguimos pidiendo: un modelo en el que

una misma matrona de referencia acompañe a la mujer embarazada en todo el proceso para mejorar la seguridad y la experiencia del usuario. Por otra parte, las matronas, conocedoras de que el puerperio es una época de especial vulnerabilidad para mujeres y recién nacidos, demandaban que se contemplara la prolongación de sus cuidados profesionales puerperales tras el alta hospitalaria a fin de asegurar la recuperación materna y la salud del recién nacido en casa, visita puerperal o puerperio domiciliario que, en la actualidad, todavía se incluye en la cartera de servicios de Atención Primaria.

Así mismo, reclamaban una organización propia de la asistencia obstétrica al parto que contemplara una ratio razonable de matronas con el objetivo de permitir una asistencia al parto en la que fuera posible la interacción y mayor dedicación a las usuarias, al margen de la atención técnica, y no como, exponen graciosa y clarificadoramente las firmantes, una presión asistencial excesiva las convirtiera en simples "recogedoras de niños".

Lo curioso es que los tiempos han cambiado como también lo ha hecho la asistencia al parto, y las matronas del siglo XXI seguimos pidiendo prácticamente lo mismo cuando hemos demostrado que nuestra participación ha tenido una clara e importante repercusión en la mejora sustancial de las cifras de mortalidad materno fetal de los últimos 60 años.

Bibliografía

- [1] Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], de 27 de diciembre de 1942, p. 10.592. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1942/361/A10592-10597.pdf>
- [2] Decreto de 11 de noviembre de 1943 por el que se aprueba el reglamento para la aplicación de la Ley del Seguro de Enfermedad. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], de 28 de noviembre de 1944. p. 11427-11436. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1943/332/A11427-11436.pdf>
- [3] Redondo MG. El Seguro obligatorio de Enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo. [Tesis doctoral]. Madrid; Universidad Complutense de Madrid; 2013. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/bitstreams/e8f9872c-14af-4d0b-ae85-512c9526a3fc/download>
- [4] Orden de 27 de julio de 1944 por la que se dispone que a partir de 1º de septiembre del corriente año los trabajadores afiliados en el Seguro Obligatorio de Enfermedad y sus familiares beneficiarios tendrán derecho a las asistencias del mencionado Seguro. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], de 28 de

- julio de 1944. p. 5 7 5 5. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/gazeta/dias/1944/07/28/pdfs/BOE-1944-210.pdf>
- [5] Real decreto-ley estableciendo en España el Seguro de Maternidad. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], de 24 de marzo de 1929. p. 2202-6. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/gazeta/dias/1929/03/24/pdfs/GMD-1929-83.pdf>
- [6] Real Decreto. Gaceta de Madrid. [internet], núm. 235, de 23 agosto 1923. p. 812-3. [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/gazeta/dias/1923/08/23/pdfs/GMD-1923-235.pdf>
- [7] Seguro de Maternidad: Convenio con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. Madrid: Oficina Tipográfica del Instituto Nacional de Previsión; 1931.
- [8] Seguro de Maternidad. Segundo Convenio con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. Madrid: Oficina Tipográfica del Instituto Nacional de Previsión; 1933.
- [9] Seguro de Maternidad. Tercer Convenio con la Federación Española de Colegios Oficiales de Matronas. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. Madrid: Oficina Tipográfica del Instituto Nacional de Previsión; 1934.
- [10] Archivo histórico de la Asociación Española de Matronas. Libro de Actas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas. AEM; 1954-1974.

JUANA M^a VÁZQUEZ LARA

Matrona. Vicedecana de Estudiantes y Extensión Universitaria en la Facultad Ciencias de la Salud de Ceuta. Universidad de Granada. Mujer, madre de dos hijos, enfermera, docente, investigadora. Algecireña de nacimiento y "caballa" de adopción.



Pregunta: ¿Por qué te sorprendió cuando te invitamos a participar en nuestra revista en esta sección?

Respuesta: He visto muchas de las entrevistas que hacéis, las matronas son de primer nivel y en muchos casos tienen más experiencia que yo; aunque después pensé que, cada una en su campo, todas podemos aportar nuestro granito de arena para engrandecer nuestra profesión. Además, me une a la Asociación Española de Matronas (AEM) una relación especial de muchos años y ahora me apetece mucho estar con vosotras.

P. Tienes una hermana también enfermera. ¿Más antecedentes familiares de profesionales de la salud?

R. Sí, una tía era auxiliar de enfermería, cuando yo era pequeña, pero nadie más. Lo que sí es verdad, aunque *a priori* parezca que no tiene relación, es que mi padre era patrón de barco y cuando estaban en alta mar durante semanas, él hacía todas las tareas de asistencia sanitaria: cogía puntos cuando los marineros se cortaban con las artes de pesca, los curaba, ponía inyecciones; en fin, no se le daba mal, o quizás fuera la necesidad, pero también hay que tener iniciativa y disposición para ello y a él le sobraban. Puede que mi hermana y yo heredáramos esa disposición de nuestro padre, sumada a la vocación por cuidar a los demás que tenía mi madre, y todo junto nos llevara por el camino de la Enfermería; bonita combinación.

P. ¿Cómo te surgió la idea de ser matrona?

R. Estudié en la Escuela de Enfermería "Salus Infirmorum", en Cádiz. En cuanto inicié la diplomatura ya supe que quería ser matrona, siempre sentí ese anhelo, consideraba que era una meta obvia en mi futuro. Como curiosidad, quiero contaros que cada vez que le decía a mi abuela Josefa que quería ser matrona, me respondía que me venía de ella

porque, debido a la necesidad, asistió muchos partos en algunos de los pueblos donde vivió durante los años de la guerra, ya que la asistencia profesional brillaba por su ausencia en aquella época. Era curioso porque, cuando fui matrona, algunas de las cosas que me contó cuando ella "parteaba", a su manera, se asemejaban a la actuación habitual en nuestra profesión. Durante la carrera, ya anidó en mí el anhelo de ser matrona al igual que el de trabajar en el área de urgencias y conforme vayáis leyendo veréis que pude cumplir ambos deseos.

Al pasar de los años, me han preguntado muchas veces qué me gustaba más, si la "Matronería" o las urgencias, y siempre he contestado lo mismo, ¿a qué hijo quieres más, al primero o al segundo? He tenido el privilegio de disfrutar y experimentar ambas facetas profesionales, es más, he podido superponerlas y hacer que se complementaran, sin renunciar a ninguna de ellas, todo un lujo realmente.

Conservo muchas amistades de esa primera etapa académica de mi vida: Eva Doblas, Eva Villahermosa, Mabel, Fermi, Ana, Alicia, Sonia, Paco, David, Cati, M^a Eugenia... y muchos más, que hoy día seguimos conectados a través de grupo de WhatsApp.

P. Sin embargo, no te hiciste matrona enseguida, trabajaste como enfermera durante muchos años en el Área de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias ¿Qué supuso esta etapa en tu vida profesional?

R. Para mí fue un sueño profesional cumplido, como ya he comentado. Trabajé en el servicio de Urgencias del ya desaparecido Hospital de Son Dureta, en Palma de Mallorca. De aquella época conservo muchos amigos, Javi, Raquel, Oriol. Pero antes de esto, trabajé en la Policlínica Miramar, también en Palma, recién salida de la carrera en el año 93 y aterricé en la planta de obstetricia y aquello sí que fue una revelación; conocí a las matronas Macu, Margarita, Isabel y

a Pilar Ferrer de San Jordi, que fue la primera que vio en mí el potencial de matrona antes que yo misma, ¡qué buena profesional!; me regaló un manual de Enfermería Maternal que aún conservo con mucho cariño. Tampoco olvido a mi compañera y amiga, la enfermera Majo Matas.

Después de esos años en diferentes ciudades, recalé en mi querida Ceuta, en el año 2000, como parte del equipo de la recién creada Unidad Móvil de Emergencias del 061. Disfruté durante años como enfermera de urgencias hospitalarias en Baleares, y las urgencias extrahospitalarias me terminaron de enamorar en la ambulancia. Ahí sí que se creó una gran familia, con muchos compañeros estupendos: Begoña, Víctor, José Carlos, Pascual, Nordin, Paco, Miguel, Mustafa, Rafa, Abdelghani, Carmona, Vergara, Julita, Afriquita, Himo y muchos más. En esta etapa consolidé mi primera plaza fija en el sistema sanitario público, como DUE de Urgencias. Otra anécdota más de este periodo es que asistí a mi primer parto, sin ser matrona, en la puerta de una farmacia, en la acera, en plena calle, toda una odisea; fue el primero de otros tantos de esta índole.



Parto asistido en ambulancia

P. En muchos casos, acceder a la plaza de residencia de matrona no es fácil y puede llevar años. ¿Cómo fue en tu caso entrar a hacer la especialidad después de tantos años siendo enfermera?

R. Como tantas matronas y matrones, intenté varias veces entrar a la especialidad a través del examen EIR, pero sin

conseguirlo. Es una situación que nos ha pasado a muchos, pero igualmente, la clave está en perseverar hasta llegar; son más las ganas de convertirte en matrona que el cansancio de no conseguirlo. Por eso siempre animo a todos los que recorren ese camino a que insistan, que no desfallezcan, que la recompensa es extraordinariamente gratificante, porque una vez pisé el paritorio supe que ese era mi lugar.

Fue muy chocante, en muchos sentidos. En mi caso, me formé por el sistema EIR, en la Unidad Docente de Matronas de Málaga y formé parte de la primera promoción de matronas del Hospital Costa del Sol (Marbella), graduándonos en 2006, junto a mis compañeras Graciela y Eva. Inicé la residencia de matrona recién parida de mi primer hijo, fueron dos años muy duros en los que solo me alentaban a continuar mis ganas infinitas de ser matrona y, sobre todo, el esfuerzo inmenso que me había costado llegar hasta allí. Yo soy mucho de "pico y pala", trabajar muchísimo para conseguir un objetivo, ese es el camino que conozco, no hay fórmulas mágicas. Quiero mencionar a mi tutor, el matrócn José M^a Mora, persona excelente que me ayudó en esta travesía y del que aprendí muchísimo.

Por otro lado, pasé de trabajar independiente, y en situaciones extremas, a una actividad tutorizada y de una forma mucho más controlada; el rodaje y las técnicas enfermeras ya las llevaba "de serie", por decirlo de alguna forma. Sin embargo, la obstetricia no tenía que ver con nada de lo que había hecho hasta entonces y fue una sorpresa y a la vez un desafío; me apasionó desde el primer momento, tal como yo esperaba, o incluso más. Me parece relevante explicar que cuando empecé la especialidad, conocí a mi compañero Luciano, que luego se convertiría en gran amigo, hasta el día de hoy. Mi formación como matrona y mi carrera profesional se entienden mejor con él, hemos crecido e ido de la mano juntos durante todos estos años hasta convertirnos en un tándem profesional que aún perdura.

Y, además de todo lo dicho, falta mencionar a Antonio, mi marido, que fue padre y casi madre de nuestros dos hijos durante el tiempo en el que yo crecía como matrona y me ayudó y animó siempre a seguir adelante. Sin él, mucho en mi vida profesional no habría sido posible. No olvidemos que ser madre y trabajadora, en el más amplio sentido de la palabra, no es fácil de sobrellevar y supone un esfuerzo considerable, se necesita mucha ayuda para poder conciliar vida familiar y profesional.

P. Cuando acabaste la especialidad volviste a trabajar como matrona en el "antiguo" Hospital de Ceuta. ¿Qué puedes contarme de esos años?

R. Pues otro cambio de rumbo. El verano que acabé la residencia, empezamos a trabajar en el paritorio del antiguo

Hospital de la Cruz Roja, Luciano y yo. Fueron meses intensos, recién salidos de la especialidad, con muchas ganas de hacer partos y descubrir cosas nuevas.

Aquel verano "alumbramos" nuestro primer trabajo con repercusión notable, el Pictograma. Fue un proyecto en el que elaboramos unos carteles con una serie de dibujos en los que las mujeres cercanas al parto, y que no sabían leer o no conocían el idioma, podían transmitir información importante para facilitar su atención de forma adecuada por parte del personal sanitario. Fue el comienzo de nuestra andadura en los congresos de matronas, presentando este trabajo en formato póster: "El pictograma como medio de comunicación ante la diversidad en el lenguaje", que tuvo una mención especial en el II Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas; además fue traducido a diferentes idiomas y adoptado por diversas comunidades autónomas.

En ese paritorio también coincidí con el matrn Francisco Javier Fernández Carrasco y, curiosamente, su padre y mi padre eran muy amigos; ocurrió que entre nosotros nació una amistad y fue creciendo desde entonces hasta hoy día, como la de ellos. La vida, que es caprichosa a veces.



Pictograma en el paritorio

Más tarde, nos mudamos al que es hoy el Hospital Universitario de Ceuta; una vez allí accedí al puesto de jefa de Estudios de la Unidad Docente de Matronas de Ceuta, en el que estuve siete años. Una época muy fructífera con pequeños grandes logros, en un hospital comarcal tan desconocido como el nuestro en aquel entonces. Conseguimos que vinieran residentes de otros hospitales de España para hacer sus rotaciones externas con nosotros y conocer las peculiaridades de las mujeres de parto que atendíamos. Organicé dos ediciones de las Jornadas de Sesiones Clínicas Conjuntas entre las UDM de Cádiz y Ceuta y otras actividades de gestión, además de la asistencial y la docente, porque también daba clases a las residentes.

Uno de los trabajos de los que más orgullosa me siento, a nivel personal, y que me supuso meses de trabajo, es el de haber coordinado la publicación del primer Programa Formativo de la Especialidad Obstétrico Ginecológica (Matrona), aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, con autores de diferentes especialidades y disciplinas y que consta de 10 volúmenes. Se pueden descargar gratuitamente en la web que creamos mi amigo Luciano y yo: <https://comadronas.es>. Se trata de una página que hicimos para dar difusión de nuestro trabajo como matronas. Es una ventana abierta, no solo a compañeros sino a la ciudadanía en general.

En este paritorio también compartí guardias y desvelos con muchos compañeros que son estupendos profesionales: Dolores Aguilera "Lola", Carmen Vázquez, Carmen Palacios "Lala", Carmen Rivero, Joaquín Morales, Javi Riesco, y tantos otros.

P. Y después de esos años, vuelves nuevamente a la Unidad Móvil de Emergencias del 061 en Ceuta.

R. Pues sí, por un tema administrativo y personal, me reincorporo a mi plaza de enfermera de urgencias extrahospitalarias. Sigo con mis publicaciones y, de la unión de mi experiencia en el 061 y la de matrona, publicamos el *Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario*, que también tuvo muy buena acogida y fue pionero en su ámbito. Igualmente, impartí diferentes cursos en el Área Sanitaria de Ceuta, dado que, debido al enclave geográfico, teníamos un número considerable de partos extrahospitalarios; estos cursos iban dirigidos a personal médico, enfermero y técnicos sanitarios. Yo misma atendí varios partos en diferentes sitios de la ciudad siendo ya matrona. La coyuntura era perfecta, una matrona enseñando a atender partos inminentes, en situaciones excepcionales, a todo el personal de asistencia extrahospitalaria; un reto emocionante y un honor.

Tiempo después obtuve plaza fija de mi especialidad en Atención Primaria de Ceuta. Por un tiempo, me convertí en la matrona del Centro de Salud del Tarajal. Para mí fue un redescubrimiento, porque apenas había trabajado en Atención Primaria excepto en las rotaciones que realicé durante la residencia. Hay que estar muy preparados y actualizados, tuve que volver a recordar y estudiar protocolos nuevos y ponerme al día en muchos aspectos. He de confesar que las mujeres de mi centro de salud embarazadas, jóvenes, mayores, en menopausia, todas, me enseñaron más a mí que lo que yo pudiera haber hecho por ellas. Fue todo un enriquecimiento laboral y personal que he agradecido siempre.

Vuelvo a recalcar que he tenido la enorme suerte, a lo largo de mi vida profesional, de pivotar entre los dos amores que siempre tuve, como a mí me gusta llamarlos, las urgencias/

emergencias y la "Matronería"; es más, he podido unir las en muchos proyectos que han dado frutos muy beneficiosos para cada parte, de lo cual me siento muy orgullosa.

Una de esas colaboraciones fue la elaboración de la recomendación científica: "Atención al parto inminente fuera del área de partos: en planta o en urgencias hospitalarias o extrahospitalarias", con el aval científico de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), a la que pertenezco y con la que he colaborado muchos años. En esa época, en mi faceta emprendedora, también inauguramos y gestionamos el servicio de paritorio en un hospital privado conocido, labor que continuó varios años.



Guardia en el 061 de Ceuta

P. A lo largo de tu carrera has participado en muchos congresos, tanto nacionales como internacionales. ¿Crees que es necesaria la investigación para avanzar en nuestra profesión?

R. Sin duda, investigar es fundamental, es la única forma que tenemos de crecer y, sobre todo, si aspiramos a que el Grado de Matrona se materialice en un futuro. Somos las únicas protagonistas en la construcción del conocimiento en nuestra disciplina.

Hay que motivar a las nuevas promociones para que investiguen y, si pueden, que se aúnen en equipos de diferentes disciplinas. Considero que asistir a congresos nos abre la mente, nos invita a conocer lo que hacen otras matronas en cualquier parte del mundo, pues eso quizás nos pueda servir en nuestro quehacer diario y también, como no, nos facilita estar con otras compañeras y amigas en un ambiente más distendido.

Esas reuniones, que a veces parecen sencillas, son el caldo de cultivo ideal para que surjan grandes proyectos y es un estímulo que se contagia de unos a otros, tejiéndose alianzas que, en mi caso, han perdurado hasta la actualidad.



Presencia en el I Congreso Internacional Bienal del Estrecho de Urgencias, Emergencias y Catástrofes

P. Ha quedado de manifiesto que te gustaba la docencia y te llamaba la investigación. ¿Qué ha significado para tu vida profesional hacer el doctorado?

R. Fue una puerta que se abrió en muchas direcciones. Nuevamente, me supuso un gran esfuerzo realizar el programa de Doctorado, pues tenía clases presenciales en la ciudad de Granada, además de la elevada exigencia académica, claro está. Sin embargo, mi apuesta fue nítida en aras de la investigación, y así fue como me doctoré en el año 2017, con la ayuda inestimable del doctor Jesús Ramírez y de la doctora Gema Torres.

Como no podía ser de otra forma, mi tesis doctoral, dentro del Programa de Actividad Física y Salud, versó sobre la mujer embarazada, concretamente sobre la influencia de la actividad física durante la gestación. Fue muy gratificante realizarla, a pesar del esfuerzo.

Bajo el título *Efecto de un programa de actividad física en el medio acuático en mujeres embarazadas con inmersión hasta el cuello*, su objetivo fue evaluar el efecto del programa durante seis semanas sobre constantes hemodinámicas y calidad de vida en mujeres gestantes, logrando así el título de doctora, con la calificación de sobresaliente *cum laude*.

Entre otros resultados, se comprobó que este programa contribuye al equilibrio hidrosalino, añadiendo evidencia suficiente para considerarlo con efectos positivos en la redistribución del volumen plasmático y la prevención del edema en el embarazo, que son habituales en la gestación.

Igualmente, se observó que ocasiona mejoras en medidas hemodinámicas como la tensión arterial, además de brindar beneficios en diferentes aspectos relacionados con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud. El horizonte profesional me cambió de nuevo, a partir de ahí volver a empezar por primera vez en un campo desconocido hasta entonces, la investigación: proyectos, publicaciones, formación y otras actividades. Todo ello propició mi acceso a la Universidad de Cádiz en calidad de Profesora Asociada, mientras ejercía de matrona en el Hospital Punta de Europa de Algeciras, lugar donde hice mi primera guardia de matrona y donde hice la última, asistencialmente hablando. Recuerdos también para Rocío, Javi, Gracia, Rafi, Isabel, M^a Jesús, Encarnación, Sergio, Cati, Eli, M^a Ángeles y el resto de compañeros de ese estupendo paritorio algecireño.

Un año más tarde, obtuve plaza como Profesora de Ayudante Doctora en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta (Universidad de Granada), que es donde me encuentro ahora, a la espera del reconocimiento de la figura de Profesora Titular por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y con muchos proyectos en marcha.

P. Detalla un poco más tu actividad como profesora universitaria.

R. A lo largo de mi trayectoria profesional siempre he impartido cursos de muchos tipos, en diferentes instituciones; la formación siempre me ha atraído y ha estado presente en mi desempeño profesional.

Hace ya varios años que me dedico exclusivamente a la docencia universitaria. Hoy día imparto la materia de Obstetricia y Ginecología, la cual disfruto inmensamente e intento transmitir el mismo entusiasmo a mi estudianta-

do. He impartido otras materias como Salud Mental, tan importante, ahora más que nunca. También he dirigido ya varias tesis doctorales y estoy llevando otras tantas; sobre todo de matronas y enfermeras, con una temática común sobre salud sexual y reproductiva.

Desde el año pasado soy Vicedecana de Estudiantes y Extensión Universitaria; una parte de la gestión universitaria recién explorada que, aunque exigente, también es gratificadora. Estar en contacto directo con los estudiantes es gratificante, ellos son sin duda la piedra angular de nuestro trabajo.

P. Siguiendo con el hilo de la gestión universitaria, ¿qué supone que las matronas estén en estos puestos dentro del ámbito universitario?

R. Actualmente, en nuestra facultad somos tres matronas las que estamos dentro del Equipo Decanal, mis compañeros y amigos: Luciano Rodríguez, como Vicedecano de Docencia, y Francisco Javier Fernández, como Coordinador de Grado. Quiero subrayar desde aquí que la matrona no solo es una profesional del ámbito asistencial, que es muy necesario, también somos docentes, investigadoras y gestoras, y esto queda muy de relieve en nuestro desempeño dentro de esta institución ahora mismo. Hasta donde conocemos, no hay referencias similares en otras universidades españolas, en donde las matronas tengamos tanta responsabilidad académica.

Es de agradecer al actual decano de nuestra facultad, José Luis Gómez Urquiza, el haber contado conmigo para esta labor tan importante, y al resto de componentes del equipo decanal, Juan José Rodríguez e Inmaculada Roldán, por ayudarme en este cometido tan esencial como es la gestión. Todos ellos son profesores e investigadores de reconocido prestigio en la Universidad de Granada.



En la facultad, impartiendo un seminario



Juana junto con sus compañeros Luciano y Javier

P. ¿Te gustaría compartir algún mensaje para las nuevas promociones? ¿Y para las compañeras que actualmente siguen el camino de la docencia?

R. Por un lado, una de mis frases favoritas, que acuñé a través de mi propia experiencia profesional es la siguiente: "Hay tantos tipos de partos como mujeres de parto hay" y eso, en sí mismo, es una exigencia muy alta para la matrona. Es importante estar continuamente formados, entrenados y con ilusión y ganas de atender a una mujer de parto, identificar qué tipo de atención necesita y qué nos demanda, para saber qué brindarle y cómo en cada momento. He creído siempre que ahí es donde reside el verdadero arte de nuestra profesión: saber, ofrecer y buen hacer; y por supuesto respeto y empatía, imprescindibles.

Por otro lado, la enfermería obstétrico-ginecológica tiene un campo de acción mucho más amplio del que a veces pensamos. Ya nadie pone en duda el liderazgo de las matronas en la parcela asistencial, pero tenemos que poner nuestras miras en los demás espacios como es la investigación, la docencia y la gestión.

Desde aquí animo todas las matronas a que creamos en nuestra capacidad, las animo a ocupar espacios de lide-

razgo; es la única forma de hacernos visibles y de transmitir el valor de nuestra profesión en todas las esferas. Es indispensable aprovechar los lugares donde tenemos voz, para impulsar cambios favorables para nuestro desarrollo y avance como colectivo.

P. No sé si me ha quedado alguna pregunta por plantear-te o hay alguna aportación más que quieras hacer.

R. En primer lugar, quiero daros las gracias a ti, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, a Rosa M^a Plata, y todo el equipo porque desde que nos conocimos, hace muchos años, en las reuniones científicas relacionadas con la Asociación Española de Matronas, siempre habéis estado ahí. Pocas matronas pueden presumir de haber trabajado y luchado por nuestro colectivo durante décadas como habéis hecho vosotras. Muchas gracias, de todo corazón.

Por último, como habéis podido leer, he querido hacer un homenaje a matronas y profesionales con los que he coincidido a lo largo de mi carrera y compartido, tanto a nivel personal como profesional, y que me han acompañado durante mi viaje en este maravilloso mundo de la Enfermería y la "Matronería"; si me olvido de alguien, espero sepa disculparme.

Visibilicemos nuestra profesión y, sobre todo, hagámonos imprescindibles en cada rincón donde tengamos cabida. Conquistemos nuevas metas.

Cada matrona, inicialmente, estamos hechas de pedacitos de las matronas que nos han acompañado y que nos han formado, siempre lo he sentido así, gracias a todas.

Querida Juani, muchas gracias por tu tiempo y muchas gracias por tu trabajo, esfuerzo, empeño, porque tu ejemplo de "pico y pala", sitúa a las matronas en muy buen lugar.

ATENEA
Redactora AEM

AGENDA

XIII Congreso Español de Lactancia Materna



Bajo el lema "Acompañar y sostener, el arte de cuidar la lactancia materna" se ha celebrado el XIII Congreso Español de Lactancia Materna, en Sevilla. Como cada año, la Asociación Española de Matronas (AEM) ha estado presente y tomando parte activa en su desenvolvimiento, a través de la Vicepresidenta de esta asociación y miembro del Comité Nacional de la IHAN con cargo de Tesorera.

Susana Carmona Cañabate, doctora en Neurociencia y líder del grupo de investigación Neuromaternal en el Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, fue la encargada de la conferencia inaugural de este congreso bajo el título "Impacto de la maternidad en el cerebro".

Fueron 24 las comunicaciones orales y 76 pósteres escogidos para su presentación junto a 14 talleres, cuatro mesas redondas y dos conferencias principales. Por una parte, la de Casey Rosen-Carole, especialista en pediatría

por la Universidad de Yale, Jefa Fundadora de la División de Lactancia Materna y Medicina de la Lactancia de la Universidad de Rochester en Nueva York, EE. UU., la primera división de este tipo en el mundo y actualmente en su segundo mandato como Presidenta de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna. El título de su conferencia fue "La fuerza de la persistencia: el surgimiento y expansión de la medicina de la lactancia". La segunda de estas conferencias correspondió a la dictada por Roopali Soni, neonatóloga consultora británica, titulada "Los desafíos de la prematuridad y el papel crítico de la atención centrada en la familia y el desarrollo clave de la atención neuroprotectora".

La AEM, como en todas las ediciones, patrocinó el Premio a la Mejor Comunicación oral titulada "Creencias sobre lactancia materna entre los jóvenes estudiantes de España: diferencias de género e implicaciones para su promoción", de Ana Isabel Jiménez Moya, pediatra de Sevilla.

I Jornadas sobre Especialidades de Enfermería "Caminando hacia la enfermería especialista"

El encuentro tuvo lugar en el Salón de Actos de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta y contó con un completo programa de ponencias y mesas redondas impartidas por expertos de reconocido prestigio a nivel local y nacional.

Entre los principales temas que se abordaron destacaron el impulso institucional de la Enfermería Especialista, la situación actual del sistema EIR, la relevancia de las unidades docentes y el papel clave de las especialidades enfermeras.

Abrió la jornada la presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Rosa M^a Plata Quintanilla, quien defendió la formación de excelencia de Matrona en España, y su larga evolución como carrera independiente hasta el RD de 1952, que la transformó en especialidad enfermera y su consolidación como la única especialidad desarrollada, implementada y con pleno reconocimiento en todos los servicios autonómicos del sistema nacional de salud (SNS), con el arraigo, en el imaginario colectivo, de una ocupación profesión sanitaria que se remonta al inicio de la vida humana.

La organización del evento se ha llevado a cabo bajo la dirección del Vicedecano de Docencia y Prácticas, Luciano Rodríguez Díaz, junto a la Vicedecana de Estudiantes, Juana María Vázquez Lara, y el Coordinador de Grado, Francisco Javier Fernández Carrasco, todos ellos especialistas en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Asimismo, el equipo organizador

cuenta con la participación del Decano de la Facultad, José Luis Gómez Urquiza; el secretario, Juan José Ramos, y la Vicedecana de Calidad, Inmaculada Roldán, reforzando así el carácter institucional y académico de estas jornadas.

Además, se celebraron mesas redondas centradas en el recorrido por las distintas especialidades de Enfermería y en la preparación del examen EIR, con la participación de academias formativas y organizaciones profesionales, ofreciendo al alumnado una visión práctica y orientadora sobre su futuro profesional.

Estas jornadas fueron organizadas por la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, junto con la Delegación de Estudiantes, reafirmando su compromiso con la formación, la especialización y la mejora continua de la Enfermería.

En palabras del Decano, José Luis Gómez Urquiza, la jornada "supone un paso fundamental en la consolidación de la Enfermería Especialista, acercando al estudiantado la realidad profesional de las distintas especialidades y reforzando el compromiso de la Facultad con una formación de calidad, actualizada y alineada con las necesidades reales del sistema sanitario". Asimismo, destacó la importancia de "crear espacios de encuentro entre estudiantes, profesionales e instituciones para impulsar el reconocimiento y desarrollo de la Enfermería como disciplina clave en la atención a la salud".



Mesa inaugural de las jornadas. Presidenta y presidenta emérita de la AEM, invitadas, junto a la Vicedecana de Estudiantes, Juana María Vázquez Lara, y el Coordinador de Grado, Francisco Javier Fernández y al Vicedecano de Docencia y Prácticas, Luciano Rodríguez Díaz, organizadores de las jornadas

La AEM invitada al foro profesiones sanitarias: presente y futuro de la profesión enfermera en España

Este foro, espacio de diálogo y reflexión clave para analizar los retos y oportunidades que marcarán el camino de la profesión enfermera, fue organizado por Europa Press, el Consejo General de Enfermería (CGE) y Hospiten, y fue presentado por la ministra Mónica García.

Durante el encuentro, la ministra de Sanidad puso sobre la mesa aspectos fundamentales para el reconocimiento y desarrollo de la enfermería en España: la necesidad de reforzar el reconocimiento competencial y profesional de las enfermeras, el impulso al desarrollo y ampliación de las competencias, la importancia de fortalecer el liderazgo enfermero en la toma de decisiones sanitarias, la apuesta por mejorar las condiciones laborales como eje para garantizar la calidad asistencial y, finalmente, el compromiso con la evolución del modelo sanitario uno más comunitario centrado en los cuidados.

Por su parte, el presidente del CGE, en su intervención, incidió en la falta de reconocimiento de la enfermería por parte de la Administración, por lo que defendió la necesidad de poner en valor su formación y su nivel real de responsabilidad y de impulsar un marco normativo que reconozca "sin ambigüedades" el conjunto de sus competencias. Por ello, abogó por reformar la ley del medicamento

para incluir dentro de sus competencias su capacidad prescriptora, reprochó la falta de efectivos y en consecuencia los bajos ratios de enfermeras y la fuga de talentos hacia otros países, así como la injusticia por no haber sido concedido al conjunto enfermero el nivel A1.

En cuanto a la huelga médica contra el Estatuto Marco, la presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almudéver, afirmó que cada colectivo tiene derecho a defender sus intereses, pero consideraba que la huelga indefinida estaba afectando al funcionamiento de los centros de salud y no es la mejor manera de hacerlo.

En este sentido, la presidenta del Colegio de Enfermería de Palencia, Patricia Pérez, señaló que históricamente los médicos "siempre se han considerado por encima", pero subrayó que las enfermeras no pretenden ser médicos.

A continuación, la directora adjunta a la presidencia del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, Mar Rocha, advirtió de que el sistema sanitario enfrenta "retos importantes" y que, por ello, es fundamental buscar "cohesión": trabajar juntos enfermas y médicos y apostar por un marco multidisciplinar, ya que separar por categorías profesionales fragmenta aún más el sistema sanitario.



Presidenta del Colegio de Enfermería de Murcia; M^a Ángeles Rodríguez Rozalen, presidenta emérita de la AEM; Rosaro Sánchez Garzón, secretaria de la AEM; Montserrat Angulo Perea, presidenta del Colegio de Enfermería de Alicante y Vicetesorera del CGE; y Noelia Rodríguez Blanco, directora de la Universidad Europea de Valencia en su campus de Alicante



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