



INFOMatronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Septiembre 2016 Nº 6

COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN QUE
 NOTICIAS INFORMACION
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO COMPARTIMOS
 DICEN QUE CUENTAN QUE NOTICIAS BREVES
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 PASANDO NOTICIA BREVES DICEN QUE
 CUENTAN QUE COMPARTIMOS HEMOS
 NOTICIAS AS BREVES
 LEIDO ESTÁ PASANDO INFORMACION PASANDO
 DICEN QUE CUENTAN
 COMPARTIMOS ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES COMPARTIMOS
 NOTICIAS BREVES
 HEMOS LEIDO NOTICIAS
 DICEN QUE CUENTAN QUE
 INFORMACION COMPARTIMOS
 PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN QUE
 CUENTAN QUE
 LEIDO ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES
 DICEN QUE CUENTAN QUE
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
 NOTICIAS BREVES LEIDO ESTÁ
 QUE HEMOS LEIDO NOTICIAS
 DICEN QUE ESTÁ PASANDO
 PASANDO
 CUENTAN





INF



Matronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Septiembre 2016 Nº 6

Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas de matronas de España, de forma gratuita en formato "on line".

Con una periodicidad mensual buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

Los contenidos proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que, puedan ser didácticas o aleccionadoras para los demás, enviándolos a:

INFOMATRONAS@gmail.com

Esperamos que todo el colectivo sea muy activo en este nuevo modelo de participar, compartir y divulgar.

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

En éste número...

- ✓ **Especial:** Unas reflexiones sobre el parto en casa.
- ✓ **Noticia preocupante:** Cuidado con el paracetamol.
- ✓ **Hemos leído que...**
 - Agencia de viajes para embarazadas.
 - Muerte de una mujer después del parto.
 - Déficit de Vit. D y embarazo.
- ✓ **Breves:**
 - Creación Unidades ginecológicas para adolescentes.
 - Dormir la siesta.
- ✓ **Buenas noticias.**
 - SIMAES trabaja intensamente.
 - Matronas canarias y competencias.
 - Creación del cuerpo especial "chalecos rojos"
- ✓ **Muy relevante:**
 - Maruja la Comadrona.

Unas reflexiones sobre el parto en casa

MEDIANTE el presente artículo nos proponemos aportar algo de luz sobre la controversia surgida con motivo de la difusión de una

triste noticia ocurrida recientemente en un pueblo valenciano: en un parto domiciliario, el recién nacido estaba muerto.

En primer lugar conviene describir los hechos que hemos conocido, y con información contrastada criticar el relato de hechos vertido por algunos medios de comunicación. Diversos medios realizaron una narración que –más allá de la realidad contrastada-, construyó un relato que incorporó la *prescripción* (esto es: *lo que debe ser*), derivada de la ciencia hegemónica. Desde esta posición, se sostiene que el único espacio apropiado para los nacimientos (incluso los que *a priori* no presentan riesgo alguno) es el hospital; por ello, las madres (y las familias) que deciden hacer uso de su autonomía y de su responsabilidad y no aceptar esta tesis son unas inconscientes. La conclusión cae por su peso: dado que estas mujeres (y sus familias) *no saben* tomar las decisiones correctas; contrariamente, las y los profesionales sanitarios *sí sabemos* lo que es mejor para ellas.

Más allá de estos dogmatismos, hablar o escribir sobre la asistencia al parto en nuestro país solo tiene sentido si contextualizamos histórica y socialmente el hecho asistencial. Hasta los años 70 del siglo pasado los nacimientos se producían sistemáticamente en el domicilio de la parturienta, en unas condiciones que distaban de lo que actualmente podemos considerar como unos mínimos higiénico-sanitarios. Además, las condiciones de vida en nuestro país para

buna parte de las familias lindaba con, o estaba directamente inmersa en la pobreza. Por ello, la alimentación –por ejemplo- estaba lejos de los estándares que recomendaba la OMS, fundada en 1948. Además, el embarazo no se vigilaba adecuadamente, lo que obviaba las condiciones de riesgo que podían aparecer en el parto y podían poner en peligro la vida de la madre o del/la recién nacido/a. Por último, el sistema de salud no garantizaba que la asistencia al nacimiento fuera atendida por una profesional, sino que, en ocasiones, eran personas aficionadas –más o menos experimentadas- las que atendían el parto. En la actualidad, hablar de un parto en el domicilio no tiene nada que ver con la situación descrita anteriormente. Los avances en el sistema socio-sanitario han conseguido que las mujeres en su mayoría tengan una alimentación adecuada, su embarazo es controlado por profesionales que pueden determinar mediante la prevención si se trata de un embarazo de bajo riesgo o no, lo que permite actuar en consecuencia para mejorar o eliminar los riesgos que puedan derivarse de ello.

A través de la promoción de la salud se realizan cursos de educación maternal que aportan a la mujer la información científica adecuada para que pueda tomar sus propias decisiones, según la Ley de Autonomía del Paciente.



Nos encontramos, por tanto, ante una evolución del proceso que hay que integrar dentro de la normalidad y la adecuación a la sociedad en la que vivimos. Conseguidos unos estándares de salud, derechos sanitarios, resultados epidemiológicos y libertades, parece lógico preocuparnos por avanzar en la humanización asistencial y el respeto por la autonomía de las personas adultas a las que prestamos nuestros cuidados. En ese sentido, habrá que mantener todas las mejoras conseguidas y todos los derechos, al tiempo que debemos incorporar nuevas necesidades de la población en cuanto a proporcionar el máximo de personalización en nuestra asistencia.

Nuestro colectivo profesional, siempre adaptado a la población que atiende -las mujeres-, no debería dedicar ni un momento en cuestionar a compañeras que están a favor de atender algunos partos en el domicilio, o las que opinan que el centro sanitario es el espacio más seguro para atender el parto. En ese compromiso por aunar seguridad y autonomía la decisión corresponde a cada mujer y nuestra obligación profesional es atenderla donde ella decida, siempre que se reúnan los mínimos requeridos por la OMS y las autoridades sanitarias, ya que nuestras competencias profesionales nos acreditan para ello.

En el caso al que aludíamos, el de la triste noticia de un pueblo valenciano, la madre y el padre habían decidido que el parto se produjera en el domicilio, y que fuera atendido por matronas con experiencia en este tipo nacimientos.

Conviene saber, además, que la residencia de esta familia cuenta con centros sanitarios a menos de treinta minutos de la misma. Aunque el embarazo transcurrió dentro de la normalidad, el niño murió *intra útero*.

Cuando, tras el nacimiento, se dio aviso de que se había producido el fatal

acontecimiento, se siguió el protocolo adecuado en estos caso acudiendo el equipo de urgencias domiciliarias, policía, guardia civil y forense. No es nuestra intención en este caso cuestionar el protocolo existente, pero sí debemos poner de manifiesto cómo determinados trámites administrativos pueden dificultar el inicio de un duelo que, como sabemos, ya de por sí es muy complicado.

Parece que lo que también es difícil (para una parte de la opinión pública y para determinados medios de comunicación) es entender que la madre no aceptara la sugerencia de los profesionales de acudir al hospital para una revisión. Sin embargo, parece de lo más coherente, ya que si la mujer había decidido dar a luz en casa y el hecho luctuoso ya se había producido, resulta lógico que no accediera a ir al hospital puesto que su proceso no había presentado complicaciones de hemorragia o desgarro.

En cuanto a las diferentes opiniones respecto a la seguridad para el/la recién nacido/a creemos oportuno aportar uno de los últimos debates al respecto.

En la revista *Evidencias en Pediatría*[±], de gran prestigio y difusión, se publicaron hace unos años dos artículos que revisan las evidencias sobre parto en domicilio y parto en hospital.

En la revista se insiste en que lo importante es crear un debate necesario: humanización y seguridad deben ir de la mano. Los artículos promovieron un revuelo en la red, con polémica incluida.

Henci Goer, que ha realizado una revisión crítica de muchos estudios sobre atención al parto, explica al respecto cómo cada año se publican miles de estudios científicos con resultados muy discrepantes. Algunos de ellos son contradictorios y recogen las creencias y/o las evidencias acumuladas durante años. Respecto a aquellos que desafían la evidencia acumulada, es difícil manejarnos en la incertidumbre. Según la experta, habrá que revisar la calidad de las investigaciones y su nivel de evidencia, así cómo atender a quién los subvenciona y qué intereses hay en juego. En opinión de Goer, cuando hay una acumulación de estudios, no estudios aislados, sino una larga serie de investigaciones que llevan durante años a la misma conclusión, es muy difícil que los resultados de un nuevo estudio contradictorio con todos ellos sean correctos.

En el caso de los estudios que han comparado la seguridad del parto en casa con la del parto hospitalario, los más importantes se hicieron precisamente para demostrar el peligro del parto en casa y los resultados fueron totalmente contrarios a lo esperado. Según Henci Goer, durante los últimos cuarenta años los estudios vienen confirmando la seguridad del parto en casa. Por lo tanto, estos "nuevos estudios" resultan totalmente sospechosos, sobre todo teniendo en cuenta que vivimos un momento en el que ginecólogos-obstetras y anestesiólogos, más el complejo empresarial de las clínicas privadas que tienen detrás, están reaccionando ferozmente ante la reivindicación de un parto menos medicalizado.

Las matronas, como profesionales formadas en la atención al parto normal tenemos nuestra opinión. En ocasiones, mediatizada por nuestra relación directa con obstetras que consideran todavía hoy que las mujeres son personas a las cuales hay que dirigir *por su propio bien*; en otros casos, nosotras no

tenemos más experiencia que la atención hospitalaria y nos produce temor plantearnos un tipo de asistencia que asuma el parto normal domiciliario; por último, también muchas de nosotras trabajamos en la asistencia privada, que tiene sus propios intereses. Todo es lícito. Sin duda. Pero desde nuestra opinión profesional, aun sabiendo

que un parto puede complicarse de un momento a otro, también sabemos que –en demasiadas ocasiones– el parto en el hospital se complica por intervenciones rutinarias o por medicalización innecesaria. Ese trabajo de incluir más individualidad en la asistencia hospitalaria y más seguridad en la asistencia domiciliaria es nuestro reto, nuestro compromiso.

1 . Martínez Escoriza, J.C.

[Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en hospital?.](#)

Evid Pediatr. 2010;6:46 y González de Dios, J. y Buñuel Álvarez, J.C. [El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario.](#)

Evid Pediatr. 2010;6:59. El debate y la polémica posterior se encuentra en:

<http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/08/parto-domiciliario-frente-parto.html>;

<http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/08/el-parto-domiciliario-triplica-la.html>.



Un reciente estudio realizado en España y publicado en [International Journal of Epidemiology](#) ha encontrado que el paracetamol, empleado ampliamente durante el embarazo, tiene una fuerte asociación con síntomas del espectro autista en niños varones y con síntomas relacionados con inatención e hiperactividad en ambos sexos.

Los investigadores seleccionaron a 2.644 parejas madre-hijo en un estudio de cohorte de nacimientos en España. El 88,8% fueron evaluados cuando el niño tenía un año de edad, y el 79,9%, cuando tenían cinco años. A las madres se les preguntó sobre el uso de paracetamol durante el embarazo (nunca, esporádico o persistente). El 43% de los niños evaluados al año de edad y el 41% de los evaluados a los cinco años fueron expuestos a paracetamol en algún momento durante las primeras 32 semanas de embarazo. Cuando se evaluaron a los cinco años, los niños expuestos tenían un riesgo un 41% mayor de síntomas de hiperactividad/impulsividad que los no expuestos. Los niños y niñas expuestos

de forma persistente mostraron un peor rendimiento en el *Conner's Kiddie Continuous Performance Test*, que mide la falta de atención, la impulsividad y la velocidad de procesamiento visual. Los varones expuestos de manera persistente al paracetamol presentaron un incremento de dos síntomas del espectro autista, comparado con varones no expuestos. La frecuencia de uso de paracetamol se definió como: *nunca*, *esporádica* (uso de cualquier dosis en uno o dos trimestres) o *persistente* (uso de cualquier dosis en los tres trimestres).

Según los autores, el paracetamol actúa sobre los receptores de cannabinoides en el cerebro, dado que estos receptores normalmente ayudan a determinar cómo las neuronas maduran y se conectan entre ellas, y el paracetamol podría alterar estos procesos.

Además, el cerebro masculino parece ser más vulnerable a influencias dañinas durante las primeras etapas de la vida.

Aunque una de las conclusiones del trabajo publicado en internationaljournalofepidemiology recientemente acerca de los efectos adversos del **paracetamol**, es que son necesarios más estudios para poder afirmar de manera más rotunda estos efectos, sí que es preciso unir estos resultados a los encontrados por otros investigadores, que han concluido en que un amplio uso del paracetamol podría aumentar el riesgo para desarrollar asma, así como que un amplio uso de este fármaco podría actuar como disruptor endocrino, debido a las características de su estructura molecular. En los últimos tiempos, los profesionales sanitarios hemos sido testigos, y quizá partícipes, del aumento del uso del paracetamol, a veces, incluso, de manera indiscriminada. Se ha pasado de unas dosis iniciales de 500 mg, a las posteriores de 650 mg, y a las actuales de 1 g, sin saber bien por qué y sin que exista justificación en la mayoría de las ocasiones, utilizándolo para cualquier tipo de afección, real o supuesta, y demasiadas veces de manera innecesaria. Aunque, como decimos, los propios autores reclaman más estudios, sí que estas conclusiones deben ser una importante llamada de atención ante el actual abuso que del paracetamol hacen las embarazadas. Pero ojo, pongamos esta alerta en su punto justo, porque el paracetamol no deja de tener sus indicaciones a dosis terapéuticas. Que un dolor real y, sobre todo, una fiebre materna, nunca dejen de ser tratados con el paracetamol necesario.

CONSIDERACIONES AL USO DEL PARACETAMOL Y MEDICAMENTOS DE LIBRE DISPENSACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

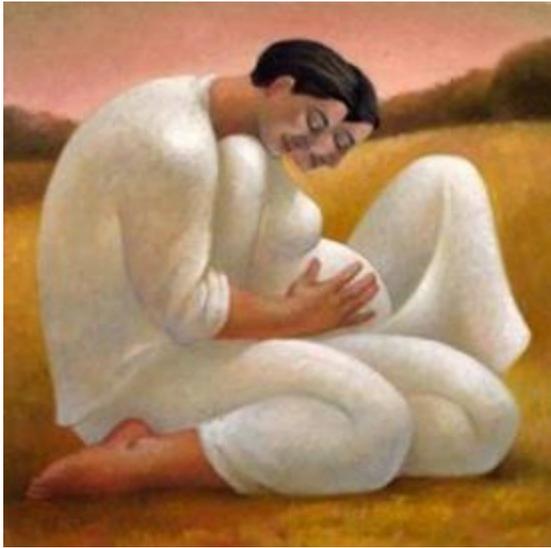
Como en todo, la cordura y el sentido común deben ser la guía, empezando por la dosis terapéutica mínima, aquellos olvidados 500 mg, que se irán aumentando, por supuesto, siempre que sea preciso. Esta advertencia la encontramos ya, desde hace más de dos años, en uno de los siempre acertados **Propositus** del ECEMC: *Paracetamol: Cuidado con la dosis* (en <http://www.fundacion1000.es/Prevencion-de-defectos-congenitos>).

Del mismo modo, toda mujer embarazada o que planea un embarazo debería consultar antes de hacer uso de los medicamentos de libre dispensación, ya que, aunque éstos se consideren inocuos y seguros, pueden, o bien contener principios activos contraindicados en la gestación, o bien interactuar con otros medicamentos que la embarazada esté tomando y ocasionar efectos perjudiciales para la madre o para el embrión/feto.

Es, pues, importante que los profesionales tengamos muy presentes todas estas consideraciones a fin de poder transmitir a las embarazadas la importancia del uso racional de los medicamentos, que el paracetamol y otros medicamentos sin receta no dejan de ser fármacos, y que una amplia y no justificada utilización de los mismos podría aumentar ciertos riesgos e interferir en fetos especialmente predispuestos.



AGENCIA DE VIAJES PARA EMBARAZADAS.



Si colegas, no paramos de sorprendernos cada día. Una curiosidad, el otro día en el programa **Comando Actualidad**, en su especial de verano, *Comando al Sol*, con el título "*Comer, correr, nadar*" hicieron un reportaje sobre la única agencia de viajes especializada en embarazadas "*viajesembarazada.com*". En ella se ofrecen a las parejas antes de que llegue el momento de dar a luz, un fin de semana para compartir diferentes actividades: "*Baby Moon*": *Una escapada romántica para futuros padres antes del nacimiento de su bebé*".

Se trata de contratar un paquete de fin de semana, en el que además de tener un espacio y un tiempo de encuentro y reláj con alojamiento y desayuno, se pueden contratar otras opciones como: masajes para futuros padres, circuito SPA especial

para embarazadas, book (álbum) de fotos para embarazadas, cena romántica especial con fotógrafo especializado, BallyPainting (Pintada de barriguitas) y otras actividades especializadas en futuros padres. Se realiza durante el segundo trimestre para evitar los riesgos del primero y la incomodidad del tercer y último trimestre.

Se ofrece seguridad en las actividades tanto para la embarazada como para su hijo/a y se indican los hospitales y/o Centros de Salud más cercanos al hotel elegido, así como un asesoramiento continuo on line con un equipo de ginecología durante toda la estancia.

Hay una gran cantidad de ofertas hoteleras muy interesantes en todo el país. En fin, que no sea por oportunidades de disfrutar con la pareja y al mismo tiempo compartir la vivencia placentera de ser mimada durante el embarazo.

Hay oferta para todo!!!!





EL Periódico de Cáceres. J. Ignacio Martínez. Publica el día 29/08/2016.

Denuncian negligencia médica por la muerte de una mujer s tras dar a luz. Familiares dicen que se actuó “mal y tarde” y anuncian que irán a los tribunales - El SES no se ha pronunciado todavía aunque lo hará en los próximos días

“El pasado miércoles, 24 de agosto, Nagore Orcera Pérez, de treinta años y natural de Vitoria, aunque residía en Madrigalejo desde hacía 14 años, ingresó en el hospital San Pedro de Alcántara para dar a luz. Su embarazo había transcurrido con normalidad y ya habían pasado las 40 semanas de gestación. “Nos dijeron que el bebé tenía una vuelta del cordón y, sobre las nueve de la mañana, le practicaron una cesárea, que terminó 20 minutos después”, afirma Victoria Chamizo, tía de la paciente. Tras una serie de complicaciones Nagore murió y ahora su familia denuncia supuestas negligencias del personal médico. Nagore volvió a su habitación a las nueve y media de la mañana y, cuando empezó a darle el pecho a su bebé, también comenzó a sangrar por la zona operada. “Llamamos a la enfermera y dijo que era normal, que acababa de tener un niño. Le cambiaron la ropa de la cama, pero a los quince minutos volvía a encontrarse empapada de sangre”, describe su tía. Ante la nueva herida, volvieron a avisar al personal médico, que esta vez la justificó “por un punto mal dado o sin dar”, por lo que éstos comunicaron a los familiares que la llevarían a quirófano. “La subieron a las 10 pero hasta las doce no pudo entrar en la sala de operaciones. Los médicos se encontraban en otra intervención. Estuvo dos horas sin que nadie la atendiera y perdiendo mucha sangre”, prosigue Victoria. Cuando por fin le llegó el turno, denuncia también su tía, “se dieron cuenta de que era algo más serio y la operaron. Deshicieron la cesárea y le quitaron el útero. Todo sin pedirnos consentimiento”.

A los pocos minutos, Nagore entró en parada cardiorespiratoria.

“A las tres de la tarde, cuando la vimos salir del quirófano corriendo a la UCI con un respirador puesto, fue cuando nos informaron de todo lo que había pasado”. “Nos explicaron que se habían producido complicaciones y que lo único que se podía hacer era ponerle bolsas de sangre. Que había perdido mucha”, continúa. Declara, además, que los médicos afirmaron que necesitaba un coagulante, medicamento que no había en el San Pedro de Alcántara.

“Dijeron que lo iban a pedir al de Mérida...¡Para el día siguiente!”, lamenta. A las 21.00 horas, un profesional sanitario habló con los familiares para manifestarles que le habían transfundido 20 bolsas de sangre y que parecía que la paciente se encontraba mejor. “Pero 20 minutos después nos vuelven a decir que el cuerpo de Nagore no estaba respondiendo bien. A las diez y media nos confirman que se había muerto”. Ya de madrugada, los familiares de la fallecida fueron a poner una denuncia, pero en el Juzgado de Guardia les respondieron que “el juez no se encontraba en ese momento” y que tenían que esperar al día siguiente. El hermano de Nagore pidió la autopsia del cuerpo, pero sus padres, que residen en Vitoria, preferían no tener que esperar tres días (“nos dijeron que ese era el tiempo que iban a tardar en realizarla”) y decidieron enterrar a su hija, que, además, tenía otro hijo de cuatro años.

La familia afirma ahora que quiere denunciar los hechos”.



Niveles bajos de vitamina D en el embarazo provocarían problemas de aprendizaje en el niño.

El día 26/08/2016 el DM publicaba la siguiente noticia

Así lo señala un estudio de la Universidad de Glasgow (Escocia), de Cambridge (Inglaterra), el Servicio Nacional de Salud británico y el Gobierno escocés. Un grupo de investigación dirigido por la Universidad de Glasgow (Escocia), en colaboración con investigadores de la Universidad de Cambridge (Inglaterra), el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) y el Gobierno escocés, han realizado un estudio a más de 800.000 niños que asistieron a las escuelas de Escocia entre el 2006 y el 2011 con el que han demostrado que niveles insuficientes de vitamina D en mujeres embarazadas podría estar relacionado con problemas de aprendizaje en los niños. Un grupo de investigación dirigido por la Universidad de Glasgow (Escocia), en colaboración con investigadores de la Universidad de Cambridge (Inglaterra), el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) y el Gobierno escocés, han realizado un estudio a **más de 800.000 niños que asistieron a las escuelas de Escocia entre el 2006 y el 2011** con el que han demostrado que niveles insuficientes de vitamina D en mujeres embarazadas podría estar relacionado con problemas de aprendizaje en los niños.

Los resultados de este trabajo, publicado en la revista *American Journal of Epidemiology*, han revelado que un **8,9 por ciento de los niños** concebidos entre los meses enero y marzo

desarrollan más problemas, debido a que estos meses son en los que hay menos luz y, por lo tanto, se sintetiza peor la vitamina D. Las dificultades más comunes que desarrollan los niños afectados son el **autismo, problemas intelectuales y trastornos de aprendizaje, como la dislexia**. "Aunque no se han medido directamente los niveles de vitamina D en la investigación, esta explicación es la más plausible de la tendencia", han señalado los autores del estudio. "Los resultados muestran que si se pudiese eliminar esta variación estacional, se podría prevenir el 11 por ciento de los casos de problemas de aprendizaje", ha confirmado el director del Instituto de Salud y Belleza, Jill Pell.

Estudios anteriores Diversas investigaciones ya habían demostrado que **la falta de la vitamina D** durante el embarazo puede afectar al desarrollo del cerebro del bebé. Por ello, **los médicos recomiendan tomar suplementos** de esta vitamina para prevenir enfermedades como el raquitismo. "El estudio demuestra que seguir esta medida podría reducir las tasas globales en cuanto a las necesidades educativas especiales", ha destacado el jefe de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Cambridge, Gordon Smith.



Unidad Ginecológica para jóvenes.

El Hospital Universitario HM Torredolones ha puesto en marcha una unidad de Ginecología para niñas adolescentes de entre 10 y 18 años.

Una unidad de las mismas características ya existía en el hospital La Paz de Madrid.

Las causas más frecuentes para acudir a este tipo de consultas serían las amenorreas secundaria, oligomenorrea, dismenorrea, infecciones, sangrados y control de tratamientos.

El equipo de ésta unidad está formado por otros especialistas entre los que se cuentan Pediatras, Internistas, Endocrinólogos, Neurólogos y Psicólogos clínicos.

El objetivo de esta unidad especial es ofrecer atención especializada y educación sexual en el marco de la promoción de hábitos saludables y detección precoz de problemas.

La consulta pretende resolver de una forma más directa los problemas ginecológicos más comunes durante esa etapa vital, además de las acciones necesarias en materia de prevención.

Dormir la siesta mejora la memoria y el aprendizaje en los niños

Investigadores del Instituto de Neurociencias de la Universidad Libre de Bruselas han demostrado el papel fundamental del sueño en la mejora de la memoria y el aprendizaje en los niños. "Una siesta de media hora les permite asimilar y memorizar mejor lo aprendido", explican.

Una investigación del Instituto de Neurociencia de la Universidad Libre de Bruselas ha demostrado que una siesta de media hora mejora la memoria y el aprendizaje de los niños.

Durante el sueño, el cerebro todavía está activo y se consolidan dos tipos de memoria: la **memoria declarativa**, relacionada con el

aprendizaje de conceptos teóricos (por ejemplo, definiciones) y la **memoria de procedimiento**, relacionada con las técnicas adquiridas (por ejemplo, tocar el piano).

Además, el sueño también juega un papel clave en la consolidación de la memoria, **pasando de memoria a corto plazo a memoria a largo plazo**, ya que, mientras se duerme, la información se transfiere desde el hipocampo a las áreas de corteza de la memoria a largo plazo.

Redacción. Madrid
dmredaccion@diariomedico.com |
22/08/20

SE CREA UN CUERPO DE ÉLITE



TRANSCRIBIMOS UN COMUNICADO DE PRENSA DEL MINISTERIO DE SANIDAD, IGUALDAD Y ASUNTOS SOCIALES.

El Gobierno abre el proceso de selección de profesionales sanitarios que quieran integrarse en el equipo español de intervención en emergencias humanitarias

Creación del Equipo START español

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha activado en su sede electrónica un formulario de inscripción online para que los profesionales sanitarios puedan realizar su inscripción

El Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta en Emergencias (START), ya bautizados como "chalecos rojos" por ser la indumentaria oficial del personal de la Agencia Española de Cooperación (AECID), estará integrado por 48 personas y estará listo para intervenir en 72 horas

Serán 384 los profesionales del Sistema Nacional de Salud seleccionados para formar parte del "roster" o base de datos, 8 por cada uno de los 48 perfiles que componen el equipo

Este proyecto sitúa a España como una referencia tanto en el entorno europeo como en el ámbito internacional, junto con países como Australia, Japón o Bélgica. Los profesionales del Sistema Nacional de Salud ya pueden solicitar a través de la sede electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad formar parte

del Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta en Emergencias (START), cuya creación lidera la Agencia Española de Cooperación (AECID).

Así, el equipo START, ya bautizado como "chalecos rojos" por ser la indumentaria oficial del personal de la AECID, contará con un equipo sanitario de élite listo para desplegarse en menos de 72 horas en caso de emergencia humanitaria en la que la Cooperación Española decida.

Para ello, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad activó la semana pasada en su web un formulario de inscripción online en:

<https://sede.msssi.gob.es/registroElectronico/formularios.htm>

para que los profesionales sanitarios y los de gestión y servicios de instituciones sanitarias (en los perfiles indicados) que estén interesados puedan realizar su inscripción. Aunque el equipo lo formarán 48 profesionales del Sistema Nacional de Salud, serán preseleccionadas 384 personas, 8 por cada uno de los 48 perfiles que componen el grupo. Esta puesta en marcha de la base de datos de profesionales fue acordada en el último Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

celebrado el pasado 26 de mayo, donde el Ministerio, la Agencia Española de Cooperación (AECID) y las Comunidades Autónomas lo aprobaron por unanimidad.

EXIGENTES REQUISITOS DE CALIDAD

START surge de la necesidad de mejorar la calidad de la respuesta conforme a los estándares internacionales requeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Mecanismo Europeo de Protección Civil. Para ello, ya se ha iniciado la inclusión del equipo en el proceso de clasificación internacional de la OMS, para formar parte del catálogo de recursos disponibles en el Mecanismo Europeo de Protección Civil.

De esta manera, los países que acepten el despliegue del equipo START tienen la garantía de que la intervención española cumple los más exigentes requisitos de calidad.

Para cumplir estos requisitos, START estará conformado por profesionales que acrediten amplia experiencia y tendrá un sistema logístico propio y disponible, todos los días del año. Además, contará en sus intervenciones de emergencia con un Hospital de Campaña de nivel 2, con capacidad quirúrgica.

Además de médicos y enfermeros del Sistema Nacional de Salud, START estará formado por ingenieros expertos en agua y saneamiento, logístas o expertos en electricidad y electrónica, entre otros. Los despliegues estarán liderados por personal de la AECID y apoyados por el personal de las Oficinas Técnicas de la Cooperación Española adscritas a sus respectivas Embajadas.

CESIÓN DE PROFESIONALES POR PARTE DE LAS CCAA.

El profesional del SNS que quiera formar parte del proyecto START ha de solicitar, de manera voluntaria, su incorporación al "roster" o base de datos, mediante la cumplimentación de un formulario que se encontrará disponible en la sede electrónica de la web del MSSSI, registrando sus datos personales, profesionales y la documentación acreditativa de los mismos.

La creación del equipo médico internacional, que se inicia con el acuerdo de 26 de marzo de 2015 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, supone la cesión necesaria de profesionales por parte de las CC.AA.

Esta cesión es esencial para la constitución de una base de datos formada por aquellos profesionales sanitarios y los de gestión y servicios de Instituciones sanitarias dispuestos a participar en las tareas de intervención frente a emergencias de salud pública de importancia internacional.

Ello se complementa con la regulación de las condiciones para acceder al equipo mediante la normativa que establece la participación del personal del Sistema Nacional de Salud en emergencias humanitarias (incluida en la Disposición adicional tercera de la Ley 45/2015 de 14 de octubre de 2015 del Voluntariado).



Las matronas del hospital Universitario de Canarias dan un paso más en el desarrollo de las competencias.

Las matronas del hospital Universitario de Canarias podrán desarrollar sus competencias en planta con puérperas, lo que representa un gran paso en cuanto a la situación general de los hospitales maternos en España.

Sin duda, la calidad de los cuidados que podemos prestar a la puérpera se incrementará respecto a la situación anterior en la que dichos cuidados los proporcionan enfermeras no especialistas.

El abanico de necesidades de las mujeres, después del parto, es muy amplio y nadie mejor que una matrona para resolverlas. Las posibilidades de ayuda con la lactancia materna, apoyo emocional, cuidados del recién nacido los días de estancia en el hospital y al llegar a casa, cura de heridas (si las tiene) de episiotomía o cesárea, anticoncepción, recuperación general y de suelo pélvico y un largo listado de posibilidades de información que en otra circunstancia no es posible. Por lo general, cuando el parto termina y pasadas las dos primeras horas del mismo las mujeres pasan a la planta y difícilmente podrá establecerse la continuidad de los cuidados por una matrona si nos estamos en dicho espacio de hospitalización.

Y hablando de espacios... todos los hospitales maternos deberían estar dotados con suficientes matronas como para asegurar que desde la primera a la última planta que, en cada uno de los departamentos, unidades o servicios haya una matrona o varias. En todo establecimiento materno-infantil tienen



que ser matronas las que se ocupen de la atención de las mujeres, tanto en los procesos ginecológicos como obstétricos.

La cuestión no es solamente si los gestores o políticos son sensibles e inteligentes como para verlo de ésta manera. La parte más complicada es si el colectivo lo siente así. De poco servirá que los líderes se partan el alma luchando por ello si, llegado el momento, las matronas a título individual, no están interesadas en trabajar en cualquiera de los servicios, prestando todo tipo de cuidados a mujeres con procesos obstétrico-ginecológicos.

El hecho de que en la década de los 60 y 70 con un número elevado de nacimientos y escasez de matronas se organizaron los hospitales como se pudo, asignando matronas a los puntos donde eran absolutamente imprescindibles: el paritorio y en el resto del hospital enfermeras y auxiliares ha marcado la pauta en la organización de modelos posteriores.

Pero en la actualidad la situación ha cambiado y las matronas deben trabajar en todos los espacios para los hemos adquirido competencias.

Para empezar a gestionar los RRHH de manera eficiente e idoneidad es preciso que la Consejería de Sanidad se implique y comprenda la necesidad de ubicar a las matronas en los lugares donde el desempeño sea mucho más adecuado a la formación.



SINDICATO DE MATRONAS ESPAÑOLAS

Nº 86

18 AGO 2016

NOTA INFORMATIVA

LA JUNTA DE ANDALUCIA RECONOCE EL DERECHO A EXCEDENCIA DE UNA MATRONA CON CONTRATO TEMPORAL RECLAMADO POR SIMAES.

El Gerente del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz ha reconocido el derecho de una Matrona afiliada a SIMAES a una excedencia por cuidados familiares, aunque tiene un contrato de carácter temporal como personal estatutario.



SIMAES había requerido el mes pasado a la Junta de Andalucía el reconocimiento de este derecho a pesar del carácter temporal de la relación contractual, entendiéndose que le asistía igual derecho que al

personal fijo.

La Junta de Andalucía ha dictado una Resolución de la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz **favorable** a la petición de la afiliada de SIMAES, justificando tal decisión en que se ha valorado *“el espíritu de las normas aplicables aunque no la letra”*, y que *“la finalidad de la excedencia solicitada igual de necesaria puede ser para quien es propietario de plaza que para quien es interino o eventual de larga duración”*, y que además se ha tenido en cuenta el *“respeto a la conciliación de la vida laboral y familiar”*.



SINDICATO DE MATRONAS ESPAÑOLAS

COMUNICADO DE PRENSA

SIMAES DENUNCIA LA AUSENCIA DE MATRONAS EN TODO EL ORIENTE ASTURIANO.

Los Centros de Salud del Área Sanitaria VI (Arriondas), la que corresponde al Oriente de Asturias, son los únicos que no cuentan con la especialidad de Matrona.



El oriente asturiano tiene una grave carencia de personal en el Área Sanitaria VI, con la ausencia de Matronas en sus Centros de Salud. A SIMAES le consta que diversos profesionales que trabajan en este Área de Salud han presentado escritos denunciando esta carencia, tanto ante la Gerencia del mismo Área como al propio Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa), sin ninguna respuesta. Por ello SIMAES hará llegar a la Consejería de Sanidad del Principado una reclamación formal para que se dote de las Matronas necesarias al Área VI del Principado.

Los profesionales adecuados, según la OMS, para la atención a las mujeres embarazadas, su control de embarazo, cuidados, información, orientación y preparación al parto, postparto y cuidados del recién nacido son las Matronas, enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología. Sin embargo, en los Centros de Salud del Oriente asturiano son atendidas por los médicos y enfermeras de cabecera, superados por la carga actual de trabajo, habiendo personal cualificado específico en paro.

SIMAES reivindica que se dote de Matronas a los Centros de Salud del Área VI (Arriondas) del Principado, ya que el resto de las Áreas de Salud de Asturias cuentan con Matronas en sus Centros de Salud, lo que ocasiona que no se estén cumpliendo dos de los principios generales de la Ley General de Sanidad: el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad y la superación de los desequilibrios territoriales.

23 de Agosto de 2016



SINDICATO DE MATRONAS ESPAÑOLAS

Nº 93

01 SEP 2016

NOTA INFORMATIVA INTERNA

CONVOCADAS 13 PLAZAS DE ENFERMERIA PARA LA DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA

Con un plazo de veinte días naturales a contar desde el 1 de septiembre para presentar solicitud



MINISTERIO
DEL INTERIOR



DIRECCIÓN GENERAL DE LA
POLICIA
DIVISION DE PERSONAL



RESOLUCIÓN DE 28 DE JULIO DE 2016, DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICÍA, POR LA QUE SE CONVOCA CONCURSO PARA LA PROVISIÓN DE PLAZAS VACANTES DE FACULTATIVOS Y TÉCNICOS DEL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

El pasado 28 de julio la Dirección General de la Policía publicó la Resolución que resaltamos convocando un concurso para cubrir las plazas vacantes de facultativos y técnicos del Cuerpo Nacional de Policía. En total hay 13 plazas de Enfermería y el plazo de inscripción será de 20 días naturales a contar desde hoy, día 1 de septiembre.

TITULACIÓN	CÓDIGO DE LA PLAZA	NÚMERO DE PLAZAS	NIVEL	GRUPO O CATEGORÍA	ÓRGANO Y SEDE DEL PUESTO
Titulación Universitaria ATS DUE o Grado en Enfermería o equivalente	T011	3	25	A2	División de Personal (Madrid)
	T012	2			División de Formación y Perfeccionamiento - Escuela Nacional de Policía (Ávila)
	T013	1			Jefatura Superior de Policía de Cataluña (Barcelona)
	T014	1			Comisaría Provincial de Cádiz (Cádiz)
	T015	1			Jefatura Superior de Policía de Castilla y León (Valladolid)
	T016	1			Jefatura Superior de Policía de Galicia (A Coruña)
	T017	1			Jefatura Superior de Policía de Andalucía Oriental (Granada)
	T018	1			Comisaría Provincial de Málaga (Málaga)
	T019	1			Comisaría Provincial de Cáceres (Cáceres)
	T020	1			Jefatura Superior de Policía de Extremadura (Badajoz)

Para ser admitidos a la práctica de las pruebas selectivas será necesario reunir, antes de que termine el plazo de admisión de solicitudes, los siguientes requisitos:

- Ser funcionario de carrera de cualquiera de las Administraciones Públicas.
- Estar en posesión de los títulos de los subgrupos A1 o A2, a que se refiere el artículo 76 del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, de las especialidades que se citan en los anexos I y II, respectivamente, de esta resolución.

En el plazo de veinte días naturales a contar desde el 1 de septiembre de 2016, quienes deseen tomar parte en las pruebas, realizarán su solicitud utilizando el modelo oficial de instancia que se presenta en el anexo III de la convocatoria, cumplimentándolo a través de la página web de la dirección General de la Policía.

DOÑA MARUJA, LA COMADRONA.

J.F. Erades

Mi madre, Fernareta –dice Sócrates- era comadrona y ayudaba a dar a luz a las mujeres. Yo sigo sus pasos y me ocupo del mismo arte obstétrico pero, en vez de dar a luz cuerpos, intento dar a luz el conocimiento a las almas que no lo tienen.

(Teeteto, Platón)

Empecé a estudiar en el año 51, teniendo yo 18 años, gracias a mi querido padre y a una beca que me concedió la Caja de Ahorros de Alicante, me fui interna al colegio de los Salesianos de Alicante. Allí saqué el bachillerato y la reválida. Más tarde, para ingresar en la escuela de ATS tuve que hacer un curso de Fisiología e Higiene, que gracias a Dios aprobé. Al año siguiente, gracias a la beca que me concedió el Gobernador Civil y Militar de Alicante, D. Miguel Moscardó y a D. Agatanguelo Soler, alcalde de Alicante, me fui a estudiar Obstetricia y Ginecología a Madrid, en la maternidad de Sta. Cristina, donde saqué el título de matrona. El 26 de octubre del año 60, gracias a que D^a Isabel Aznar, jefa de las enfermeras de Alicante, me habló muy bien de Jávea, diciéndome que me fuera a allí a ejercer mi profesión, llegué a



aquí a las 8.30 en el autobús, hospedándome en la "Fonda la Marina". Allí conocí a D^a Mercedes y a D. Rafael Echagüe, dos personas muy buenas y muy inteligentes a los cuales he querido y quiero... Me quedé muy impresionada de este pueblo al ver sus casitas blancas, rodeadas de naranjos, almendros y olivos y, sobre todo, del mar y la montaña. Un verdadero paraíso.

Después de conocer a estos dos amigos, D^a Mercedes me presentó a D. Rafael Peiró, un gran médico lleno de sabiduría y bondad, muy querido por todo el pueblo. Más tarde, me presentaron a D. Jaime Buigues y a D. Vicente Gomis, practicante... Después conocí al que hoy es mi marido, Miguel, con el que he tenido tres hijos y me ha dado siete nietos... Mis últimos pasos fueron en el Centro de Salud donde hacía la preparación al parto y, por supuesto, todas la consultas.

A sí comenzó D^a Maruja su presentación en la sala de usos múltiples del IES N^o 1 Xàbia, el día 11 de marzo de 2008 con motivo de la celebración del día de la mujer trabajadora. Allí,



D^a Maruja, como siempre, se mostró como es ella: muy comunicativa, humilde y generosa.

El motivo de escribir estas líneas sobre D^a Maruja ha sido la lectura de un trabajo que envió el amigo Juan Codina Bas para el programa de Fiestas de este año: *La Aventura de ser matrona en el siglo XIX. Algunas mujeres javienses lo consiguieron*. Enseguida, al leer el título, me acordé de una matrona muy especial, D^a Maruja, a la que yo conocí desde pequeño y me dije a mí mismo que podría contribuir con unas cuantas frases más a que se entendiera mejor esa preciosa profesión que consiste en traer vida al mundo.

Mi recuerdo de D^a Maruja, es así como todos la llamábamos, aunque ella no quería, está lleno de miradas amables, de frases educadas, de preguntas cariñosas por mis hijos, sobre todo cuando eran bebés y los sacaba a pasear con el carrito doble mi suegro Ramón. Su sonrisa y su mirada siempre cordial, mostraban su carácter, su alma: siempre estaba dispuesta a lo que hiciera falta y las veinticuatro horas del día.

Son muchas las anécdotas que se pueden recordar de D^a Maruja. Ella misma contó en la charla del instituto que su primer parto fue un niño que pesó cuatro kilos y que la hizo padecer mucho. El segundo parto, probablemente, sería el de mi amiga Cande, al menos eso es lo que dice su

madre Candelaria Vivens, pero solamente pesó un kilo y medio. Otro de los partos que ella recordaba era el de un hijo de su amiga Rosita, cuyo marido, Ángel, se desmayó. Teresa Sivera me dice también que cuando tuvo a su hija Tere, su marido Quico le dijo que se iba corriendo a avisar a D^a Maruja a lo que Teresa le respondió que no se precipitara que todavía faltaba bastante. Al poco tiempo salió la criatura y la comadrona cuando llegó solo tuvo que cortar el cordón. Mi madre también me cuenta que mis dos hermanas nacieron con su ayuda, una con ciertas dificultades pero que la comadrona solventó como pudo. Dice que D^a Maruja, viendo que la criatura no venía bien, se despojó de una parte de la ropa y se subió a la cama: ¡Ya verás si sale o no sale! Recuerda mi madre, por otra





Primera Junta Cruz Roja. De izq. a derecha: Francisco Pastor, Ángel Doménech, M.ª Esperanza Salvatierra, Rafael Peiró, Rosita Bisquert, D.ª Maruja Varó, Miguel Benavent, José Antonio Aragonés, Víctor Candela y Pepe Pons.

parte, que ella repetía mucho la expresión “el niño está a punto de nacer” y mi madre le recriminaba que no dijera alguna vez “la niña está a punto de nacer”. Ella respondía que no era posible conocer con antelación en esa época el sexo de la criatura. Sin embargo, una vez, al menos, sí se atrevió a pronosticar el parto gemelar de Mildeta y acertó. Hoy Cristóbal y Vicente son dos chicarrones del este con 43 años a sus espaldas.

D.ª Maruja fue una buena comadrona, no solo en lo referente a los partos (de los aproximadamente tres mil, todos nacieron) sino también en el trato con las madres, antes y después del parto. Y es que ella estaba siempre al tanto de todo, hasta de llevar un termo de chocolate para que la espera fuera más llevadera. Había veces que iba a la casa de la parturienta y como se retrasara el parto se ausentaba y se iba a casa a darle la papilla a su hija. Así lo hizo poco antes de nacer mi hermana Fina, dice mi madre. Después, volvía a ver cómo evolucionaba el tema. Otras veces se tenía que llevar a sus hijas con ella para que no estuvieran solas en casa. Catina, su hija mayor, recuerda que

más de una vez le decía su madre que se quedara fuera de la habitación con las vecinas (normalmente la casa estaba llena de vecinas esperando a que naciera la criatura) y que cuando viese llegar a la cigüeña es que el niño había nacido. A la pobre hija, como nunca vio aparecer a la cigüeña, la madre le decía que justo en ese momento habría cerrado los ojos. La cuestión es que pocas vacaciones disfrutó D.ª Maruja con el pobre Miguel, su marido, que a pesar de tener un taxi, y a pesar de insistir en hacer *alguna eixideta*, muy pocas veces lo consiguió. Entre prepartos, partos y postpartos se pasaba todo el tiempo ocupada. Siempre había alguna vecina que requería su asistencia y el “no” no estaba en su vocabulario. Si a eso añadimos que también ejercía como practicante (hay que tener en cuenta que en esos años la cantidad de inyecciones y de supositorios que se daban era muy alta), estamos ante una persona que estaba ocupada de noche y de día. Ni las hijas se asustaban ya cuando llamaban a su casa a horas intempestivas. En fin, dice Bartolomé que cuando llegó la matrona *va caure com el Nostre Senyor*,



ya que en los años 60 no había nadie con esa especialidad y fue recibida con los brazos abiertos. Incluso los médicos lo agradecieron, ya que estos tampoco eran especialistas y D^a Maruja venía con su titulación de Obstetricia y practicante bajo el brazo.

Miguel Serrat, el marido de D^a Maruja, *hace hincapié en que actuando su mujer de matrona, durante un parto, nunca falleció ninguna de las madres que asistió ni ninguno de los niños que ayudó a alumbrar. Todo un mérito si consideramos los medios de la época* (Álvaro Monfort, xabia.com, 2 de octubre de 2014).

Otro aspecto de su preciosa vida lo podemos encontrar en la ayuda desinteresada a una comunidad de hippies que había en Pedreguer. Una furgoneta la recogía y la llevaba para que ayudara a alumbrar a las chicas de la comuna. Una vez, a D^a Maruja se le ocurrió preguntar por el padre para felicitarle y mirándose unos a otros, al final, lanzaron una moneda al aire. Por cierto, un día, no hace tanto tiempo, en el paseo del Arenal,

un hombre que tenía un puesto de venta detuvo a D^a Maruja y le dijo que la chica que estaba a su lado era "hija suya". A D^a Maruja le gustaba decir orgullosa: "ese es hijo mío".

En esa época la mayor parte de las mujeres daba a luz en sus propias casas, siempre que el parto fuera normal, sin riesgo. En caso contrario, los médicos (D. Salvador Barber Ros, D. Rafael Peiró Fayos y D. Jaime Buigues Pons) recomendaban el traslado a las clínicas de Denia (Dr. Vicente Hernández, Dr. Patricio Mut) o a Gandía. D^a Maruja hacía el seguimiento de cada embarazo y cuando se acercaba la hora del parto un familiar, normalmente el marido, se acercaba a la farmacia a recoger la "caja tocológica". Una vez utilizada se devolvía, se reponía lo que hiciera falta y se pagaba lo consumido. Bartolomé, que conoce bien el tema, no en vano ha trabajado en farmacias desde los trece años, concretamente desde 1966 hasta hace unos pocos meses, la describe como una "caja de herramientas dividida en diferentes compartimentos". A Catina, le recuerda más bien la forma de la

tapa de las máquinas de coser antiguas Singer.

En la "caja tocológica" habría unos veinticinco productos en total y cada uno tenía su hueco correspondiente, asegura con rotundidad y precisión nuestro amigo Bartolomé: *la caja tocológica llevaba todo lo necesario para el parto: la botella del alcohol, las jeringuillas de cristal, las grapas, la botella del Methergin (ampollas y gotas, todavía existe y sirve para detener las hemorragias), la botella de la tintura de yodo, la mercromina, las gasas esterilizadas, el algodón, el irrigador, las compresas tocológicas de algodón, la seda (nº 0 y 1), la Inductenca (comprimidos para inducir el parto), el Occipartein y el Pitocin (ampollas, para dilatar), el Lysoform (antiséptico líquido para lavar), el Catgut (que eran unos tubitos de cristal que contenían la aguja y el hilo para coser, tenía del 0 y del 1), la Coramina (para restablecer fuerzas, ampollas y gotas), el cordón umbilical... Hay que indicar que todo era rellenable ya que no existía el plástico.*

En Jávea, en la época en que vino D^a Maruja, había solamente dos farmacias: la de Tena y la del Patet. La farmacia de Tena, que estaba situada en la calle Mayor nº 43, era propiedad de Juan José Tena Jovaní. Allí, *teníamos nosotros* –dice Bartolomé– *tres cajas tocológicas ya que podían juntarse tres partos el mismo día. Bueno, realmente eran dos y media: dos completas y la otra, más antigua, de reserva.* La farmacia del Patet, que estaba situada en la calle San Bartolomé nº 5, era propiedad de Pilar Cornejo y también disponía de una o dos cajas tocológicas.

Otra cuestión que me parece interesante era el papel que jugaban las mujeres que ayudaban al parto en cada casa. Eran mujeres de "confianza" que antes de llegar D^a Maruja, debido a su experiencia acumulada durante muchos años, asistían a las mujeres en casa. Al llegar la comadrona, muchas de éstas la ayudaban en lo que podían. Por ejemplo, –dice Bartolomé– *en mi casa estaba la tía Catalina, la Morena, suegra del Gallo. Se quedó muy pronto viuda y en los siete partos que tuvo*

mi madre estuvo presente ella.

Me señala, por otra parte, Bartolomé, que cuando vino D^a Maruja las matronas solamente podían recetar aquellos fármacos que tuvieran relación directa con su profesión. En este sentido, los comprimidos de Inductenca eran los que aparecían muchas veces en el talonario que llevaba consigo D^a Maruja en su bolsito de mano, donde, con toda seguridad, llevaría, además del estetoscopio, esas jeringuillas de cristal con sus correspondientes agujas, grandes y pequeñas, a las que yo tanto pánico les tenía, incluso antes de hervirlas para desinfectarlas.

Por último, resulta llamativo que en el Campello, su pueblo natal, nadie conoce a D^a Maruja ni por Maruja ni por María, allí todo el mundo la conoce por el nombre de Vida. Sus padres y sus cuatro hermanos, sus sobrinos y los vecinos la han llamado siempre Vida, que es el nombre con el que la bautizaron... ¡Qué nombre más apropiado!, ¿no creéis?

Gracias, D^a Maruja, en nombre de todos "tus hijos e hijas".

Mi agradecimiento a Catina Serrat Varó, hija mayor de D^a Maruja y a Bartolomé Bas Segarra. Gracias, igualmente, a todas las personas, especialmente a mi madre, que han aportado su granito de arena para que este artículo vea la luz. Gracias◆

**Tomado de la publicación
Festes patronals Mare de
Déu de Loreto. Duanes de
la Mar, Xàbia. 2016.**

Facilitado por Juan Codina.

