BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS MAYO 2021

N.º 58









BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

MAYO 2021

N.º 58



¡AVISO MUY IMPORTANTE!

Comunicado del Comité Científico

Como recordareis, el programa del XX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española se diseñó en 2019 y entonces estábamos muy ajenos a los acontecimientos dramáticos que nos esperaban con la pandemia Covis-19.

Obviamente, en los plazos establecidos para el envío de trabajos nadie tuvo oportunidad de presentar ninguna comunicación relacionado con la Covid-19.

Por este motivo, entendiendo que es un tema importante y de actualidad abrimos un nuevo y excepcional plazo para recibir vuestros trabajos y considerar su incorporación al programa científico de Comunicaciones.

El plazo para recibir estos trabajos finalizará el día 30 de junio de 2021

¡Anímate, participa y envía)

MAIL: comitecientifico.matronas@asociacion-nacional.com

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS MAYO 2021 N.º 58

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 originales proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas y de otros medios 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

Directora:

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa Mª Plata Quintanilla Isabel Castello López Carmen Molinero Fraguas Rosario Sánchez Garzón Ana Martínez Molina Andrea Herrero Reyes Pilar Medina Adán Lucia Moya Ruiz En este número...

A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR

COMUNICADO

- ESPECIAL I:
- EL LENGUAJE ÉTICO
- ESPECIAL II:
- A VUELTAS CON LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

☐ HEMOS LEÍDO QUE...

- INADMISIBLE, INTOLERABLE, IMPERDONABLE...
- EL ESTUDIO REVELA QUE LAS MATRONAS TUVIERON QUE AFRONTAR RETOS
 PROFESIONALES Y PERSONALES PARA CONSEGUIR QUE LOS PARTOS Y ATENCIONES
 FUERAN LO MÁS ADECUADAS Y SEGURAS
- INFOGRAFIA MUY INTERESANTE SOBRE VACUNAS/MUJERES

■ MUY INTERESANTE:

- 8 DE MAYO IX DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER DE OVARIO
- INFORME OCKENDEN
- ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: ¿EN QUÉ DEBEMOS FIJARNOS PARA DETECTARLA EN EL BEBÉ?

□ BREVES:

- NUEVO REGISTRO VACUNAS COVID-19
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL ICM VIRTUAL
- CURSOS Y CONGRESOS
- NOTICIAS DE SIMAES
- ☐ ENTREVISTA CON ROSALINA SABINA CELADA JUAN

BUENAS NOTICIAS

- 5 DE MAYO DIA INTERNACIONAL DE LAS MATRONAS
- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- MADRID: LA PROFESIÓN ENFERMERA SE UNE PARA EXIGIR SOLUCIONES URGENTES

☐ LECTURA RECOMENDADA:

- RELATOS DE UN HOMBRE LLAMADO MATRONA
- ☐ AGENDA A.E.M.
- CURSOS
- XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



EL LENGUAJE ÉTICO

odéis estar tranquilas, no pretendo en este artículo enseñaros ningún idioma nuevo, o si, según se mire.

Algunas corrientes psicológicas abogan por entender que la forma o manera de comunicarnos verbalmente, oral o escrito, es un reflejo de nuestra manera de pensar y de sentir, y entre ellas está la PNL o "Programación Neuro-Lingüística", cuyo principio básico es que tal cual pensamos condiciona nuestro sentimiento y como consecuencia, nuestra acción, en resumen, nuestra actitud ante algo o ante alguien.

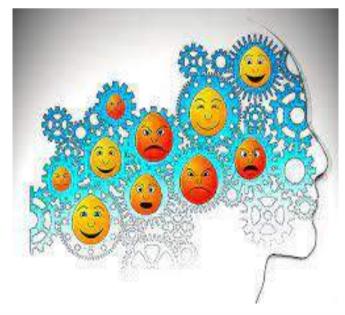
Existen otras corrientes psicológicas: la "Cognitivo-Conductual", muy parecida a la anterior, la Conductista, puramente hablando, las Sistémicas, las Holísticas , la Gestalt, algunas incluidas en la corriente "Humanista".

Así que, con el "lenguaje ético", a diferencia del "técnico", lo que trataremos es de ver como los principios o valores éticos están, consciente o inconscientemente, incluidos en nuestro lenguaje, en nuestra manera de comunicarnos y/o relacionarnos con las personas que son sujetos (foco) de nuestra profesión, la del cuidado.

A nadie le sorprende ya que se nos exija el "lenguaje inclusivo" cuando escribimos o hablamos, para referirnos a ambos sexos, masculino o femenino, pero obviamos que también, esta dicotomía no es real porque sabemos que la amplitud de términos relacionados con el rol sexual, rol de género, etc. es amplísimo, pero tampoco podemos caer en el absurdo de "feminizar" todo y que la comunicación sea cuasi "ridícula" cuando tendemos a generalizar (recordad aquella famosa "miembra"). La inclusión no sólo es válida en el uso del lenguaje, si no que necesita que se acompañe de una integración en la manera de sentir y de actuar llegado el momento real de relacionarnos.

A propósito de nuestra manera de pensar, vaya por delante que, los valores personales se conforman en diferentes etapas de la vida, desde la infancia hasta la senectud, desde el seno familiar hasta en el contexto socio-cultural en el que nacemos o nos criamos y educamos.

Podemos cambiar nuestra actitud, el cómo posicionarnos ante los temas de la vida, además de que resulta bastante sano cuestionarse ciertas "creencias o pensamientos" que nos limiten o nos hagan sentir infelices y el hacerlo, no supone un salto al vacío por temor a dejar de ser "nosotros/as mismos/as" o que conlleve un cambio de personalidad, solo es un "cambio de actitud" y no de convicciones, las cuales sí que son más profundas e incluso "inamovibles".





MARCO CONCEPTUAL

Entrando en materia, vemos que significa manejarnos en un lenguaje ético también estudiado en "metaética o ética analítica" que investiga el origen y la naturaleza de los conceptos éticos y el lenguaje que usamos para describirlos y donde la ética se define como un asunto del lenguaje. También se define la meta-ética como un tipo de moral en la que se tiene en cuenta los pensamientos y las razones sobre el bien o el mal.

Como ya he dejado entrever en la introducción, y para hacerlo más comprensible, el lenguaje es aquel que al ser utilizado por la vía oral o escrita, deja reflejado valores éticos como es el de respeto, de consideración hacia la persona a la que nos dirigimos, de empatía hacia sus sentimientos y de aceptación y/o comprensión ante los hechos que relata.

Y en este artículo, en concreto, quiero abordar determinados conceptos que pudieran parecer sinónimos y que no lo son: paciente, usuario-a, enfermo-a pero que todas ellas son "personas". El uso del término marcará la diferencia y marcará un cambio entre el ejercicio de una medicina paternalista a una medicina donde el sujeto que atendemos, cuidamos, curamos, etc. deja de ser un "sujeto pasivo" para convertirse en un "sujeto activo".

Desde la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986, aún vigente, muchos conceptos de salud/ enfermedad han cambiado o se han matizado ya que esta ley respondía a los dos artículos de la Constitución Española, el art. 43 y 49, pero en su artículo 10 ya dice:



"Todos tienen los siquientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

- **1.** Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- **2**. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
- **3**. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- **4.** A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.



Y así continúan unos cuantos más, pero destaco estos porque son los que ya vislumbran lo que recogería años más tarde una de las leyes en materia de regulación del derecho del paciente a la información y respeto a su autonomía, la Ley 41/2002,(LAPID), para mí, una de las más importantes en el marco ético-legal que deben conocer los profesionales de la salud.

Y es, en esta última ley, donde ya diferencia bastante bien quienes son los pacientes y los usuarios. Existe un artículo muy interesante de Antonio Pérez Miras¹ titulado "La relación sanitaria como relación jurídica y su especial trascendencia constitucional" (2016) en la que destaca, no solo las diferencias entre "salud" y "sanidad", sino entre "paciente", "usuario" y "consumidor/ cliente" en relación a su posición en el sistema sanitario. Y cito textualmente: "podemos realizar tres grandes grupos de personas a las que calificaremos en función de su posición ante la relación sanitaria: el paciente-usuario-consumidor, los profesionales y la familia (y allegados)".

Ya en el texto refiere que, "queda superada la idea tradicional de enfermo como ser desvalido e incapaz." También aclara, cómo una persona inicia esta relación con el sistema sanitario, que puede ser como paciente o como usuario o como consumidor/cliente.

Quiero pararme en este punto antes de aclarar los conceptos de paciente o usuario. Hay quien ya cree, como este autor, que el término "enfermo", entiéndase por un enfermo-a la "persona que padece una enfermedad, esto es, que ha perdido su bienestar físico, mental y social²", está descartado como ser desvalido e incapaz y nada más lejos de la realidad. Aún quedan muchísimos profesionales que hacen un uso inadecuado y nada "ético" de este término para referirse a cualquier persona que entra por alguna puerta de cualquier establecimiento



sanitario, denostando un halo de superioridad y paternalismo ya recalcitrante, y no, no penséis que son todos médicos, o todos "mayores", os sorprenderíais. Además de la actitud con la que se posicionan ante ellos-as, los-as anulan como personas porque los-as convierten en "enfermedad hablante" y no en personas dignas y respetables "con una enfermedad". Como ejemplo diré lo que tanto hemos escuchado en alguna sala "hay que poner una bomba de insulina al diabético de la 450", o en nuestro caso particular como matronas: "hay que iniciar el tratamiento antibiótico a la bolsa rota". Y ¿dónde está la persona?, ha desaparecido, en el primer ejemplo se ha convertido toda ella en la enfermedad (la diabetes) y en el segundo, se ha convertido toda ella en una circunstancia o hecho (la bolsa rota).

Y os preguntaréis ¿y cómo debo referirme desde el punto de vista ético? Desde luego, desde el respeto a su dignidad como persona, que con enfermedad o sin ella, nunca se pierde o no debemos quitarla, y por lo tanto diremos "hay que poner una bomba de insulina a la persona o al paciente con una diabetes mellitus" o en el segundo caso, "hay que iniciar el tratamiento antibiótico a la mujer, a la gestante, que ha acudido a urgencias y que ha roto la bolsa amniótica".

Tampoco sería correcto identificar a la persona con un número, "el de la 450" (refiriéndonos a la ubicación de la planta y habitación) o "la de la D3" (refiriéndonos a la ubicación en dilatación). Ni podemos "cosificar a las personas" ni debemos despersonalizarlas despojándolas de su dignidad, por otro lado, intrínseca al hecho de ser persona.



Y volviendo a los conceptos que solemos escuchar o leer ya, afortunadamente, en muchas leyes, protocolos, guías, códigos, etc. vemos el contexto adecuado de empleo correcto del término. Y como dice el autor del citado artículo: "la búsqueda terminológica subjetiva no debe entenderse como determinación específica de meras descripciones jurídicas sino que se trata de denominar, desde una posición específica de un ámbito social inescindible de la realidad cotidiana, a las personas —con su dignidad y derechos fundamentales intactos— que interactúan necesariamente en un ámbito sanitario determinado y por una multitud de causas —más allá de la enfermedad (grave").

En el artículo 3 de la LAPID (Ley 41/2002) se definen los términos de paciente y usuario de la siguiente manera:

- Paciente es "la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud".
- **Usuario** es "la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria".

También podemos ver otras definiciones, si bien, en sentido estricto, paciente es "aquella persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica³". También se define como paciente, "la persona que es o va a ser reconocida médicamente ya sea por padecer una enfermedad o con fines preventivos".

PACIENTE	USUARIO	GLIENTE
Disminuye el riesgo de que contraiga una enfermedad en el área hospitalaria, ya que orienta a la enfermera sobre la higiene (Nightingale, F.)	Que habitualmente utiliza algo (WordReference, 2005).	Persona que habitualmente compra en un establecimiento o requiere sus servicios (WordReference, 2005).
Un todo complejo que presenta 14 Necesidades Básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla (Henderson, V.)	Persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar (Henderson, V.)	Persona que compra en una tienda, o que uti liza con asiduidad losservicios de un profesio nal o empresa (RAE, 2018).
El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada (OMS.)	Que usa algo ajeno por derecho o concesión (EM, 2001).	Respecto de un profesional o una empresa, persona que utiliza sus servicios (EM, 2001).

En ningún caso el paciente solo lo es en la sanidad pública, la LGS del 86 (art.10.15), incluye a "todos" los y las pacientes, de la sanidad pública y/o privada, es decir, "los derechos que como paciente se tienen, incluso los no fundamentales, se tienen con independencia de la naturaleza del centro sanitario y de sus órganos de gestión⁴".

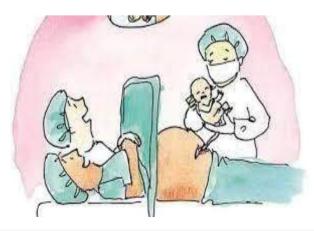
Llegados a este punto, debemos tener claro que todos los-as usuarios-as en sanidad no tienen por qué ser pacientes, como es muchas veces en nuestro caso cuando hacemos promoción de salud, ya que trabajamos con personas, mujeres generalmente sanas, y solo en algunas ocasiones, trabajamos con gestantes que padecían previamente una enfermedad o que el embarazo puede agravar una enfermedad previa (ejemplo, las cardiopatías graves); incluso, si en el curso de la gestación puede haber alguna complicación que ponga en riesgo además de su propia salud, la del feto, debemos de hablar de gestantes sanas con complicaciones obstétricas o fetales que pueden acabar su embarazo de una manera "distócica" (alterada) y no "eutócica" (normal/fisiológica), siendo todas ellas "pacientes".

A PROPÓSITO DEL TEMA:

El ejemplo o caso práctico de este tema, lo relato en primera persona, y que tras reflexión posterior dio pie a este artículo.

En una de mis últimas guardias tuve que ir al quirófano para finalizar una inducción de parto de 12h de duración por "embarazo en vías de prolongación" (EVP), anteriormente llamado "embarazo cronológicamente prolongado" (ECP). Generalmente, en mi servicio, las matronas acudimos a las cesáreas de urgencia para asistir al recién nacido y, muy ocasionalmente, para instrumentar la intervención. Cuando finalizamos, estaba con una residente de matrona, y una enfermera de quirófano se acercó a mí y me preguntó: "¿tienes etiquetas de esta enferma?". Las personas y compañeras que me conocen bien pueden imaginarse mi reacción, pero la cuento: me giré 180º y mirándole seriamente a los ojos le dije: "perdona, esta señora no es una enferma (en todo caso en el lenguaje ético sería persona con una enfermedad, pero no era el caso) es una gestante a la que hemos tenido que realizarle la cesárea por "inducción fallida" y nada más, por lo demás está muy sana, el embarazo no es una enfermedad". Ella se tensó y me contestó: "pues di lo que quieras pero es una enferma porque si no la intervenimos se muere ¿no? Y su hijo también, ¿no?, pues eso, es una enferma". Y añadió, "yo también estoy menopaúsica y aunque digan lo que digan que si tal o cual, que si no es una enfermedad, yo no estoy bien (sana)".

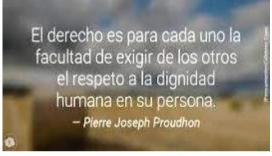
Creo que no hace falta añadir todo lo que esta manera de pensar, de sentir, de actuar dice respecto a la actitud tan poco profesional que tiene esta enfermera, recordemos que no solo es la técnica sino también la ética la que define a una profesión. Podía haber utilizado el término de "paciente" y hubiera sido más correcto.



CONCLUSIÓN

Creo que a nadie le gusta que se la reconozca o se la identifique por alguna de sus partes, de sus defectos o virtudes, deficiencias o carencias (la paticorta, la gorda, la listilla, la ciega, el sordo....) ni siquiera por la enfermedad que sufre o padece (la hipertensa, la esquizofrénica, la dislipémica,...). En ningún momento debemos aceptar que alguien nos anule como personas, que nos roben nuestra dignidad y nos falten al respeto y mucho menos si se supone que nuestra profesión requiere de unos mínimos éticos exigibles.

No es de extrañar que haya tanto movimiento por "humanizar" la atención sanitaria cuando nos referimos a "tratar o cuidar al otro", a la persona, como quisieras ser tratado-a o cuidado-a tu mismo-a. No hagamos de la necesidad que algunas personas tienen de ser cuidadas en algunos momentos de su vida un arma de poder (de humillación), una herramienta de la soberbia (paternalista) y como diría mi sobrina, "hagámonoslo mirar", pues tarde o temprano alguien se dirigirá a nosotras, igual ni nos



mira a la cara, igual ni nos escucha, igual nos dice que nuestra dolencia es una tontería, igual ni nos cambia el pañal si lo llevamos, e igual, solo recordamos, que el lenguaje ético, también acompaña en el proceso de la salud y de la enfermedad, desde el inicio de la vida hasta el final ,con la muerte, que también, debe ser igual de digna como debe de ser el proceso de venir a la vida.

Y como siempre la frase final, esta vez de Leo Buscaglia : "Con frecuencia subestimamos el poder de un mimo, una sonrisa, una palabra amable, un oído atento, un cumplido sincero o el más pequeño acto de consideración, todas ellas cosas que encierran en sí el potencial de cambiar toda una vida."

Mª Isabel Castelló López Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

Referencias:

- 1- Profesor Colaborador Asociado Facultad de Derecho (ICADE) Universidad Pontificia Comillas
- 2- Diccionario de términos médicos. Real Academia Nacional de Medicina.
- 3- Real Academia Española (RAE)
- 4-Antonio Pérez Miras. "La relación sanitaria como relación jurídica y su especial trascendencia constitucional" Vol. 26 Extraordinario XXV Congreso 2016

A VUELTAS CON LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



El compromiso internacional para hacer frente a las intervenciones rituales realizadas sobre los genitales femeninos, como es la mutilación genital femenina (MGF), se remonta a finales de los años setenta del siglo pasado, cuando la Organización Mundial de la Salud organizó en Jartum (Sudán) el I Seminario regional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales que Afectan a la Salud de la Mujer (1979). En él se realizó un llamamiento histórico de condena a la MGF en todas sus formas, incluso cuando es realizada en condiciones sanitarias o higiénicas apropiadas. También se recomendó el establecimiento del Comité Inter-africano sobre estas intervenciones para apoyar el diseño de programas que tuvieran como objetivo detener esta práctica tan profundamente arraigada y culturalmente significativa en muchas comunidades étnicas, sobre todo de Africa del Este y Oeste. Desde entonces parece que estos esfuerzos han ido dando su fruto, ya que los países con legislaciones que la prohíben van aumentando, y las prevalencias informadas sobre MGF van disminuyendo. Incluso el mensaje enviado por el actual Secretario General de la Organización de Naciones Unidas, Antonio Guterres, es bastante optimista, y no a muy largo plazo, al afirmar que "Juntos podremos eliminar la MGF para 2030".

En España, llevamos más de tres décadas visualizando este fenómeno mediante investigaciones y proyectos de intervención en origen, donde los trabajos de Adriana Kaplan, profesora de la Universidad de Barcelona y su equipo de investigación son referentes nacionales. Las matronas españolas fuimos conociendo la existencia de esta intervención en jornadas, congresos y cursos, que desde los años noventa nos mostraban académicas, sanitarios y activistas invitados a estos eventos, donde destacaría, entre otros, a la matrona y consultora internacional, Pascaline Sebgo o al ginecólogo el Dr. Akotionga, ambos de Burkina Fasso. Fuimos despertando la sensibilidad hacia este tema, e incluso fuimos capaces de identificar en nuestros hospitales a mujeres que acudían a parir con la práctica realizada, coincidiendo con el significativo aumento de los flujos migratorios hacia nuestro país. Además, en un ejercicio de buena voluntad y sin apoyo institucional, algunas tratábamos de establecer un diálogo con las madres y padres con objeto de informar del carácter delictivo de esta práctica en España, y sobre todo, de identificar las intenciones de reproducirla, en caso de que hubieran tenido una niña, sin ninguna garantía de que estos mensajes fueran escuchados, y aún menos, tenidos en cuenta. Carecíamos de guías de orientación y la sensación de que esas familias se perdían ha sido una constante durante muchos años.

Simultáneamente al desarrollo legislativo de la MGF y a la violencia de género en España, las asociaciones de matronas, algunas organizaciones no gubernamentales o determinadas comunidades autónomas elaboraron documentos, protocolos y guías para profesionales que nos fueron ayudando en este proceder. Finalmente, en el marco de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó un Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (2015), y esta cuestión se incorporó en los protocolos de atención sanitaria a la violencia de género en algunas comunidades autónomas. Estudios posteriores sobre la Mutilación Genital en España, han continuado la senda aportando información útil para el abordaje multidisciplinar de este problema. En definitiva, hoy por hoy, no tendríamos argumentos para poder decir que, al menos las matronas/es, no sabemos qué es una MGF, o cómo realizar una atención adecuada.

No obstante, y aunque lentamente parece ir mejorando, las investigaciones muestran que aún es muy elevado nuestro desconocimiento en relación a todas las cuestiones relacionadas con esta práctica, así como muy bajo el interés institucional, para ofertar la formación adecuada y las herramientas que realmente faciliten a los profesionales sanitarios la prestación de una atención de calidad a las mujeres que la han sufrido, o actuar con determinación para evitar que una niña nacida en España pueda ser víctima de este tipo atroz de violación de los derechos humanos.

Pero es cierto, que en los últimos meses encontramos una proliferación de jornadas, webiners, e incluso congresos enfocados en la MGF. El hecho de que en el Convenio de Estambul se contemple como delito todas las formas de violencia contra las mujeres, y que en España se prevea añadir un capítulo al Pacto de Estado sobre la Violencia de Género para visualizar otros tipos de violencia hacia las mujeres por razón de género, como supone esta práctica ritual, quizá esté detrás de esta nueva y especial inquietud por visualizar la MGF.

"Propongo la
aplicación de los
principios de la
bioética como
instrumento de ayuda,
ya que las leyes por sí
solas no bastan, ni los
protocolos van a
cambiar una tradición
milenaria tan
enraizada"

Los retos para mejorar son esperanzadores, ya que es largo el camino andado, y las oportunidades también, ya que las mujeres procedentes de países donde la práctica se realiza no dejan de aumentar en España. Por eso quizá, los enfoques haya que ir ajustándolos a la realidad. Por ejemplo, las sentencias emitidas hasta el momento por casos de MGF en general se han sobreseído y las penas estimadas a los padres de niñas que se ha comprobado fueron mutiladas, quedan sin efecto. Las dificultades para demostrar con exactitud la autoría de los hechos; la doble victimización de las madres al considerarse las perpetradoras, y que a su vez son víctimas; la desprotección familiar y social en la que quedarían las niñas si sus madres son encarceladas, y la ambigüedad de criterios jurisprudenciales para establecer un juicio justo, han mostrado resultados diversos. Y llegado a este punto, es donde propongo la aplicación de los principios de la bioética como instrumento de ayuda, ya que las leyes por sí solas no bastan, ni los protocolos van a cambiar una tradición milenaria tan enraizada. Si junto al aumento de la formación, concienciación y sensibilización, las matronas establecemos un diálogo con las madres y padres de estas niñas identificando los valores en juego, los cursos de acción posibles y el curso óptimo que respete al máximo los valores de ambas partes, quizá realmente podremos aportar nuestro grano de arena al esfuerzo global de conseguir erradicar definitivamente esta práctica.

Encarnación Martínez García Matrona Hospital de Guadix (Agencia Pública Sanitaria Hospital de Poniente) Profesora del Departamento de Enfermería (Universidad de Granada) Presidente de la Comisión de Ética Asistencial Granada Nordeste

EL ESTUDIO REVELA QUE LAS MATRONAS TUVIERON QUE AFRONTAR RETOS PROFESIONALES Y PERSONALES PARA CONSEGUIR QUE LOS PARTOS Y ATENCIONES FUERAN LO MÁS ADECUADAS Y SEGURAS

Un equipo de investigación compuesto por matronas del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (doctora Alba González, Sonia Pardo y el doctor Rubén Alfaro) y del Hospital Gregorio Marañón de Madrid (Verónica Hernández), han publicado un estudio sobre la respuesta de las matronas en partos de mujeres infectadas de la covid-19 o con sospecha de esta infección.

El trabajo se ha publicado en la revista australiana Women and Birth, y en los resultados demuestran que las claves para que los cuidados resulten de alta calidad tienen que ver con que una buena comunicación, apoyo emocional y el buen manejo del estrés, para proporcionar cuidados de máxima calidad centrados en la mujer.

La mayoría de las matronas se sintieron solas y aisladas y refirieron no recibir mucho apoyo del resto del equipo

En el estudio, cuyos datos se recopilaron durante marzo y abril de 2020, han participado 14 matronas de La Fe de Valencia (población asignada de 284.060 habitantes y 4.632 nacimientos al año) y del Gregorio Marañón de Madrid (320.971 habitantes asignados y 5.337 nacimientos anuales). Para conocer las experiencias y percepciones de las matronas que, durante las primeras semanas tras la declaración de la pandemia, afrontaron el acompañamiento y asistencia de una gestante con infección o sospecha de la covid-19, "se llevó a cabo un estudio cualitativo de corte fenomenológico, donde realizaron entrevistas en profundidad.



Los resultados se han agrupado en tres categorías diferenciadas: retos y diferencias de trabajo durante la pandemia, salud mental-emocional y bienestar, y el impacto emocional de las mujeres percibido por las matronas.

Prácticamente todas las mujeres estaban a punto de dar a luz cuando supieron que tenían infección por covid-19 y no esperaban dar positivo en coronavirus, ya que eran principalmente asintomáticas.

La mayoría de las matronas entrevistadas reflejaron que, si bien al inicio de la pandemia la organización fue un caos, a lo largo de las siguientes semanas la organización mejoró, con el establecimiento de rutas específicas de asistencia de estas gestantes, así como espacios específicos habilitados y destinados a gestantes con sintomatología compatible con la covid-19.

Las matronas también expresaron su descontento con el constante cambio de protocolos y planes de actuación, lo cual generó creciente incertidumbre y desmotivación. Particularmente, las matronas abogaron firmemente por el derecho de la mujer a ser acompañada durante el parto.

Todas las participantes estuvieron de acuerdo en que, debido a la pandemia, el volumen de trabajo había aumentado, y que no siempre se dispuso de todo el material de protección individual necesario. Por otro lado, la información recabada también ha reflejado que las matronas se enfrentaron a desafíos personales y profesionales, donde mostraron sentimientos de miedo, ansiedad, incertidumbre, malestar, falta de apoyo y desconocimiento.

Fuente: Redacción Medica.

Vacunas en la mujer que planea un embarazo, en la gestante y durante la lactancia materna

Mujer que planea un embarazo

Objetivo: Asegurar la protección vacunal óptima

de la mujer



Comprobar y completar todas las vacunas propias de la edad

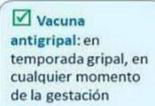
En caso de vacunas vivas atenuadas (triple vírica: sarampión, rubeola y parotiditis; varicela-zóster, fiebre amarilla; fiebre tifoidea oral): evitar la concepción en las 4 semanas siguientes

Vacunas de la covid (ARNm): esperar 2 semanas (recomendación provisional)

Durante la gestación

Objetivo:

Asegurar las vacunas recomendadas para la protección de la gestante y su futuro bebé



Vacuna frente a la tosferina (Tdpa): entre las semanas 27 y 36 (preferible 27-32), en cada embarazo Contraindicadas las vacunas de virus vivos atenuados: triple vírica: sarampión, rubeola y parotiditis; varicela-zóster, fiebre amarilla; fiebre tifoidea oral

Vacuna del VPH, vacunas de ARNm de la covid (estas, salvo casos especiales)

Vacunas inactivadas: se pueden administrar en caso de riesgo elevado en mujeres susceptibles

Después del embarazo, lactancia materna

La lactancia materna es compatible con las vacunas maternas, del bebé y demás convivientes

Comprobar (y completar en su caso) todas las vacunas correspondientes a la edad (incluidas las de la covid de ARNm)

(E) AEP

Vacuna de la fiebre amarilla: en lactantes menores de 9 meses de edad, suspender la lactancia, extraer y desechar la leche durante 2 semanas y después reanudar la lactancia

Vacuna de la varicela: si aparecen lesiones cutáneas, evitar contacto directo con ellas

https://vacunasaep.org/ • @CAV_AEP • v.3/2021 Adaptado de: Australian Immunization Handbook, 2019



INADMISIBLE, INTOLERABLE, IMPERDONABLE...

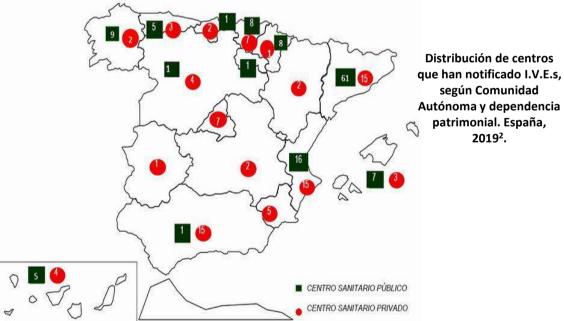
Interrupción del embarazo por motivos médicos: expulsadas de la sanidad pública.

En primer lugar, me gustaría describir el proceso y trato que vive una mujer que toma la decisión de interrumpir su embarazo cuando el bebé que espera sufre malformaciones severas o incompatibles con la vida.

Esta mujer llega al hospital con ilusión. Ilusión por ver a su bebé en la pantalla del monitor y saber que todo va bien. De pronto, nota que el/la ginecólogo/a tarda más de la cuenta. Más tarde, se produce la peor de las pesadillas de una madre a mitad de su embarazo: su bebé sufre malformaciones que bien impedirán que sobreviva a la vida extrauterina o que la calidad de esta se vea gravemente afectada. Incluso en muchos casos morirán antes de nacer.

Esperamos que, como marca la Ley Orgánica 2/2010¹, a esta mujer se le expliquen las opciones y se le dé espacio para decidir mientras se somete a las pruebas diagnósticas pertinentes, se le ofrezca asesoramiento psicológico y se le prepare para cualquiera sea la opción que libremente elija. Todos esperamos que, si toma la dura y forzosa decisión de interrumpir su embarazo, se la trate con el mayor respeto, cariño y dignidad en su hospital de referencia, favoreciendo un duelo positivo al que seguirá el asesoramiento psicológico y el posterior seguimiento por su matrona de zona y su médico de cabecera.

Sin embargo, esto no sucede así en la Región de Murcia ni en la gran mayoría de las comunidades autónomas españolas.



Como profesional sanitario en la Región de Murcia, os explicaré cual es la situación a la que se enfrentan estas mujeres en nuestra región:

Tras recibir la noticia (y en estado de shock), se les da dos opciones: aguantar hasta que el parto comience de forma espontánea o el bebé fallezca durante este, o acceder a una interrupción legal del embarazo. Esta interrupción no es como ellas esperan. Son derivadas a la clínica privada Ginemur si el diagnóstico ocurre antes de la semana 20 (aunque algunos casos han sido derivados a esta clínica en las semanas 21 y 22 de gestación, pese a ser el procedimiento un aborto de alto riesgo mediante inducción de parto) y si ocurre después, tienen que viajar hasta Madrid, a la clínica "El Bosque"³, donde recordemos, por ejemplo, que en 2014 una mujer atendida allí para una interrupción de embarazo derivada desde el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), fue indemnizada por una mala praxis que derivó en histerectomía⁴.

Tras recibir el diagnóstico y tomar la decisión, a estas mujeres no se les da más explicación que "este es el procedimiento que sigue el hospital en estos casos" y "ya te explicarán allí lo que te van a hacer".

Una vez en ese centro privado, se les comunica que no pueden acceder a la sala de inducción de parto con su teléfono móvil, y que sus acompañantes deben esperar fuera de la clínica. Ahí está la mujer sola, sin ninguna forma de comunicarse, y con profesionales que, según refieren las pacientes, no llevan identificación, con trato que en multitud de ocasiones describen como inhumano, con ausencia de protocolo de muerte perinatal, ausencia de analgesia adecuada, medios deficientes y ausencia de informes detallados del proceso.

Estos son algunos de los muchos testimonios que algunas de estas mujeres han referido:

"Di a luz en el aseo sola y muerta de dolor, después de horas suplicando que me dieran analgesia" (2019, Ginemur, 22 SDG, derivada por el HUVA); "Pregunté dónde estaba mi hijo y me dijeron que ya había sido incinerado", "Por la noche nos quedamos solos en aquel edificio a las afueras, con aquel supuesto ginecólogo sin identificar que no sabía qué hacer, se negaron a ponerme epidural porque ni siquiera había anestesista presencial, me tuvieron con contracciones continuas durante horas, chillando y llorando, temiendo por mi vida. Salí de allí con un informe que ponía "inducción positiva", donde no se mencionaba a mi hijo, con recomendaciones dirigidas a la recuperación tras un legrado, no tras un parto de 22 semanas" (2019, Clínica Isadora, 22 SDG, mujer con cesárea previa derivada a Ginemur por el HUVA y que se negó a ser atendida en dicha clínica); "Mi hijo tenía malformaciones incompatibles con la vida, del hospital Rafael Méndez de Lorca me derivaron al HUVA, y de allí a la clínica El Bosque en Madrid (...) mi habitación era un zulo con las ventanas tapiadas y todo sucio, patatas por debajo de la cama, el baño lleno de moho, un auténtico desastre (...) cuando di a luz a mi hijo no me lo enseñaron ni me dieron opción (...) después de parir querían enviarme a casa pese a saber que éramos de Murcia (...) fue sin duda la peor experiencia de mi vida, como si estuviéramos haciendo algo clandestino donde no sabíamos ningún nombre de quien nos atendía...una pesadilla" (2019, 30 SGD, clínica El Bosque).

A pesar de que muchas de estas mujeres han presentado quejas formales tanto en sus hospitales públicos de referencia como en la consejería de sanidad de la Región de Murcia, pocas son las que refieren haber recibido respuesta. Quejas que han sido calificadas como "una percepción subjetiva de los hechos por parte de las usuarias" según la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, siendo también el acceso a estas por parte de los funcionarios acreditados difícil, al no estar desglosadas por servicios y la mayor parte de ellas sin digitalizar⁵.

Tras el parto, no reciben asistencia psicológica, ni son derivadas a sus matronas y médicos de atención primaria, como el consejero de salud de la Región de Murcia afirmó el pasado marzo⁵, tras ser preguntado de manera oficial por la diputada regional Lara Hernández, la cual ha alzado la voz a favor de estas mujeres y en contra del maltrato institucional y la violencia obstétrica, proponiendo una moción en la Asamblea

Regional referente a la derivación a clínicas privadas⁷.

Tal y como indica el Artículo 19 "medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud", de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, "los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de objeción de conciencia", siendo esta objeción "una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado" y la cual "debe manifestarse anticipadamente y por escrito", hecho que también se recoge en el artículo 34 del Código Deontológico de la Medicina, que también expone que la objeción de conciencia debe explicarse al paciente de forma "comprensible y razonada". Además, el Código Deontológico⁸ no considera admisible la objeción de conciencia "colectiva o institucional".

Además, el Artículo 19 de la citada ley, enuncia que "la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma", teniendo que ser preferentemente realizadas en caso de "anomalías fetales incompatibles con la vida" y "cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable" en "centros cualificados de la red sanitaria pública".

Finalmente, cabe mencionar que dicha ley contempla que "en todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una Interrupción del embarazo".

Todos estos enunciados se encuentran claramente ausentes en el trato recibido por las mujeres que interrumpen su embarazo en la región de Murcia, dónde no reciben ninguna justificación individual, escrita y argumentada de por qué no pueden dar a la luz en su hospital de referencia, siendo enviadas a clínicas privadas que, si bien son acreditadas por la Consejería, no son centros vinculados a la red sanitaria pública tal y como exige la ley Orgánica 2/2010, es decir, no existe concierto ni control de calidad asistencial por parte del Servicio Murciano de Salud, tal y como admitió el propio consejero en marzo de 2021 en la respuesta a la pregunta escrita nº10L/PE 069299.

En resumen, el proceso de interrupción del embarazo por motivos médicos debe realizarse en centros de la red sanitaria pública, donde exista un control de la calidad asistencial adecuado para estas mujeres en situación de especial vulnerabilidad, además de ser un derecho legítimo de las pacientes que tienen que interrumpir su embarazo por motivos médicos el ser atendidas en centros públicos, tal y como dice la ley, acabando así con la derivación sistemática e injustificada a clínicas privadas donde ni los medios médicos ni el trato recibido son percibidos como adecuados tanto por pacientes como por profesionales.

Jorge Serrano Carrasco.

Matrón del Servicio Murciano de Salud.

Referencias:

- 1.-https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2
- 2.-Distribución de centros que han notificado I.V.E.s, según Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial. España, 2019.2
- 3.-Respuesta a la pregunta nº10L/PE 0690.
- 4.-https://www.laverdad.es/murcia/v/20140403/region/indemnizaran-mujer-dejaron-restos-20140403.html
- 5.-Respuesta a la pregunta nº10L/PE 0693.
- 6.-Respuesta a la pregunta nº10L/SIDI 1591.

7.-

http://psoeregiondemurcia.com/np.asp?x=El_PSOE_denuncia_el_trato_indigno_de_la_Consejeria_de_Salud_a_las_mujeres que pasan por una interrupcion del embarazo forzada por problemas de salud

- 8.-https://statics-diariomedico.uecdn.es/cms/2018/11/Codigo-deontologico.pdf
- 9.-Respuesta a la pregunta nº10L/PE 0692.



INFORME OCKENDEN. "Llamada a la acción, llamada al cambio"

Conclusiones y recomendaciones emergentes del Examen Independiente de SERVICIOS DE MATERNIDAD EN EL SHREWSBURY AND TELFORD HOSPITAL NHS TRUST

El informe "OCKENDEN REPORT" es una revisión/investigación realizada por un grupo independiente (matronas, obstetras, anestesistas y neonatólogos) financiada por el gobierno y dirigida por la señora Donna Ockenden.

En el verano de 2017, a raíz de una carta de familias afligidas, planteando preocupaciones donde los bebés y las madres murieron o potencialmente sufrieron daños significativos mientras recibían atención de maternidad en The Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust, el ex Secretario de Estado de Salud y Atención Social, Jeremy Hunt, instruyó a NHS Improvement a encargar una revisión evaluando la calidad de las investigaciones relacionadas con los recién nacidos, daño materno y infantil en The Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust.

Las complicaciones graves y las muertes resultantes de la atención de maternidad tienen un impacto eterno en las familias y los seres queridos.

En repetidas ocasiones, las familias manifestaron dos deseos clave. En primer lugar, quieren que se respondan preguntas sobre lo que sucedió durante su atención de maternidad. En segundo lugar, quieren que el sistema aprenda, a fin de garantizar que cualquier falla identificada de su cuidado no se repita en el Fideicomiso o ocurra en ningún otro servicio de maternidad en Inglaterra. La magnitud de esta revisión ha reforzado sus percepciones de que sus casos no fueron investigados a fondo y que puede que se hayan perdido oportunidades de aprendizaje y cambio y, por lo tanto, una falta de prevención de daños futuros.

El aprendizaje de las lecciones y la incorporación de cambios significativos en The Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust y en la atención de maternidad en general es esencial tanto para las familias involucradas en esta revisión como para aquellas que accederán a los servicios de maternidad en el futuro.

El informe, después de revisar 250 casos y escuchar a muchas más familias, identifica temas y recomendaciones para la acción inmediata y el cambio, tanto en The Shrewsbury como en Telford Hospital NHS Trust y en todos los servicios de maternidad en Inglaterra.

Este informe revisa 250 casos y comprende desde el 2000 al 2019, todos estos incidentes ocurrieron en Shrewsbury y Thelford NHS Trust, en el Norte de Inglaterra. El estudio completo alcanza 1.862 casos de resultados no deseables.

Según los resultados la tónica general es que los cuidados recibidos no fueron los adecuados y por lo tanto el resultado final fue catastrófico.

En este primer informe han determinado acciones que debemos poner en marcha lo antes posible. Así que todas las unidades de maternidad están trabajando para conseguir implementar las recomendaciones presentadas en el mencionado informe.

A raíz de la publicación de este primer informe, el 12 de Abril 2021 el Gobierno Ingles anunció la inyección de 95 millones de libras en las Unidades de Maternidad, a lo largo del país, con el fin de implementar algunas de las ACCIONES INMEDIATAS Y ESENCIALES RECOMENDADAS EN EL OCKENDEN REPORT.



INFORME OCKENDEN: ACCIÓN INMEDIATA

1.-A NIVEL LOCAL, SE HAN DETALLADO 27 ACCIONES LOCALES PARA EL APRENDIZAJE EN EL SERVICIO MATERNAL DE SHREWSBURY & TELFORD HOSPITAL NHS TRUST.

2.-A NIVEL GENERAL, SE HAN DETALLADO 7 ACCIONES INMEDIATAS Y ESENCIALES QUE NECESITAN SER IMPLEMENTADOS NO SOLO POR SHREWSBURY & TELFORD HOSPITAL NHS TRUST, SINO QUE TAMBIEN DEBEN SER CONSIDERADAS SU IMPLEMENTACION A NIVEL NACIONAL.

1.1) Las 27 ACCIONES LOCALES se han dividido a su vez en 4 cuatro temas.

- 2.1.1..-CUIDADOS GENERALES MATERNALES.
- 2.1.2..-EMBARAZO Y NACIMIENTO QUE DESEMBOCAN EN LA MUERTE DE LA MADRE
- 2.1.3..-ANESTESIA OBSTETRICA.
- 2.1.4..-CUIDADOS NEONATALES.

Algunas de las "ACCIONES LOCALES" son:

- Evaluación de Riesgos: Debe realizar continuamente durante el embarazo, parto y puerperio hasta el año después de la finalización del embarazo.
- Facilitar y procurar la "Elección informada": sirviéndose de información precisa, detallada y actualizada.
- Mejorar la Monitorización Fetal: Proporcionada por una matrona y un obstetra especializados en monitorización fetal.
- Investigar casos y situaciones con malos resultados. El departamento de Gestión Clínica del servicio Maternal debe de estar estructurado de forma que procure y facilite una investigación adecuada y pronta de todos los casos con resultados adversos.

Dicho departamento debe incluir:

- Un equipo Multidisciplinar.
- Representación de la Unidad de Riesgo del Trust.
- Un sistema claro y auditable para identificar y revisar casos de peligro potencial, resultados adversos e incidentes de seriedad en línea con el marco de referencia del NHS England "incidente grave".

Determinar las funciones del Senior Obstetra:

1.Debe estar involucrado/a directamente en la elaboración, dirección y seguimiento del plan de cuidados de los casos complejos. Debe de haber al menos 2 "pasos de sala" al día donde se discutan y revisen los casos existentes en la unidad (planta Antenatal, Paritorio y Planta Postnatal.).

2.Los casos complejos admitidos en la unidad de Maternidad (antenatal y postnatal) deben ser revisados diariamente por el Senior Obstetra.

- Los "pasos de sala" deben incluir a la matrona coordinadora y deben ser multidisciplinares.
- En los paritorios se deben realizar cambios de turno multidisciplinares y simulaciones de situaciones de emergencia de carácter formativo y multidisciplinar.





INFORME OCKENDEN

•El "TRUST" debe desarrollar procedimientos estándares claros, como por ejemplo; "PROTOCOLO DE ESCALADA" de manera que los "junior Obstetras" y "junior Matronas" sepan cuando involucrar al "Senior" Obstetra en caso de preocupación o situación de riesgo. Siguiendo en la misma línea, el "PROTOCOLO DE ESCALADA" debe de estar activado 24 horas al día, 7 días a la semana.

El "PROTOCOLO DE ESCALADA" debe de poder ser auditado y revisado anualmente.

•Las mujeres con patologías medicas preexistentes deben de ser evaluadas oportunamente por un equipo multidisciplinar especializado de manera que se pueda elaborar un plan de cuidados individualizado y consensuado con la mujer. Al mismo tiempo se debe de estandarizar una manera fácil y efectiva de referir a estas mujeres al CENTROS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA MATERNAL para consulta y/o seguimiento al principio del embarazo o en el momento que sea apropiado.

2.1) 3 de las 7 ACCIONES INMEDIATAS Y ESSENCIALES que deben ser implementadas por el Shrewsbury & Telford Hospital NHS TRUST aunque también consideradas por todas la unidades maternales a nivel Nacional son:

- La seguridad en las Unidades Maternales a lo largo de Inglaterra debe fortalecerse, para ello es necesario aumentar las relaciones entre las distintas TRUST. De manera que se pueda obtener una visión externa durante las investigaciones de incidentes serios.
- Los Servicios de Maternidad deben asegurar que las preocupaciones de la mujer y su familia son escuchadas y respetadas.
- La Creación y desarrollo de CENTROS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA MATERNAL en las distintas regiones y a nivel nacional debe ser de carácter URGENTE con el fin de procurar una discusión temprana para así elaborar un plan de cuidados y seguimiento de los casos complejos con profesionales expertos.

Victoria Valimana Dominguez Matrona en Inglaterra

8 DE MAYO IX DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER DE OVARIO.

El cáncer de ovario es una realidad cruel que potencialmente puede afectar a todas las mujeres y aunque todavía no existe una técnica o método para la detección precoz del cáncer de ovario, las matronas también tenemos un papel fundamental en la detección precoz de este tipo de tumor que representa entre el 4 y el 5% de los tumores femeninos.

Según las cifras de la Sociedad Española de oncología Médica (SEOM), el año pasado en España se posicionó como el quinto tumor más frecuente después del de mama, colon, útero y pulmón con 3.412 diagnósticos. Implica una mortalidad moderada: 1.900 mujeres fallecen al año por un cáncer de ovario (representa el 5% de las muertes por cáncer y el 1,1 % entre las mujeres). Gracias a nuevas investigaciones para las que se requerirían sin duda más fondos, escasos siempre en nuestro país para la investigación y tanto más en los casos de enfermedades raras o con menos prevalencia, la supervivencia ha aumentado en los últimas décadas desde 35% que se estimaba los años setenta, a más del 45% en la actualidad.

Sin embargo hay mucho trabajo por delante ante el tumor que se ha denominado "el asesino silencioso" debido a la dificultad de detección precoz de sus síntomas. Esta dificultad se traduce en que aproximadamente solo un 20% sea detectado en los estadios iniciales de la enfermedad, lo que definitivamente influye en la tasa de supervivencia y calidad de vida de las mujeres afectadas, porque cuando " da la cara" desgraciadamente se ha producido una diseminación que pone en mayor riesgo a las mujeres y consecuentemente, y compromete una mayor tasa de curación.

Es imperioso disponer de métodos de cribado eficaces a la vez que desarrollar nuevos tratamientos que no sólo alarguen la vida de las mujeres afectadas sino que además, mejoren su



calidad de vida en el periodo de tratamiento y tras la resolución del proceso.

Las matronas, comprometidas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en primera línea de atención a la mujer, tenemos en nuestra cartera de servicios el screening de cáncer de mama y útero pero no podemos olvidar el de ovario; con todas las limitaciones que su diagnóstico implica es importante estar alertas a síntomas compatibles con esta patología y derivar con inmediatez a esas mujeres a atención especializada. Por otra parte es importante como labor preventiva informar a las mujeres, sin inculcar el miedo, de la importancia de estar alertas a los cambios sugestivos de síntomas de esta enfermedad.

La Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario y Ginecológico (ASACO), asociación sin ánimo de lucro lleva actuando de forma muy activa y positiva desde 2011, está formada por mujeres afectadas por cáncer de ovario y ginecológico así como sus familiares o cuidadores, profesionales de la salud y colaboradores que están implicados en los tratamientos médicos y psicológicos. La Asociación Española de Matronas se ha unido a este grupo de profesionales de la salud colaboradores en apoyo de todas las iniciativas que partiendo de esta institución, relacionadas fundamentalmente con el cáncer de ovario, se realizan por y para todas las mujeres.

Actualmente apoyando a la iniciativa de Asaco de dar difusión al Cáncer de Ovario, la Asociación Española de Matronas conjuntamente con el Grupo Español de Investigación de Cáncer de ovario (GEICO), Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), Sociedad Española de Médicos de Familia (SEMERGEN) y Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud, se está trabando

trabajando en una serie de videos divulgativos que pronto verán la luz y de los que se espera no sólo que arrojen luz y apoyo a las mujeres afectadas, sino y esto es tan importante o más, una labor de concienciación sobre la prevención de este tipo de tumor entre las mujeres.

Para visibilizar esta fecha Asaco realizará el Jueves 6 de mayo a las 18:00 h. una JORNADA VIRTUAL sobre CÁNCERES GINECOLÓGICOS MENOS FRECUENTES

Toda la información de la jornada así como material relacionado con el Cáncer de Ovario, está disponible en la página de la asociación:

www.asociacionasaco.es





CON LA COLABORACIÓN DE











CONVERTIDA EN REALIDAD GRACIAS A





Y CON EL APOYO





ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: ¿EN QUÉ DEBEMOS FIJARNOS PARA DETECTARLA EN EL BEBÉ?

La Atrofia Muscular Espinal (AME) es una enfermedad genética rara^{1,} que afecta a uno de cada 10.000 bebés nacidos en Europa², bastante frecuente dentro de las enfermedades raras En España hay entre 300-400 casos, con diversos grados de afectación³.

La AME afecta a las motoneuronas produciendo una degeneración de estas, provocando en el bebé debilidad y atrofia muscular que se van manifestando de forma progresiva. Existen varios tipos, aunque la más grave y también la más incidente es la AME tipo 1: comienza antes de nacer y progresa tan rápidamente que a los 6 meses de vida del bebé ya se pueden haber perdido más del 95% de las motoneuronas⁴.

Las consecuencias, por tanto, son muy graves, ya que el bebé va perdiendo la capacidad, no solo de moverse, sino de comer y hasta de respirar, así que la detección temprana en las primeras semanas de vida del bebé cobra un papel importantísimo para poder diagnosticar y tratar la enfermedad lo antes posible.

La matrona tiene un papel clave en la identificación de los signos de detección temprana; además puede trasladar esta información a las embarazadas y a nuevos padres, tanto en los talleres como en consulta, para que ellos mismos puedan estar atentos a las posibles señales de AME.

Y ¿cuáles son esos signos a los que debemos prestar atención al observar al bebé? Los que podemos detectar en los primeros 6 meses (frecuentemente alrededor de los 3 meses) son:

• Poco o nulo control cefálico: cuando el bebé está tumbado de espaldas, le cuesta levantar la cabeza y moverla hacia los lados.



•Debilidad en brazos y piernas, le cuesta mover las extremidades de forma más proximal que distal, es decir, le costará más levantar los brazos y las piernas que usar las manos. Cuando está tumbado, tiene dificultad al subir los brazos para intentar coger objetos, y es característica la posición de las piernas en forma de "ancas de rana".

•La respiración se siente acelerada y es abdominal: el abdomen se mueve arriba y abajo mucho más que el pecho.

•Cuando estamos alimentando al bebé, presenta dificultad para tragar, debido a que se produce debilidad en la garganta y la lengua.

•Cuando el bebé llora lo hace débilmente, cuesta escucharlo.

•Se pueden observar pequeños espasmos en la lengua del bebé.

• Puede aparecer tos repetida de pecho, aunque es débil y le puede costar eliminar la mucosidad.

A partir de los 6 meses y hasta el año y medio del bebé podemos fijarnos en otros signos:

•Hipotonía:

- Dificultad para mantenerse de pie, aunque se le esté sujetando, ya que es muy característico de la AME que se reduzca la movilidad en las extremidades inferiores más que en las superiores;
- También le cuesta permanecer sentado, se balancea hacia delante o hacia los lados, al principio de forma suave, pero puede ir evolucionando hasta llegar a caer;
- Realiza movimientos lentos al intentar alcanzar objetos, el bebé parece cansarse al hacerlo;
- Tendido boca arriba le cuesta girar y ponerse boca abajo, incluso encuentra dificultad al girar hacia los costados e ir evolucionando

hasta llegar a caer;

- Realiza movimientos lentos al intentar alcanzar objetos, el bebé parece cansarse al hacerlo.
- Tendido boca arriba le cuesta girar y ponerse boca abajo, incluso encuentra dificultad al girar hacia los costados.
- Las manos pueden presentar un ligero temblor, a veces muy difícil de detectar, al estirar los brazos hacia adelante.
- Puede aparecer escoliosis y contracturas en rodillas y tobillos.
- En general, se puede observar cierto retraso en el desarrollo físico del bebé.
- En ocasiones logran habilidades como sentarse, permanecer de pie sin apoyo o caminar, pero pasado un tiempo las pierden (en formas menos graves que la AME tipo I).

Ante la observación de alguno o algunos de estos signos es mejor ser prudente y consultar con el pediatra para evaluar al bebe; en caso necesario, se les derivará al neuro-pediatra para confirmar el diagnóstico y poder, así, iniciar el tratamiento cuanto antes.

Recientemente se ha puesto en marcha una plataforma informativa y de ayuda online denominada signostempranosame.es, dirigida a padres y madres, así como a profesionales de la salud, donde hay recopilada gran cantidad de información y vídeos para comprender mejor cómo detectar los signos de forma temprana, que nos ayudará a resolver cualquier duda que nos pueda surgir.

Es importante recordar que cuanto antes se detecte la enfermedad, antes se podrá tratar y evitar así, tanto su progresión, como sus graves consecuencias. En este sentido, se está trabajando en lograr la inclusión de esta patología genética en los programas de cribado neonatal o "prueba del talón", lo que permitiría detectar de forma temprana la enfermedad y proceder al tratamiento con la mayor celeridad posible para evitar la destrucción de las



motoneuronas y atajar sus graves consecuencias.

Por el momento solo seis países europeos tienen aprobada y en espera de implementación la detección de AME en sus sistemas de cribado neonatal: Holanda, Alemania, Noruega, Serbia, Polonia y Eslovenia. En España actualmente existen proyectos piloto en algunas Comunidades Autónomas.

Referencias bibliográficas:

- 1.https://www.eurordis.org/es/content/%C2%B Fque-es-una-enfermedad-rara
- 2.National Organization for Rare Disorders (NORD). Spinal Muscular Atrophy
- 3.A Madrid Rodríguez et al "Infantile spinal atrophy: our experience in the last 25 years". Anales de Pediatría 82, no 3 (2015): 159-65, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103837/
- 4. RS and Mastaglia FL. Advances and challenges in developing a therapy for spinal muscular atrophy. Expert Rev Neurother. 2015;15(8):895-908.

INFORMACIÓN FACILITADA POR:



Congreso Trienal Virtual de la ICM

La reunión mas grande de matronas hasta ahora Junio 2021





https://www.icmvirtualcongress.org/faq/

https://www.icmvirtualcongress.org/programme-at-a-glance/

https://www.icmvirtualcongress.org/icm-statement/

ASPECTOS DESTACADOS DE LA SESIÓN PLENARIA

Miércoles 2 de junio

La partería del estado del mundo (SoWMy) 2021

Hora: Nueva York 08:30 | Londres 13:30

Miércoles 9 de junio

Allanar el camino para fortalecer los sistemas de salud: lecciones de una pandemia global

Hora: Nueva York 04:00 | Londres 09:00

Miércoles 16 de junio

Desmantelamiento de las desigualdades sociales en partería: la importancia de que las parteras presten un cuidado culturalmente adecuado

Hora: Nueva York 19:00 | Londres 00:00 (17 de junio)

Miércoles 23 de junio

Matronas y medios de comunicación: Aprender de las historias contadas sobre las parteras y las comunidades que cuidan

Hora: Nueva York 04:00 | Londres 09:00

Miércoles 30 de junio

Fomentar la relación entre matronas y mujeres

Hora: Nueva York 19:00 | Londres 00:00 (1 de julio)



Programa de un vistazo

32º Programa del Congreso Trienal Virtual de ICM - Únase a nosotros todos los miércoles de junio para una reunión de partera a mitad de semana

Todos los miércoles de junio, ICM organizará mini-congresos virtuales en el lugar de mantener el horario planeado de 5 días consecutivos seguidos. Esta nueva programación es la carga de las horas y días de conferencias virtuales y la mejora de la agenda de nuestros delegados.

El 32º Congreso Trienal Virtual del ICM se llevará a cabo días 2, 9, 16, 23, 30 de junio de 2021,con el 2 de junio, incluida la Ceremonia de Apertura. Cada día del Congreso Virtual se dividirá además en 2 bloques de cinco horas de conferencias virtuales, permitiendo a los participantes de diferentes países y zonas horarias participar en vivo. Las grabaciones del otro bloque estarán disponibles para ver retrospectivamente bajo demanda.

La plataforma para el Congreso Trienal Virtual incluirá oportunidades para reuniones sociales, preguntas y respuestas en vivo con presentadores, chats en vivo con expertos, exposiciones virtuales e interactivas, jy más!

Cuotas de inscripción

Delegada / Matrona - 515 USD

Delegado / Matrona - Economías de países bajos ingresos ** 415 USD

Matrona recién calificada * - 375 USD

Matrona @ 275 DÓLAR - Economías de bajos ingresos ** - 275 DÓLARES

Matrona estudiante *** - 270 USD



NUEVO: REGISTRO VACUNAS COVID-19



El registro español OBSCOVID en el que participan profesionales de 85 centros nacionales y que investiga los efectos que el SARS CoV2 tienen en la población gestante, ha iniciado un nuevo proyecto. A partir del día 15 de enero, registrará gestantes sanas con y sin antecedentes de haber padecido COVID-19 que hayan decidido vacunarse con las vacunas disponibles contra el SARS CoV2 en este momento. Recogeremos también casos de gestantes que se han vacunado con alguna de las dosis en el ultimo mes antes de la

fecha de la última regla de la presente gestación. (Ampliar información en icono "Registro de vacunas de gestantes").

El registro español OBSCOVID ha publicado desde su creación en marzo del 2020 hasta la fecha 12 de enero 2021, 6 trabajos en revistas del máximo impacto internacional.

En el registro hasta la fecha se han recogido 1630 gestantes que han pasado la COVID 19 en 85 centros de toda nuestra geografía y 1640 gestantes PCR negativas como grupo comparativo.

El registro de gestantes vacunadas contra el COVID-19.

Es un registro observacional que nace con la voluntad de recoger la evolución de los embarazos en aquellas gestantes que, por diferentes razones, se han vacunado de cualquiera de los tipos existentes de vacuna contra el COVID-19, sin ánimo de lucro, que tiene todas las garantías de Protección de Datos y que sigue las recomendaciones vigentes de investigación clínica de nuestro país.

No se va a tomar ninguna medida extra ni se va a administrar ningún tratamiento diferente a lo que su embarazo precise (tampoco requerirá la obtención de ninguna muestra biológica como sangre, orina, etc.). Simplemente usted nos tendrá que contar cómo ha ido su embarazo reflejando los informes ecográficos y de seguimiento de la gestación.

Una vez nos proporcione sus datos de contacto, el investigador del grupo más próximo a su domicilio (muy probablemente de su mismo hospital, ya que contamos con una red muy extensa), se pondrá en contacto con usted para el inicio del registro.

Este registro se unirá a otros registros organizados en diferentes partes del mundo, con el fin de conseguir el mayor número de gestantes vacunadas en el menor tiempo posible, para así determinar, como es esperable, la seguridad de estas vacunas. Por eso les agradecemos ese pequeño esfuerzo a todas las gestantes que puedan participar.

Y si conoce a alguien que pueda estar interesada en participar, por favor, le agradecemos que le facilite esta información.

iPARTICIPA!

https://emergenciasobstetricas.es/coronavirus-embarazo/registro-espanol-de-gestantes-vacunadas-sars-cov-2,



"TOD@S SOMOS DESIGUALES". El valor de la diversidad.



INICODIDOLONICO		
INSCRIPCIONES	Hasta 01/04/2021	Después 01/04/2021
SOCIOS/AS SEC	450€	575€
NO SOCIOS/AS SEC	575€	625€
MATRONAS AEM/ENFERMERÍA SOCIOS/AS SEC	300€	300€
MATRONAS FAME	320€	320€
MATRONAS /ENFERMERÍA NO SOCIOS/AS SEC	350€	350€
MIR	250€	250€
LATINOAMÉRICA CUOTA PRESENCIAL	300€	300€
LATINOAMÉRICA CUOTA VIRTUAL	150€	150€

Sede: Fórum Evolución Burgos - Palacio de Congresos y Auditorio Paseo Sierra de Atapuerca, 09002 Burgos

Acreditación de Actividad de Interés Sanitario: Solicitado Acreditación de Actividad de Formación Continuada: Solicitado

Continuada. Soncitado

Página Web: http://sec2020.sec.es

Comunicaciones: http://sec2020.sec.es/comunicaciones/

SOLICITUD PATROCINIO INSCRIPCIÓN: http://sec2020.sec.es/solicitud-de-patrocinio-de-inscripcion/

NOTICIAS DE SIMAES



SIMAES SE HA ADHERIDO AL COMUNICADO QUE REIVINDICA DOS MATERNIDADES PÚBLICAS EN MALAGA.



Como continuación al comunicado emitido conjuntamente con la AAM el pasado septiembre, SIMAES se suma a otros colectivas para hacer visible la necesidad de que se mantenga abierto el Paritorio del Hospital Clínico de Málaga (HUVV).

A requerimiento Matronas afiliadas y de representantes de las profesionales del área de obstetricia y ginecología del hospital Clínico, SIMAES ha decidido adherirse al Comunicado realizado pidiendo la vuelta del Paritorio del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Este Comunicado esta siendo secundado también por diferentes Asociaciones, colectivos, Ayuntamiento, organizaciones políticas y Sindicatos profesionales, y se registrará en diferentes direcciones de la Junta de Andalucía a fin de hacer visible la necesidad de que se mantenga abierto el Paritorio del Hospital Clínico.

COMUNICADO POR LA VUELTA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL CLINICO (Hospital Universitario Virgen de la Victoria)

DOS MATERNIDADES PÚBLICAS EN MALAGA

Málaga, a 26 de Marzo de 2021

"El motivo que hoy nos reúne y concentra en la puerta del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Hospital Clínico de Málaga, es el de reclamar el regreso del servicio de Maternidad y Neonatología, el cual hace hoy justo un año fue trasladado por motivo de la pandemia al Hospital Materno-Infantil.

La pandemia por la Covid-19 ha provocado muchos cambios en nuestra vida diaria, y los servicios sanitarios han sido los primeros que se han visto afectados y se han tenido que adaptar a estos pacientes. Por ello el 26 de marzo de 2020, el Servicio de Maternidad del Hospital, se traslado, centralizando toda la asistencia urgente ginecológica y de las mujeres en su embarazo, parto y puerperio en el Hospital Materno-Infantil. Los profesionales y las mujeres asumimos que nuestro traslado era temporal y necesario para poder hacer frente a la situación de desbordamiento sanitario que se estaba sufriendo, y así habilitar espacios y reorganizar servicios.

Pero después de todo un año nuestra situación sigue en el aire, cuestión que crea malestar y disconformidad en los profesionales y a la misma vez desconcierto en las mujeres y familias. En diversas ocasiones hemos remitido escritos a los distintos dirigentes políticos y sanitarios de la Junta de Andalucía sin encontrar una respuesta lógica a nuestra situación, lo que nos hace pensar que ya existe una decisión tomada y no comunicada abiertamente de dejar a Málaga con una sola maternidad pública.

NOTICIAS DE SIMAES



Somos la única maternidad a nivel Nacional que no ha vuelto a su actividad asistencial, cuando la situación de la pandemia que provocó nuestro traslado ha mejorado ya en dos ocasiones, y en esta última el H. Clínico va cuenta con la ampliación de sus instalaciones de UCI.

Vemos que, aprovechando este momento tan excepcional, se están tomando decisiones opacas, con falta de transparencia, que se intentan justificar por la pandemia, pero que tienen otro trasfondo que no acabamos de entender.

Es importante reflexionar que se pretende dejar a esta ciudad con una sola maternidad pública; mientras provincias andaluzas como Granada, con la mitad de población tienen 2 maternidades o Sevilla, con solo 100.000 habitantes más que Málaga, tiene 3.

Y si esto se produce se va a mermar el derecho de las mujeres malagueñas a elegir la maternidad en que desea ser atendida, y así se está disminuyendo una cartera de servicios que ya existía de un centro en concreto y eso nunca es un aumento de calidad asistencial.

Con la centralización de servicios también se disminuye la accesibilidad (sobre todo para las mujeres del Valle del Guadalhorce, Torremolinos y Benalmádena).

Para tomar decisiones como cerrar un paritorio hay que tener en cuenta entre otros aspectos el crecimiento poblacional que tienen las zonas que abarca nuestro hospital, que va a ser importante en los próximos años, sobre todo en la costa del sol y la proporción de mujeres en edad fértil, que en la zona de los pueblos del valle de Guadalhorce es muy superior a la media del resto de la provincia y la capital.

Además, no se está valorando el trabajo profesional de un servicio referente, en cuanto a la humanización y calidad asistencial, por su atención en el parto humanizado, contacto piel con piel, no separación madrehijo/a y lactancia materna. Desde el año 2015 se trabaja para conseguir la acreditación de la IHAN, proceso de 4 fases, donde ya tenemos concedida la fase 2.

En 2018 el H. Clínico tenía el índice de lactancia más alto de todos os hospitales públicos de Andalucía, un 92,82% y en 2019 el contacto piel con piel fue superior al 80%, datos que se mantenían hasta nuestro traslado. La remodelación y actualización tecnológica de nuestro paritorio hace tan solo 10 años y que actualmente está cerrado, se realizó a favor de este tipo de asistencia de calidad y no deberían ser usados para otro motivo.

Manifestamos que es necesaria la vuelta del área de maternidad y neonatología al Hospital Clínico, por considerar que la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la calidad en la asistencia del sistema sanitario público de Andalucía son temas prioritarios que debemos proteger. Y así también lo reconoce la población malagueña, ya que por ahora tenemos el apoyo de más de 30 asociaciones y colectivos junto a ayuntamiento de los pueblos, sindicatos profesionales y organizaciones políticas que también reclaman nuestro regreso.

Es por eso, que también iniciamos hoy una recogida masiva de firmas por la vuelta del Paritorio del Hospital Clínico, apostando por una sanidad pública para las mujeres de Málaga, donde la libre elección de centro vuelve a ser una realidad, asegurando una mayor oferta asistencial".

Enlace al contenido del COMUNIDADO: http://simaes.org/wp-content/uploads/2021/04/COMUNICADO-PARITORIO-MALAGA.pdf

NOTICIAS DE SIMAES





En el día de hoy se ha cerrado, con la firma del correspondiente convenio, la colaboración futura de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia (AMRM) y SIMAES, que supondrá un descuento del 15% en la cuota de afiliación para las asociadas a AMRM y la mutua divulgación de cuantas actividades resulten del interés profesional de las Matronas.

El principal acuerdo supone que ambas partes se comprometen a difundir el Acuerdo de Colaboración en los medios de comunicación que consideren oportunos y, especialmente, cuando colaboren en el desarrollo o ejecución de una actividad conjunta, autorizándose mutuamente la utilización de identificación y logotipo para dicha divulgación.





ENTREVISTA CON ROSALINA SABINA CELADA JUAN, FUNDÓ Y PRESIDIÓ LA PRIMERA ASOCIACIÓN AUTONÓMICA DE MATRONAS, LA GALLEGA.

Nuestra entrevistada, en esta ocasión, es una matrona con la solera que tienen las matronas de una cierta edad, dedicada toda su vida a defender la profesión, fue la primera presidenta de una asociación autonómica de matronas en 1978.

Lina, que así es como la conocemos muchas de las matronas que hemos tenido el placer de estar con ella y compartir momentos duros por los que ha pasado nuestra profesión, es una de las personas que desprende la elegancia, y un humor muy "gallego" que posiblemente la mantenga con esa jovialidad que la caracteriza en el trato cercano. Muy coherente, como la gran persona que es, estuvo al frente de la Asociación Gallega de Matronas desde su creación.

P: Hola Lina, no sabes que contenta estoy de poder entrevistarte aunque sea después de haber dejado la actividad de matrona hace ya un tiempo. Preparando esta entrevista, me he quedado sorprendida, siempre pensé que eras gallega y resulta que naciste en la provincia de León. ¿Cómo ocurre tu llegada a Galicia?

R: Bueno, a mí también me hace muy feliz poder participar en esta labor que estáis haciendo desde la Asociación Española de Matronas, sobre todo, porque la edad no perdona y no sé si más adelante sería capaz de contestarte. Y volviendo a tu pregunta, no es raro que te sorprendas sabiéndome leonesa de nacimiento, le pasa a mucha gente. Por avatares de la vida, a mi padre lo trasladaron a un pueblo de A Coruña cuando yo contaba con 7 años, tierra en la que he permanecido el resto de mi vida, por lo que te confieso, me siento gallega de adopción y muy orgullosa de ello. Aquí he echado mis raíces y desarrollado mi vida.

P: Lina, te formas como ATS en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela y ¿Cómo te haces matrona?

R: La verdad es que parece que lo llevaba en los genes. Mis dos abuelas eran parteras en un pequeño pueblo, Villamontán, mi pueblo natal, entre las dos se repartían los partos del barrio de arriba y el barrio de abajo. Quizá en un principio fue la admiración por ellas lo que me hizo desear ser matrona, pero luego, una vez tomada en firme la decisión, al acabar ATS, me marcho a Madrid a formarme en el Hospital de Santa Cristina como matrona, de las mejores decisiones de mi vida, lo volvería a repetir si tuviera una segunda vida.

P: Lina ¿por qué en ese emblemático hospital?

R: Como bien dices, era emblemático, porque era la cuna de innumerables y meritorias matronas, además, fue el primer hospital de España en tener Escuela de Matronas. Ya han pasado más de 50 años y aún recuerdo algunas anécdotas, pero sobre todo, el afecto por mis compañeras, en especial, por Paquita Solano y Jena Fernández-Campoamor.

Santa Cristina



P: Sé que cuando acabaste matrona en Madrid volviste a tu querida Galicia, y en aquellos tiempos imagino que trabajo no faltaría. ¿Cómo era la vida de una joven matrona recién terminada la formación?

R: Bueno, pues te diré que hacían falta muchas matronas, había tasas muy altas de natalidad, así que pronto me incorporé al mundo laboral, es más, llegué a trabajar en tres sitios a la vez: en el Abente y Lago, entonces Hospital Militar de La Coruña, en el Instituto Social de la Marina, tras aprobar las preceptivas oposiciones y también en el Hospital Modelo de Coruña, en el Materno-infantil en Labaca, aunque en estos últimos ejercía en calidad de matrona de hospitalización sin presencia física.

P: Madre mía Lina, no sé cómo las matronas de esa época lo podíais hacer, es dedicarse sin descanso a trabajar ¿No te quedaría tiempo para nada más, no?

R: Pues la verdad es que yo ahora también lo pienso, debía ser las ganas, la motivación, la juventud, porque tenía jornadas de 15 partos...y durante 40 años....te puedes imaginar. Y si te refieres a lo de formar una familia, pues la verdad es que estaba tan enamorada de mi trabajo y me sentía parte de todas las familias que atendía, que no, no llegué a casarme, aunque pretendientes no faltaron.

P: Sin duda, experiencia no te falta, ¿cuál crees que es o debe ser el mejor "recurso de una matrona"?

R: Bueno, en aquellos tiempos trabajábamos tanto que nos íbamos haciendo unas verdaderas expertas y con un "ojo clínico" que te ayudaba a saber cómo y cuándo debías estar, quiero decir, en saber si se pondría de parto o no. Además, procuraba empatizar con la mujer y dar lo mejor de mí, sin ninguna distinción, en esos momentos todas eran mujeres que me necesitaban de igual manera. Te contaré un secreto, lo que siempre me resultaba infalible era presentarme por mi nombre y al mismo tiempo tocarles con mis manos sus pies cuando estaban encamadas al ingreso en el hospital, era una manera de decirles "tranquila, ya estoy aquí contigo".

P: Me han contado que tienes una anécdota muy graciosa que trajo cola entre las mujeres que atendías cuando trabajabas como matrona en la Beneficencia Municipal con "un jabón milagroso", ¿te importaría compartirla con las compañeras?

R: Jajaja!! Madre mía!! Eso fue famoso entre la comunidad gitana que atendía en aquel lugar. Verás, muchas mujeres no tenían casi recursos y menos para mantener medidas higiénicas adecuadas, así que con la excusa de que era muy bueno el agua para parir, les ayudaba a darse una ducha con nuestro exquisito jabón de la Toja y a caminar por allí, y cuando se ponían de parto pensaban que era por el jabón.

Así que se corrió la voz y cuando se volvían a embarazar, o entre ellas, me llamaban "Dña. Lina cara guapa" porque les daba un jabón que "las hacía parir pronto", así que cuando venían a parir, ya directamente me pedían la ducha con el jabón milagroso



P: Bueno, creo en un momento de tu vida te tocó elegir quedarte con un solo trabajo, y te quedaste con la Atención Primaria, ¿Por qué esa elección?

R: Si, la verdad es que en 1984, con la ley de incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, me tocó elegir y me incorporé a mi plaza de APD de matrona de la que tenía una excedencia. Me instalé en Perillo-Oleiros de La Coruña y allí seguí con más ganas si cabe, el cuidado de las mujeres que atendía. Eran los inicios de la Atención Primaria, y me parecía importantísimo el papel que las matronas podíamos hacer desde nuestro lugar de trabajo. A partir de aquí comencé a defender las competencias de las matronas en este nuevo ámbito y el derecho de las mujeres a ser cuidadas, no solo en su embarazo con profesionales especialistas, sino en toda su vida como mujeres.

P: Me han contado que cuando hacías la Preparación para la maternidad, a veces acudían las parejas de las mujeres a tus clases, ¿cómo era eso, que tenían de especial tus actividades?

R: Pues muy sencillo, ellas no tenían permiso de los empleadores a salir de sus trabajos para acudir al centro, así que como estaban tan concienciados de la importancia que tenía estas clases de educación sanitaria, enviaban a sus maridos.

Y además conseguí gestionar con los recursos municipales y la colaboración de un profesor, unas clases de lo que luego se llamó la "matronatación" aunque yo le llamé "natación para gestantes", además pude hacer un programa de Estimulación precoz del niño, lo que supuso todo un reconocimiento de las autoridades como experta en temas de matrona.

P: Y después de estar tan dedicada a tu labor asistencial, ¿ Cómo te implicas o porqué en la defensa de la profesión y de las matronas?

R: Pues resulta que en el 77 tras la aplicación de una Orden Ministerial, las matronas perdimos lo que era nuestro propio colegio profesional, nos unificaron con el colegio de practicantes y enfermeras. Fue una desafortunada orden porque abocaba a las matronas al casi ostracismo en medio del colectivo enfermero y, debíamos unirnos para derogar esta orden. Aún recuerdo los viajes que hicimos, con nuestro propio dinero, junto con Menchu García Urías, mis compañeras de promoción Jena y Paquita, a todas las provincias españolas para alertar a las matronas del problema y conseguir que todas se unieran por esta lucha común. Ahí, en Madrid en el 78, fue donde se coordinaron todas las acciones y fue el germen de la Asociación Española de Matronas después de un congreso organizado por la Comisión Nacional de Matronas en Palma de Mallorca y que presidió Mª Ángeles Rodríguez Rozalen durante tantos años elegida por todas las presentes.

P: Debo entender que es a partir de ese momento que surge la idea de las Asociaciones Autonómicas de Matronas, entre ellas la que tú presidiste tantos años, ¿Cómo fueron aquellos inicios?

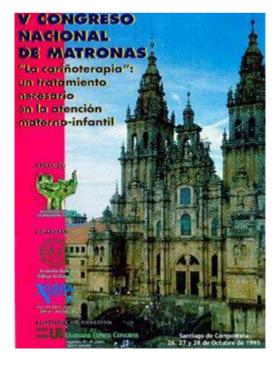
R: (sonríe) Pues la verdad es que sí. La Asociación Gallega de Matronas fue la primera en crearse y tuve el honor de presidir junto a otras compañeras, tan luchadoras como yo y también metidas en el "embrollo", como fue Yolanda Goyanes. Todas estábamos muy motivadas y nos buscamos la vida para poder crear la asociación, revisamos la Ley de Asociaciones y con todas estas idas y venidas, llegamos a contactar con la Asociación Sindical de Transportistas Gallegos, que muy amables nos prestaron sus estatutos para tener un modelo y poder adaptarlo a nuestra profesión claro, pero nos sirvió para en 1978 poder inscribirnos en el registro de Asociaciones Profesionales como Asociación Sindical de Matronas Gallegas; que en 2008 se refundó con sus activos, como AGAM, actual Asociación Galega de Matronas.

P: Lina, denoto el perfil de una mujer tenaz y luchadora, no es de extrañar que tus compañeras te eligieran presidenta, por cierto, ¿cuáles fueron las primeras causas o problemas que tuviste que abordar como presidenta de una tan "reciente" asociación?

R: Si, bueno, tenaz y cabezota, pero sobre todo muy negociadora con las administraciones, todo lo necesario para defender nuestra profesión. La verdad que tuvimos muchos frentes, por ejemplo, el contencioso por las plazas de APD de matrona en Galicia, las denuncias por permitir que ATS ocuparan plazas de matronas. Tenía carácter si, o eso decían cuando me sentaba con algún político, tenía muy claro lo que queríamos conseguir las matronas. Te sorprendería con quien me reunía por aquel entonces, hoy alguno de ellos son políticos de sobra conocidos a nivel nacional.

P: Ahora todo el mundo habla de la atención humanizada pero personalmente, recuerdo un congreso en Santiago de Compostela en 1995, que tú presidiste y que llevaba por lema "Cariñoterapia: un tratamiento necesario en la atención materno infantil". ¿Crees que hubo un antes y un después de aquel congreso en la percepción de lo que es una matrona?

R: Si, recuerdo muy bien aquel congreso, por cierto organizado junto a la Asociación Española de Matronas y a todas con paraguas rojos por las calles de Santiago, una "Marea Roja" reivindicativa de mujeres, de matronas, jiqué fuerte!!. Muchos lugareños pensaban que era porque en Santiago siempre llovía. Y mira, hoy otras lo hacen con los paraguas rosas. Fue muy especial, la verdad, tuvimos en lujo de poder contar con Consuelo Velez-Frías, y de tantos otros ponentes que dejaron su huella en aquel congreso, que creo fue un poco el inicio del cambio en la manera de asistir los partos, hasta entonces tan medicalizados. La matrona tenía mucho que hacer y qué decir.



P: La verdad que sí Lina, mira después todo lo que surgió con la Estrategia, pero bueno, todo esfuerzo no siempre es recompensado, sin embargo tú lo logras y en 2010 te otorgan un reconocimiento a tu trayectoria profesional, cuéntame un poco por favor.

R: Si, la verdad que me hizo muchísima ilusión, aunque también lo recibí con mucho pudor. Fue un reconocimiento público a mi trayectoria profesional con la concesión, por parte de la Xunta de Galicia, de la Medalla Castelao, distinción creada en 1984 para conmemorar el retorno a Galicia de los restos de Alfonso Daniel Rodríguez Castelao polifacético gallego (político, escritor, pintor, médico y dibujante español) considerado uno de los padres del nacionalismo gallego.



Acto de entrega de la Medalla Catelao otorgada en 1910 por su trayectoria profesional

P: ¿Quieres decir que es como una medalla al trabajo de toda una vida por una tierra como Galicia?

R: Si, y de hecho en la medalla reza: "la perfección, el simbolismo o la trascendencia de las obras es el reflejo de un trabajo conscientemente realizado con entrega y con fe en la cultura, en la historia y en el ser de un pueblo". No puedo estar más orgullosa, la verdad.

P: No es de extrañar, pero tu reconocimiento no fue solo del gobierno gallego, sé que en 2016, la Asociación Gallega de Matronas, te hizo un homenaje.

R: Bueno si, me hizo una ilusión tremenda que mis compañeras de la AGAM me hicieran este homenaje. También estaba representada la AEM, a la que siempre hemos pertenecido, con Mª Ángeles Rodríguez y Rosa Mª Plata al frente, otras enormes luchadoras al frente de esta veterana Asociación. Las dos asociaciones hemos estado siempre muy unidas y en colaboración, nos une unos inicios comunes en la lucha y defensa de la profesión y de las matronas.

P: Llegamos al final de la entrevista, aunque ya sabes que me podría alargar, porque una vida tan llena de experiencias daría para mucho, pero al igual que he hecho con otras compañeras, me interesa saber tu visión, ahora ya desde otra perspectiva, del futuro de nuestra profesión y nuestras profesionales.

R: Mira, no sé qué decirte, yo veo muchos intereses personales más que profesionales. Creo que falta un aprendizaje de lo que un día llegamos a ser, un colectivo fuerte y unido capaz de movilizar a cientos y cientos de matronas con un interés común: la profesión. Evidentemente, ahora tienen más preparación desde que salen formadas, desde luego, pero no la experiencia que se necesita para saber moverse en el mundo de reivindicaciones y me temo, en futuro no muy lejano, les va a tocar pelear cosas que me parecen increíble haber "casi" perdido. Pero bueno, ya sabes, igual la necesidad las motiva a hacer un frente común o no sé. Hay mucha formación y competencias adquiridas, pero hay que implicarse en lograr que todas sean plasmadas en la realidad laboral. Por cierto, ese programa formativo fue diseñado por matronas veteranas.



Imagen durante el homenaje de la Asociación Gallega de Matronas a Lina Celada, acompañada por Rosa Mª Plata Quintanilla (Presidenta de la AEM) y Mª Angeles Rodriguez Rozalén (Relaciones Institucionales de la AEM). 2016

P: Lina, estaría no sé cuántas páginas más escribiendo sobre ti, porque con una vida tan larga, anécdotas no faltarán, y tengo muchos recuerdos compartidos contigo que no vamos a poder relatar. ¿Quieres decir alguna última cosa?

R: No, solo quiero daros las gracias a ti y a la Asociación por haber pensado que después de tantos años fuera de la profesión, podría aportar algo. Tengo un vínculo muy especial con la AEM y siempre me he sentido muy querida, es la verdad.

Desde la Asociación Española de Matronas, queremos agradecerte muchas cosas, porque eres parte de nosotras y porque siempre has sido fiel a lo que esta Asociación lleva por estandarte, la defensa de la profesión y de las profesionales, las matronas.

Muchas gracias por tu tiempo, tus conocimientos y mi agradecimiento personal por todo lo realizado a favor de la profesión y por ese porte tan elegante que la edad no te ha restado.

ATENEA Redactora AEM

DIA INTERNACIONAL DE LAS MATRONAS "LOS DATOS HABLAN POR SI MISMOS: HAY QUE INVERTIR EN MATRONAS". ICM

¡FELICITACIONES A TODAS LAS MATRONAS ESPAÑOLAS!

Bajo el lema "Los datos hablan por si mismos" para 2021 la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y Direct Relief se complacen en anunciar la próxima publicación del Centro Mundial de Matronas, un recurso en línea que permite el intercambio de conocimientos entre los usuarios, herramientas de visualización de datos y una mejor alfabetización de datos para apoyar a las matronas que abogan por la profesión de partería en su país y/o región.

El Centro Mundial de Matronas contará con múltiples indicadores de salud y fuerza de trabajo para recién nacidos, incluidos los datos recopilados para el Informe sobre el Estado de la Partería del Mundo (SoWMy) de 2021, que también se publicará en mayo de 2021.

En contexto, el Informe sobre el Estado de la Partería mundial 2014 se puede encontrar aquí. Si su país no ha presentado los datos de la encuesta de la Asociación Global de Parteras de ICM que se incluirán en el SoWMy 2021, envíe un correo electrónico a Charlotte Renard para solicitar un enlace web a la Encuesta global de asociaciones de parteras de ICM.

Esta página proporciona una vista previa de lo que el Global Midwives Hub contará una vez que se complete:

- Formación en alfabetización de datos
- Herramientas de visualización de datos para crear sus propios datos o mapa de historias
- Mapas y gráficos se pueden descargar fácilmente
- Abrir datos disponibles para todos los usuarios
- Plataforma multilingüe en inglés, español y francés
- Plataforma de comunicación para compartir comentarios y conectarse con otros usuarios









#IDM2021 #SoWMy

https://www.internationalmidwives.org/assets/files/event-files/2021/04/11009-idm-toolkit-esp.pdf





Bajo el lema "Los movimientos cuentan" las matronas, junto a diversas asociaciones, lanzan la segunda campaña de salud pública para reducir la tasa de mortalidad perinatal

La Asociación Umamanita, iNatal, Red El Hueco de Mi Vientre, Círculo de Familias en Duelo, la Asociación Española de Matronas y la Sociedad Catalana de Ginecología y Obstetricia han lanzado la segunda campaña de salud pública, bajo el lema 'Los movimientos cuentan', para intentar reducir la tasa de mortalidad perinatal y dar a conocer la importancia de que las mujeres embarazadas estén debidamente informadas sobre el patrón de movimientos de su bebé y qué hacer en caso de percibir algún cambio en la fuerza, frecuencia o su patrón de movimientos.

La muerte intrauterina tardía (a partir de la semana 28 de gestación) es una tragedia para madres, padres y sus familiares que lleva consigo grandes repercusiones psicosociales y que afecta a más de 1.500 familias cada año en España. A menudo, la muerte intrauterina tardía viene precedida de una percepción por parte de la madre de un cambio o una disminución de movimientos fetales (DMF), bien de su fuerza o de su frecuencia. La disminución de movimientos fetales está muy vinculada a otros resultados perinatales adversos.

A pesar de que la mayoría de mujeres que perciben DMF no experimentan resultados adversos del embarazo, en general, el riesgo de muerte intrauterina aumenta y puede ser cuatro veces mayor que en mujeres que no notifican DMF después de 28 semanas de gestación.

La campaña pide informar no solo a las madres, animándolas a estar consciente del patrón de movimientos de su bebé y confiar en su instinto, sino además a los profesionales sanitarios ya que son ellos quienes han de informar a las madres y atenderlas cuando perciben un cambio en los movimientos.

El reto que afronta la investigación es poder traducir esta realidad en una herramienta clínica que permita la prevención.

VER VIDEO DE SOPORTE DE LA CAMPAÑA: https://www.umamanita.es/los-movimientos-cuentan/

#LOSMOVIMIENTOSCUENTAN

Los movimientos de tu bebé son importantes

¿Por qué los movimientos de mi bebé son importantes?



Si hay un cambio en el patrón de movimientos de tu bebé puede ser una señal de que tu bebé no esté bien.

Aproximadamente la mitad de las mujeres cuyo bebé falleció advirtieron que los movimientos de su bebé habían, cambiado, disminuido o se habían detenido.

¿Con qué frecuencia debe moverse mi bebé?



No hay una cantidad fija de movimientos.

Es importante aprender a reconocer el patrón de movimientos de tu bebé.

Los movimientos de los bebés pueden describirse como una patada, un aleteo, una vibración o una voltereta.

Empezarás a sentir los movimientos de tu bebé entre las semanas 16 y 24 de embarazo, independientemente de dónde se encuentre la placenta.

¿Qué debo hacer?

En cualquier caso, si estás preocupada por un cambio en los movimientos de tu bebé, comunicate con tu matrona o médico de inmediato.



No estás haciéndoles perder el tiempo.

¿Que puede ocurrir después?

Tu matrona o tu médico deberían aconsejarte que vayas a tu unidad de maternidad/urgencias donde hay personal disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Las pruebas podrían incluir lo siguiente:

- Control de los latidos del corazón de tu bebé
- · Medición del crecimiento de tu bebé
- Ecografia
- · Análisis de sangre

Algunos mitos sobre los movimientos de los bebés



No es cierto que los bebés se mueven menos al final del embarazo.

Puede que tenga menos espacio para moverse, pero no debe cambiar ni la fuerza ni la frecuencia de sus movimientos

Debes seguir sintiendo que tu bebé se mueve hasta el momento en que comienzas en trabajo de parto y durante el parto también.



Si estas preocupada por los movimientos de tu bebé, beber o comer algo dulce o frio **no funciona**.

Para más información visita: umamanita.es

Con el respaido de: Asociación Umamanita y iNacal y las siguientes organizaciones. Agradecemos a Tommy's UK por permitirnos adaptar este folleto. **Contáctenos a través de: umamanita.es**













INVITACIÓN

Infomatronas es el único boletín mensual gratuito "de y para" todo el colectivo de matronas/es



¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

¿Cuales son tus reivindicaciones?

Si eres muy tímida/o, puedes crear tu seudónimo. Textos en Word. Extensión máxima hasta 1500 palabras



infomatronas@gmail.com





PROGRAMA

19 DE MAYO

17:00 PRESENTACIÓN

17:05 "POR LAS MUJERES, POR LAS MATRONAS, AVANCEMOS HACIA CENTROS DE NACIMIENTOS"

17:30 "VALORACIÓN DEL BIENESTAR FETAL DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOPATOLOGICO", Patrocina Ordesa

18:15 "UNA NUEVA OPCIÓN: ANTICONCEPCIÓN EN LACTANCIA. MATERNA", Patrocina Exeltis & Coulte

18:45 TURNO DE PREGUNTAS

18:55 CIERRE DE LA JORNADA

Isabel Manzano Alonso - Matrona

Maxi Vidal Bermejo - Matrona

Soledad Carregui Vilar - Matrona

Teresa Peinado Rodriguez - Medica COPF

20 DE MAYO

17:00 PRESENTACIÓN

17:05 "¿SE PUEDE SER MADRE DESPUÉS DE UN CANCER?"

17:30 "ABORDAJE PRÁCTICO DE LA SALUD SEXUAL EN EL PUERPERIO Rosario Gonzalez Moreno - Matrona Y CLIMATERIO DESDE LA CONSULTA DE MATRONA"

18:00 "COMO RECUPERAR LA MOTIVACIÓN EN EL TRABAJO TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19"

18:30 TURNO DE PREGUNTAS

18:45 CLAUSURA DE LAS JORNADAS

Isabel Manzano Alonso - Matrona

Marta de Soto Cardenal - Ginecóloga

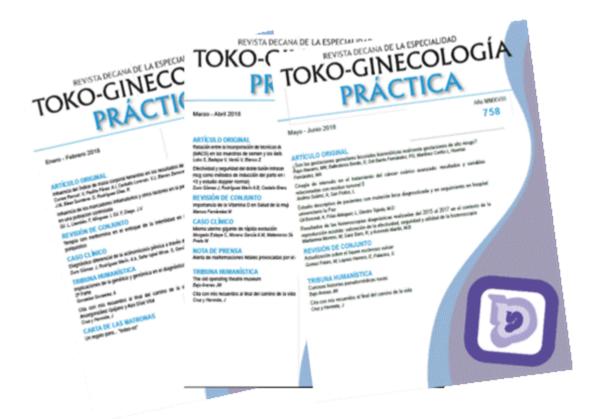
Carlos Pajuelo Moran - Psicologo

Isabel Manzano Alonso - Matrona

Gestionar suscripción: http://matronasextremadura.org/jornadas-apmex-2021/

Mail: secretariatecnica@matronasextremadura.org

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



Desde enero de 2018 la Asociación Española de Matronas suscribió un acuerdo con los editores de la revista TOKOGINECOLOGIA PRÁCTICA por el cual todas las matronas españolas pueden suscribirse gratuitamente, a través de INFOMATRONAS y también la posibilidad de publicar artículos en la misma.

Para recibir los 6 números que se editan anualmente solo hay que solicitarla

en:

infomatronas@gmail.com

LA PROFESIÓN ENFERMERA SE UNE PARA EXIGIR SOLUCIONES URGENTES



A iniciativa del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 15 organizaciones que representan a la profesión enfermera se han reunido con el fin de trabajar conjuntamente para reclamar ante las Administraciones soluciones a los problemas que arrastra la profesión enfermera y que lastran el importante papel que desempeñan las enfermeras y enfermeros en el sistema sanitario.

Asociaciones, federaciones, sociedades y sindicatos de la profesión enfermera se han reunido en el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, con el objetivo de buscar puntos de unión para hacer frente a todos los problemas que la profesión viene arrastrando desde hace años sin que las Administraciones den una solución real a los mismos.

El objetivo común es reclamar, de forma coordinada, respuestas que pongan en valor el destacado papel que juega la profesión enfermera en el sistema sanitario. Porque, atender las reivindicaciones de la profesión enfermera es una cuestión de Salud Pública, puesto que las enfermeras y enfermeros son el catalizador de los cuidados y de la asistencia sanitaria. Hacer caso omiso de las mismas tiene consecuencias que afectan a la profesión en todos los ámbitos y niveles asistenciales, además de repercutir directamente en la calidad y seguridad de los cuidados de todos los ciudadanos.

Así, desde una reflexión conjunta y consensuada, las organizaciones enfermeras reunidas queremos sumar nuestro conocimiento, experiencia y perspectiva para reclamar soluciones específicas que afectan a las enfermeras y enfermeros en la Comunidad de Madrid.

Por lo tanto, nuestro compromiso es seguir trabajando conjuntamente para diseñar criterios, calendarizar actuaciones y, en definitiva, coordinar un plan de actuaciones urgentes que deben ser atendidas por las administraciones, tanto a nivel estatal como autonómico.

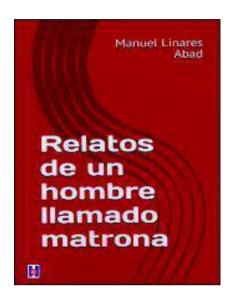
Cabe recordar que los problemas de la profesión enfermera en nuestra región representan un grave inconveniente para la práctica, la motivación y el reconocimiento que merece. Somos conscientes que suponen un perjuicio a las necesidades que tiene la sociedad y que requieren de la actuación profesional para satisfacerlas y resolverlas.

Fuente: Comunicado de prensa del CODEM

Organizaciones reunidas:

Junto al Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM), se han reunido las siguientes organizaciones: Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME) y Foro Enfermeras Salud Mental de Madrid; Asociación de Enfermería Madrileña de Pediatría (AEMPed); Asociación Española de Matronas (AEM); Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE); Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG); Asociación Madrileña de Enfermería de Especialistas y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria (AMEREFYC); Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo (AMET); Asociación de Matronas de Madrid (AMM); Asociación Madrileña de Enfermería Dermoestética (AMEDE); Enfermería Madrid Unida (EMU); Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP); Sindicato de Enfermería de Madrid (SATSE); Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP); Sociedad Madrileña del Cuidado (SoCMaC).





RELATOS DE UN HOMBRE LLAMADO MATRONA

Autor: Manuel Linares Abad.

Profesor Titular en la Universidad de Jaén. Ciencias de la

Salud

Agosto 2020.

Enfermero. Matron

Doctor por la Universidad de Jaén 12-07-2007

Tesis: "Las matronas en el Jaén del siglo XX. El caso de la

Comarca de Sierra Magina".

Compra a través de Amazon

Os presento este reciente libro de un colega matrón cuyos comienzos, apenas unos años tras el RD de 26 de Septiembre de 1980 en el que la limitación por razón de sexo al estudio de esta especialidad era derogado, le convirtieron en punta de lanza para otros tantos profesionales masculinos que han ido incorporándose a la profesión de matrona, tradicional y exclusivamente desempeñada por mujeres hasta ese momento.

Vivencias y anécdotas reales, recuerdos vividos y vívidos de un profesional convencido y comprometido con la elección de su profesión y su ejercicio durante los años en que la ejerció y entre las cuales es importante el desafío de inconvenientes, tabúes, resistencias etc. Todo ello conforma un texto corto, en ocasiones simpático y sencillo de leer, al margen de pretensiones literarias. Es de destacar el tono realista con que relata el mundo de la asistencia obstétrica circunscrita al área de Partos (paritorio), en el que se producen un cúmulo de emociones en la asistencia habitual, nunca rutinaria, y las estresantes situaciones de urgencias que todos los profesionales hemos vivido o vivirán; la importancia de la colaboración entre compañeros que se convierten en elemento facilitador del trabajo y algunos incluso, en parte de nuestras vidas unidos por una amistad y el trato con las diferentes mujeres que en ninguna circunstancia pueden aislarse de sus propias vivencias, temores, deseos, fatigas y contexto familiar, todo lo que determina muchas de sus actitudes y la forma de afrontar el proceso de parto y nacimiento.

La motivación de "alejarse del sufrimiento cuando cuidaba y acercarse a una profesión con más alegrías que penas" que expresó cuando le interrogaban en la selección de entrada a la Escuela de Matronas, lo ha podido constatar en sus años de ejercicio como matrón, antes de abandonar esta profesión para dedicarse a la docencia y la investigación en la Universidad. Por ello no duda en afirmar 20 años después, que la profesión de matrona" probablemente sea el trabajo más maravilloso del mundo".

¡Gracias compañero por este relato!.

Rosa Mª Plata Quintanilla. Matrona



PROGRAMA 2021 FORMACIÓN CONTINUADA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

La exigencia de ejercicios prácticos, en cada uno de los cursos programados, nos impide cambiar el formato, por el momento.

Otra razón, es que han sido acreditados como presenciales



LOS CURSOS PARA 2021 RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

1.-JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

Hoy en día la matrona debe estar preparada, para poder asumir los cambios que se están produciendo en las técnicas y métodos de trabajo en el suelo pélvico, ya que las disfunciones de este suponen un porcentaje muy elevado de las consultas que tienen esos profesionales en su trabajo diario.

En pocas ocasiones nos paramos a pensar en la existencia de la musculatura que constituye el suelo pélvico, y mucho menos en sus múltiples funciones. Habitualmente solo lo hacemos en situaciones muy concretas como durante el embarazo y el parto, las relaciones sexuales, o en el climaterio.

Sin embargo, la musculatura del suelo pélvico cumple funciones importantísimas en el cuerpo humano de las que las matronas no nos podemos olvidar puesto que tienen un papel fundamental en la calidad de vida de las pacientes.

La matrona, desde su puesto en atención primaria, debe conocer cuáles son las bases anatómicas y fisiológicas del suelo pélvico. Saber reconocer las disfunciones del suelo pélvico y como hacer criterios diagnósticos, de recuperación y rehabilitación, así como cuando realizar las derivaciones a los servicios correspondientes.

Al mismo tiempo, con los avances en la investigación en periné, se ha visto que el trabajo del suelo pélvico no se hace de manera aislada, sino que necesita de la colaboración y el trabajo coordinado de grupos musculares, como son los músculos que constituyen la cincha abdominal (principalmente el músculo transverso del abdomen) y el diafragma torácico.

No hace falta la existencia de patología previa, de secuelas del embarazo y del parto, de cirugías abdominales o pélvicas para que sea necesario trabajar el suelo pélvico y la cincha abdominal, como método preventivo para tener una buena salud perineal.

Para trabajar estas musculaturas se está utilizando la propiocepción. Esta nueva forma de trabajo se basa en la importancia que tiene la toma de conciencia del cuerpo como un "todo" y entender como sus desequilibrios posturales pueden afectar a la estática pélvica y por consiguiente al suelo pélvico. El trabajo del suelo pélvico mediante la propiocepción es una herramienta dinámica y eficaz que hace que las matronas consigan que sus pacientes, con el trabajo y el uso de diferentes técnicas sean más autónomas en la gestión de la reprogramación y reeducación de su postura, y por tanto del suelo pélvico.

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Actualizar los conocimientos sobre suelo pélvico del profesional que atiende a la mujer en todo su ciclo vital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1)Actualizar los conocimientos en anatomía, valoración externa e interna del periné femenino, así como valoración postural de la paciente.





LOS CURSOS PARA 2021 RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO Avance de programa

- 2) Dar a conocer la importancia que tiene la matrona de atención primaria en el mantenimiento, diagnóstico de patologías, recuperación, tratamiento del suelo pélvico femenino, y si procede, derivación al servicio correspondiente.
- 3) Aprender cómo quitar las tensiones, los dolores y los desequilibrios posturales que afecten a la estática pelviana, mejorando la manera de gestionar las presiones toraco-abdominales, causantes de una gran mayoría de las disfunciones del suelo pélvico.
- 4) Aprender el uso de las diferentes técnicas de trabajo para la mejora del suelo pélvico: Propiocepción, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, método Matropelvic®

3.-CONTENIDOS

Todo el material se trabajará mediante clases teóricas y prácticas, donde desde el dibujo y localización de las estructuras anatómicas, los vídeos, la valoración corporal y perineal por parejas, las técnicas de roll-playing y el uso de los diferentes métodos de trabajo sobre el propio cuerpo, ayudarán al profesional a iniciarse en el descubrimiento del suelo pélvico.

1.- Introducción, objetivos y metodología del trabajo con el suelo pélvico. Revisión histórica del periné.

2.- Bases anatómica del suelo pélvico:

- 2.1.- Pelvis ósea
- 2.2.- Planos musculares
- 2.3.- Tipos de fibras musculares del suelo pélvico
- 2.4.- Órganos pélvicos
- 2.5.- Inervación del periné
- 2.6.- Músculos relacionados con el suelo pélvico
- 2.7.- Los tres diafragmas
- 2.8.- Cincha abdomino-perineal
- 2.9.- La respiración abdomino-perineal





RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

3.- Bases fisiológicas del tracto urinario inferior:

- 3.1.- La micción
- 3.2.- Incontinencias urinarias: Tipos, diagnóstico y tratamiento
- 3.3.- La importancia del diario miccional para el diagnóstico de las IU

4.- Bases fisiológicas del tracto digestivo inferior:

- 4.1.- La defecación
- 4.2.- Tipos de estreñimiento
- 4.3.- La incontinencia fecal
- 4.4.- La importancia del elevador del ano en la continencia.

5.- Prolapsos genitales:

- 5.1.- De pared anterior: diagnóstico y tratamiento
- 5.2.- De pared cúpula: diagnóstico y tratamiento
- 5.3.- De pared posterior: diagnóstico y tratamiento

6.- Valoración de la estática corporal y perineal:

- 6.1.- La estática corporal y su influencia en el periné
- 6.2.- Aprendiendo las alteraciones perineales a través de la postura corporal
- 6.3.- La exploración perineal y rectal
- 6.4.- La matrona y el suelo pélvico en consulta: protocolo de exploración y diagnóstico

7.- La recuperación y reeducación del suelo pélvico.

- 7.1.- Criterios de inclusión. 7.2.- Criterios de exclusión.
- 7.3.- Perspectiva histórica de los diferentes métodos de trabajo
- 7.4.- Ejercicios de Kegel: Evidencias

8.- El uso de la propiocepción en la recuperación del suelo pélvico desde la atención primaria

- 8.1.- Objetivos
- 8.2.- Métodos de aplicación: Visualizaciones, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, dispositivos intracavitarios, método Matropelvic®
- 8.3.- Estructura de una sesión trabajo de suelo pélvico en atención primaria

9.- La repercusión de la patología del suelo pélvico en la esfera bio-psico-sexual de la paciente

DIRIGIDO A:

Matronas y residentes de matronas Número máximo: 20 alumnos

Profesora: Lola Serrano Raya

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) Hospital de Sagunto (Valencia)

DURACIÓN EN HORAS: 20 horas



FECHAS CONDICIONADA A LA SITUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL COVID-19

CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO 2021

PENDIENTE FECHA/2021.Mañana	De 09:00h a 14:00h.
PENDIENTE FECHA/2021. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
PENDIENTE FECHA/2021. Mañana	De 09:00 a 14:00h.
PENDIENTE FECHA/2021. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
PENDIENTE FECHA/2021. Mañana	De 09:00h. a 12:30h.

Matricula:

Socios y vinculados: 30 €

Residentes: 80 € No asociados: 100 € Plazos de inscripción PENDIENTE FECHA 2021

LUGAR: Se indicará a los matriculados en su día

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Acreditado por la Agencia de Acreditación de Formación Continuada del S.N.S







CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO



FECHAS PENDIENTES DE LA SITUACIÓN COVID-19 /2021

Objetivos

- ✓ Actualizar / reforzar / capacitar sobre conocimientos y habilidades prácticas para interpretar los datos obtenidos de la valoración fetal durante el parto.
- ✓ Señalar los pasos necesarios para realizar una valoración fetal sistemática durante el parto.
- ✓ Identificar aquellas situaciones en las que existen interferencias en el intercambio transplacentario de gases así como aquellas que requieren intervención inmediata.
- ✓ Definir las intervenciones que se derivan de la valoración fetal, con especial atención a las que deben realizarse cuando se detecta un patrón de estrés o de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

FECHAS: 2021

Horario: tardes 15:30-20:30h

LUGAR: Cavanilles, 3 28007 Madrid

Matricula:

Socios y vinculados: 20 €

Residentes: 70 € No asociados: 90 €

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE COVID-19/ 2021

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Acreditado por la Agencia de Acreditación de Formación Continuada del S.N.S







CURSO DE ECOGRAFIA BASICA PARA MATRONAS

Justificación

El uso de la ecografía en las consultas de Matrona es un hecho que se viene generalizando, aprovechando la existencia de ecógrafos en los centros de salud.

Parece pertinente y lógico que termine por implantarse y desarrollarse en un mundo tan tecnológico, donde la imagen es un valor añadido de calidad en la atención.

Siempre dejando claro, que se trata de complementar y nunca suplantar la atención obstétrica que realizan los tocólogos en sus consulta. Se trata de sumar en todo momento, para que la atención a la mujer gestante, sea lo más completa y de calidad posible.

Según la Directiva de Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales 2005/36/CE de fecha 7 de septiembre de 2005, en su Sección 6 (Matrona), Articulo 42 (Ejercicio de las actividades de matrona), punto 2-b, dice textualmente, que la matrona podrá: "Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal;

Realizar los exámenes necesarios para la supervisión del Desarrollo de los embarazos normales".

Y en su punto 2-e, dice textualmente que la matrona podrá: "prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y Supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados".

La formación continuada de las matronas debe adecuarse a la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos y a la de su ámbito de actuación en los distintos sistemas sanitarios. A este respecto, la importancia que han adquirido, en la década de los ochenta, las facetas de prevención y promoción de la salud, ha implicado una ampliación del ámbito de actuación de este especialista más allá de sus actividades tradicionales en la atención a la gestación, parto y posparto, que sin duda han repercutido en el enfoque y características de este programa.

Las matronas deben tener una participación activa en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil. En estos programas la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de su salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la «Estrategia del parto normal» aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2007.

El perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que se contiene en este programa formativo, se ha ajustado a las directrices derivadas, de la Confederación Internacional de Matronas, a las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que se refiere a las actividades profesionales que, como mínimo, deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la salud de la mujer.

Por otra parte, la formación continuada, es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de grado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. LOPS. Artículo 33.1

FORMACIÓN CONTINUADA



CURSO BÁSICOS DE ECOGRAFÍA
PARA MATRONAS.
PENDIENTE FECHAS SEGÚN
EVOLUCIÓN DEL COVID-19/2021



ORGANIZA: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3
Colegio de Enfermería de Madrid

HORARIO:

Día11: de 9:30 a 14:00h./ 15:30 a 20:30

Carga lectiva presencial 9 horas.

LAS PRACTICAS SE REALIZAN CON GESTANTES.

INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16 ALUMNOS

SOLICITUD ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Mediante mail:

matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

SOCIOS Y VINCULADAS	20 €
NO SOCIOS:	100 €
EIR:	60 €

La ADMISIÓN al Curso se hará por riguroso orden de solicitud y con preferencia ABSOLUTA de los SOCIOS

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE 2021

Acreditado por la Agencia de Acreditación de Formación Continuada del S.N.S



PROGRAMA >>





OBJETIVO:

Aprendizaje de conocimientos, teóricos y prácticos a las matronas para poder realizar una valoración competente del feto intra-útero, biometría, presentación, posición y anejos fetales (líquido amniótico, cordón y placenta)

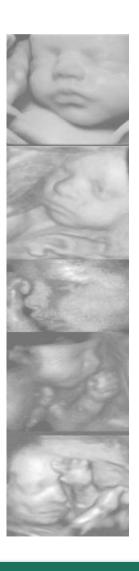
CONTENIDOS DEL PROGRAMA DEL CURSO BÁSICO DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS:

- Ecografía obstétrica.
 Inicios, aspectos básicos,
 Instrumentación.
 Aspectos
 Éticos y psicosociales
- Ecografía primer trimestre de embarazo.
 Complicaciones primeras semanas de gestación.
 Limitaciones y resultados de la ecografía obstétrica (Teórica)
- Ecografía captación (Practica)
 Gestantes entre
 Semana 8-12 de gestación
- Ecografía segundo trimestre .
 Estudio anatómico fetal.
 (Teoría)
- Ecografía segundo trimestre (Practica)
- Ecografía tercer trimestre (Teórica)
- Ecografía tercer trimestre

(Práctica)
Gestantes entre semana
24- 28 de gestación:

- Ecografía tercer trimestre (Práctica)
 Gestantes entre semana
 30- 32 de gestación:
- Ecografía tercer trimestre (Práctica)
 Gestantes entre semana
 36-38 de gestación:

Conclusiones. Ruegos y preguntas. Resumen puntos Importantes.



www.aesmatronas.com



AVISO IMPORTANTE

La Asociación Española de Matronas, el Comité Organizador y el Comité Científico del XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Comunican que:

A la vista de la situación actual de la pandemia Covid-19 y las expectativas de los próximos meses, no parece probable que en las fechas previstas de marzo 2021, del ultimo aplazamiento, se pueda celebrar el Congreso en condiciones normales.

Por este motivo, nos vemos en la necesidad de fijar nuevas fechas de aplazamiento para los días 21, 22 y 23 de octubre de 2021

Mantenemos el lugar de la celebración, San Juan de Alicante y cambiamos la sede a muy poca distancia de la anterior y se mantienen los precios de alojamientos.

HOTEL ALICANTE GOLF.

Calle Escultor José Gutiérrez, 23, San Juan (03540 Alicante)





XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS:

Nuevo aplazamiento a 21, 22 y 23 octubre 2021



JUEVES 21 OCTUBRE 2021

TALLERES (Precongreso)

HORARIO (Mañana)	TÍTULO	PONENTE
10:00- 14:00h		
Taller 1	Suelo pélvico, más allá de la teoría	Lola Serrano Raya Matrona
Taller 2	Suturas y anudados	Remedios Climent y Marta Benedí (Matronas)
Taller 3	Asesoramiento en LM: abordaje desde la práctica	Cintia Borja Herrero. IBCBL Enfermera Pediátrica
Taller 4	Emergencias Obstétricas:Distocia de hombrosHemorragiasEclampsiaRCP	Grupo Español para la prevención de PBO

PROGRAMA PROVISIONAL DEL XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS Alicante, 21, 22 y 23 octubre 2021



	JUEVES 21 de octubre 2021	
HORARIO (Tarde) 16:00h	ACTIVIDADES	
16:00h INAUGURACIÓN OFICIAL	Acto Inaugural, Bienvenida y presentación del XX Congreso Nacional de Matronas	American Sense and Sense a
16:30h.	CONFERENCIA INAUGURAL: "Prehistoria, género y matemáticas" D. Francisco A. González Redondo. Doctor en Filosofía y Matemáticas. Profesor en U.C.M	DE MATRONAS
17:10h.	MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA	PONENTES
17:10h.	Consulta Preconcepcional de la matrona	Teresa Molla. Matrona.
17:40h.	"Lactoferrina: solución eficaz para la anemia ferropénica durante el embarazo. Últimos avances y estudios científicos"	Pilar Mier. Ingeniera Química
18:10h.	PAUSA CAFE	
	Continuación	
18:30h. 19:00h.	Vacunas y embarazo Microbiota y embarazo	Noelia Rodríguez. Matrona Dra. Marta Selma.
19:30h.	Prasterona: nueva alternativa terapéutica para el síndrome genitourinario de la menopausia.	Dr. Sánchez Borrego
20:00h	Suelo pélvico: el gran olvidado. Lo recuperaremos. Tecnología HIFEM	Lys García Villaplana. Matrona. José Ignacio Mazzanti

20:30 COCKTAILDE BIENVENIDA

VIERNES 22 DE OCTUBRE 2021

22/10/2021 (Mañana)	ACTIVIDADES	PONENTES
9.00-11.00	COMUNICACIONES ORALES	
11.00	PAUSA CAFÉ.	
	MESA ÉTICO-LEGAL	
11.30-12.45h.	Legislación para matronas: Toma de decisiones	José Pascual Fernández Gimeno. Abogado.
	Consentimiento Informado: Quien, cómo y cuando	Isabel Castelló López. Matrona.
12:45- 13:45h	MESA DEBATE: VIENTRES DE ALQUILER VS MATERNIDAD SUBROGADA	
12:45h.	Visión de las dos diferentes posturas y tiempo de preguntas y debate.	Nuria González López. Abogada Independiente. Especialista en Derechos Humanos. Dra. Modesta Salazar Agulló. Matrona.
(Tarde)	VIERNES 22 OCTUBRE 2021 TARDE	
16:00h.	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE	
16:00h.	Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la maternidad	Noelia Benito Vicente. Matrona. Ana Carmen Esono Ruiz-Botau. Matrona.
17:00h.	PAUSA CAFÉ.	
17:30h.	MESA ATENCIÓN INTEGRAL	
17:30h. 18:00h. 18:30h.	Buenas prácticas en duelo perinatal La salud mental perinatal Tecnología. TICs para matronas Debate	D. Paul Cassidy. Dra. Lluisa García. D. Adrián Sarriá Cabello.
19:00h	COMUNICACIONES ORALES	
21:30	CENA DEL CONGRESO (NO GALA- DISFRACES)	

SÁBADO 23 OCTUBRE DE 2021			
23/10/2021	TÍTULO	PONENTES	
9:00-11.00h	MESA MISCELANEA		
09:00h. ,	Anquiloglosia y lactancia materna: evaluación por la matrona	Lucia Moya Ruiz. Matrona. Marcos Camacho Ávila. Matrón	
09:30h. 10:00h.	Estado actual de implantación de la Estrategia de atención al parto normal (EAPN	Soledad Carregui Vilar. Matrona. Ramón Escuriet. Matrón. Facultad de Ciencias de la Salud	
10.0011.	"Intervenciones no clínicas para la reducción de cesáreas: Proyecto QUALI-DEC" Debate	Blanquerna-URL. BRNA.	
11:00h	PAUSA CAFÉ.		
11:30h	MESA RESIDENTES		
11:30h.	Intercambio intergeneracional: Inquietudes residentes y del colectivo en general	Lorena Sánchez Alvarez-EIR Matronas María José Alemany. Carmen Molinero Fraguas.	
12:30h.	RESULTADOS DE LA ENCUESTA "TOMANDO EL PULSO A LAS MATRONAS"		
12:30h.	"Hemos tomado el pulso de las matronas"	Mª Ángeles R. Rozalén.	
13:00h.	CONFERENCIA CLAUSURA: Las desconocidas aportaciones a la matronería de Florence Nightingale vigentes más de un siglo después.	Rosa Mª Plata Quintanilla. Presidenta AEM.	
13:50h.	LECTURA DE CONCLUSIONES ENTREGA DE PREMIOS: Mejor comunicación. Mejor poster. ENTREGA PREMIOS "Maribel Bayón 2019". PRESENTACIÓN DEL XXI Congreso Nacional de Matronas	Secretaria Ejecutiva Presidenta del Congreso Presidenta AEM	
14:30h.	FIN DE CONGRESO		

+ de **42** AÑOS + de **42** LOGROS





www.aesmatronas.com



2020 E LA ENFERMERA Y A MATRONA



www.aesmatronas.com

MATRONAS MATRONAS MATRONAS Matronas

MATRONAS Matronas MATRONAS matronas matronas MATRONAS MATRONAS matronas

matronas Matronas Matronas MATRONAS matronas matron

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS matronas

matronas Matronas Matronas MATRONAS matronas matro

MATRONAS MATRONAS matronas

MATRONAS MATRONAS MATRONAS MATRONAS

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS matronas

MATRONAS MATRONAS MATRONAS Matronas

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS matronas

matronas Matronas Matronas MATRONAS matronas matron

MATRONAS MATRONAS

MATRONAS MATRONAS MATRONAS Matrona

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS motronos

matronas Matronas Matronas MATRONAS matronas matronas