

Info MATRONAS

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

DICIEMBRE 2021. N.º 64



“La gente joven está convencida de que posee la verdad. Desgraciadamente, cuando logran imponerla ya ni son jóvenes ni es verdad”.

Jaume Perich

EN BUENAS NOTICIAS. VALORACION ALTA
XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS.

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.

En este numero estrenamos nuevo formato siguiendo nuestra línea de modernización continua.

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M^a Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fraguas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Andrea Herrero Reyes
Pilar Medina Adán
Lucía Moya Ruiz

En este numero

❑ ESPECIAL I:

- LEY DE EUTANASIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

❑ HEMOS LEIDO QUE...

- ENFERMERAS NORTEAMERICANAS MAYOR PREVALENCIA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS QUE ENTRE OTROS TRABAJADORES
- INVESTIGADORES ESPAÑOLES IDENTIFICAN UN GEN PRIMORDIAL PARA EL DESARROLLO DE LA PLACENTA
- XII CURSO SOLIDARIO NEONATOLOGÍA Y OBSTETRICIA

❑ MUY INTERESANTE:

- VALORACIÓN DE LA INNOVACIÓN EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MATRONA EN LA UDM DE MÁLAGA
- CURSO ANTICONCEPCION PARA MATRONAS

❑ ENTREVISTA CON:

- LAURA FITERA LAMAS

❑ BREVES:

- ENCUESTA SOBRE INTERVENCIONES Y CUIDADOS
- WATER WIPES SE INCORPORA AL CIRCUITO DE REUNIONES CIENTIFICAS DE MATRONAS
- NOTICIAS DE SIMAES

❑ BUENAS NOTICIAS:

- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- EVALUCIÓN
- DEL XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS ALICANTE 2021
- II CONGRESO DE APMEX
- LAS EATENDIDAS POR MATRONAS TIENEN MAS POSIBILIDADES DE TENER UN PARTO NORMAL

❑ MATRONAS CELEBRES

AGENDA A.E.M.:

- PROXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM





LEY DE EUTANASIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Posiblemente os estaréis preguntando ¿qué tenemos nosotras qué saber de este tema, si somos matronas, no? Pues es un error pensar que la matrona “solo” es obstetricia y partos, no podemos caer en el auto desconocimiento de nuestra propia profesión si lo que queremos es que la población general y la de mujeres en particular, sepa cuáles son nuestras competencias.

Hace poco, por redes sociales una madre me preguntaba por un tema de suelo pélvico (SP), cuando le recomendé que fuera a su matrona del Centro de Salud (CS), se quedó sorprendida, no sabía que las matronas también abordábamos el SP y esto es muy grave, y más, si nosotras mismas desconocemos cuales son los cuidados o programas que debemos ofertar en una cartera de servicios públicos, máxime si trabajamos en la Sanidad Pública. Es de obligado cumplimiento, no solo la oferta e implementación de los programas oficiales sino también, darlo a conocer a la población para aumentar, sobre todo, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la comunidad que atendemos y desarrollamos nuestro trabajo.

Bien, dicho esto, ¿dónde encaja lo de la eutanasia en nuestro trabajo?. Pues queda en el punto de que también somos “especialistas en ginecología”, esa parte olvidada de nuestra especialidad y a la que pocas matronas optan para trabajar, como si no fuera importante nuestro papel, eso sí, luego ponemos el grito en el cielo cuando otras profesiones se otorgan esos honores. Como diría mi abuela “ni come ni deja comer”.



Quando atiendes a mujeres con problemas o patologías ginecológicas, son mujeres adultas la mayoría, cuya edad puede variar pero suele ser frecuente justo en la etapa posmenopáusica.

También, puede darse el caso de que estés trabajando en una sala de ginecología, aunque no sea lo habitual desgraciadamente, y cuides de mujeres con patología oncológica. Sea como sea, debemos estar informadas, bien informadas diría yo, para poder orientar o asesorar en algunos temas que nos pueden surgir en el desempeño de nuestro trabajo, incluido el derecho de objeción de conciencia, del que ya hablé en su momento hace cuatro

años y que me replanteo volver a abordar en otro artículo en un futuro próximo.

CASO PRÁCTICO

Suena el teléfono, es la Dra. Hayadé (ficticio) que me llama. “Hola, ¿que tal? Es que quería preguntarte, que como tú sabes de esto, si me podías orientar? Dime, le contesto, ¿qué pasa? ¿En qué o cómo te puedo ayudar?”:

-Resulta que hay una paciente de gine ingresada con una adenocarcinoma de útero con metástasis ya diseminada y algunas cosas más, que quiere la eutanasia. Son extranjeros, ingleses, no tienen familia aquí, y no hablan mucho español aunque viven aquí desde hace un par de años. Me han llamado los de Paliativos, que no saben qué hacer, y la señora está llorando, desesperada, que quiere acabar con todo, y su marido, igual, llorando, desesperado, quiere que hagamos algo para no puede verla así tampoco, con dolor y sufriendo. Temo que si se van a casa así, sea el marido el que haga algo.

- ¿Qué le han dicho los de la unidad de paliativos?

-Pues que ellos no saben qué hacer y que no creen que tenga que ser un caso para solicitar la eutanasia.

- ¿Le vas a dar el alta de gine?

-Pues quiero hablar con ellos, porque no les van a poner intérprete y yo hablo bastante bien inglés, pero quería saber qué les puedo decir, cómo orientarlos, porque se me parte el alma verlos así, a los dos, y encima el acompañante de la otra señora (misma habitación compartida), se ha puesto muy agresivo y he sentido miedo.



-Bueno, si le das el alta, debes asegurarte que se ponen en contacto con su médico de referencia (médico responsable) del CS, porque si realmente quieren eutanasia, es un proceso largo en el tiempo, no es inmediato y hay muchas cosas que valorar. Otra opción es que les asesoren desde una asociación que hay a nivel nacional, llamada DMD, "Derecho a una Muerte Digna", que los pueden ayudar y orientar, máxime si tienen dificultad con el idioma."



tratamiento, ¿sabríamos cómo actuar? ¿Qué hacer? ¿Conocemos nuestros derechos y nuestras obligaciones?.

Este fue un caso reciente, la señora se fue a casa y los de paliativos se hicieron cargo del tratamiento en el domicilio mientras se replanteaban el "otro tema". A fecha de este artículo, no sé cuál será la situación en la que está el proceso, pero ya hay muchos elementos que al menos son cuestionables desde la práctica clínica y desde la propia ética.

Haciendo uso de las licencias que da a veces escribir, voy a imaginarme que esa señora lo hubiera tenido todo en orden y aprobado y nos encontraríamos en la sala, como matrona, y tuviéramos que administrar el

ANÁLISIS DEL CASO:

Haciendo un análisis del caso, hay que ir por partes:

1.- Contexto ético-legal

a) La ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) es la que regula el derecho de la persona a una muerte digna o *buena muerte* que es lo que significa el concepto de eutanasia, y que se puede definir como *el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento*. La LORE está basada en los principios protegidos que se recogen en la Constitución Española como son la dignidad (art.10 CE), la libertad (art.1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE) o la autonomía de la voluntad, preservando al mismo tiempo, el derecho a la vida y la integridad física y moral (art.15 CE).

Por otro lado, la persona tiene derecho a recibir toda la información sobre el proceso que solicita, clara y concisa sobre la situación real de su situación clínica (informe médico), sobre los recursos o alternativas disponibles, si la hay, sobre el procedimiento a seguir en caso de solicitud, para poder hacer una toma de decisiones tal y como contempla en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente.

b) En el caso que estamos analizando, no se respeta el derecho de confidencialidad ni de intimidad cuando se está compartiendo la misma habitación con personas que además, interfieren en el proceso de manera muy negativa (agresividad del acompañante de la otra paciente). Primero porque no deberían compartir la misma habitación y segundo porque no se puede hacer un proceso de comunicación de esta o cualquier otra índole, que pertenece a la intimidad de la persona, como es el estado de su salud, en un mismo espacio que no garantiza lo anteriormente dicho, la confidencialidad y la intimidad.

c) Por otro lado, es inaudito que profesionales, se supone, más informados y formados en el tema de la eutanasia por lo que compete a su trabajo, no supieran o no quisieran orientarles o darles un asesoramiento tal y como se merecen, y dejarlos "solos", perdidos entre tanto dolor y sufrimiento.

d) Nadie se molestó en hacer una valoración objetiva del estado psicológico de la paciente, de su sufrimiento, de su competencia y es más, de su nivel de comprensión dada la dificultad del idioma y sin un intérprete oficial que lo garantizase.

e) Acertada fue la acción de la ginecóloga, consultar y pedir información antes de volver a hablar con ellos. Es más apropiado, reconocer que uno no tiene la información o no sabe ciertas respuestas, buscarlas y ofrecerlas a



a posteriori, que inventárselas o dar información errónea. Somos profesionales de la salud y lo que digamos y de lo que informemos, tiene su repercusión en las personas y en las situaciones.

2.-¿El caso anterior está en un contexto eutanásico?

Para que haya un contexto eutanásico es necesario, respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables. El contexto eutanásico en el cual se acepta, legalmente, prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal².

En este mismo contexto, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas.

3.-¿Las matronas debemos conocer la ley de eutanasia?

Pues en mi modesta opinión sí, son apenas 13 folios, muy amenos de leer para ser una ley y que quizá nos haga replantearnos situaciones personales o profesionales y conocer realmente lo que dice antes de “opinar” sin haberla leído.

Por otro lado, podemos ser la persona que deba administrar el tratamiento y debemos tener claros nuestros derechos y obligaciones. Si algún o alguna profesional se declara objetor-a, debe hacerlo en tiempo y forma, por escrito, tal cual se recoge en la ley, mediante un modelo que el Ministerio y las Consejerías tienen a disponibilidad en sus webs, pero sobre todo, debe saber a qué objeto porque no vale como excusa para evitar otros “deberes” de cuidados. Escribí un artículo sobre objeción de conciencia en el caso de aborto ya a finales del 2016 y que podéis leer en la web de la Asociación Española de Matronas³.



También puede darse el caso de que nos pidan información la propia paciente como sus familiares y lo mínimo hay que conocerlo, no vale eso de “es cosa del médico” o “lo siento no puedo decirle nada” o “a mí no me toca darle ninguna información”. Somos parte del equipo asistencial y por lo tanto debemos conocer los procedimientos y la información que podemos y/o debemos dar.

CONCLUSIÓN

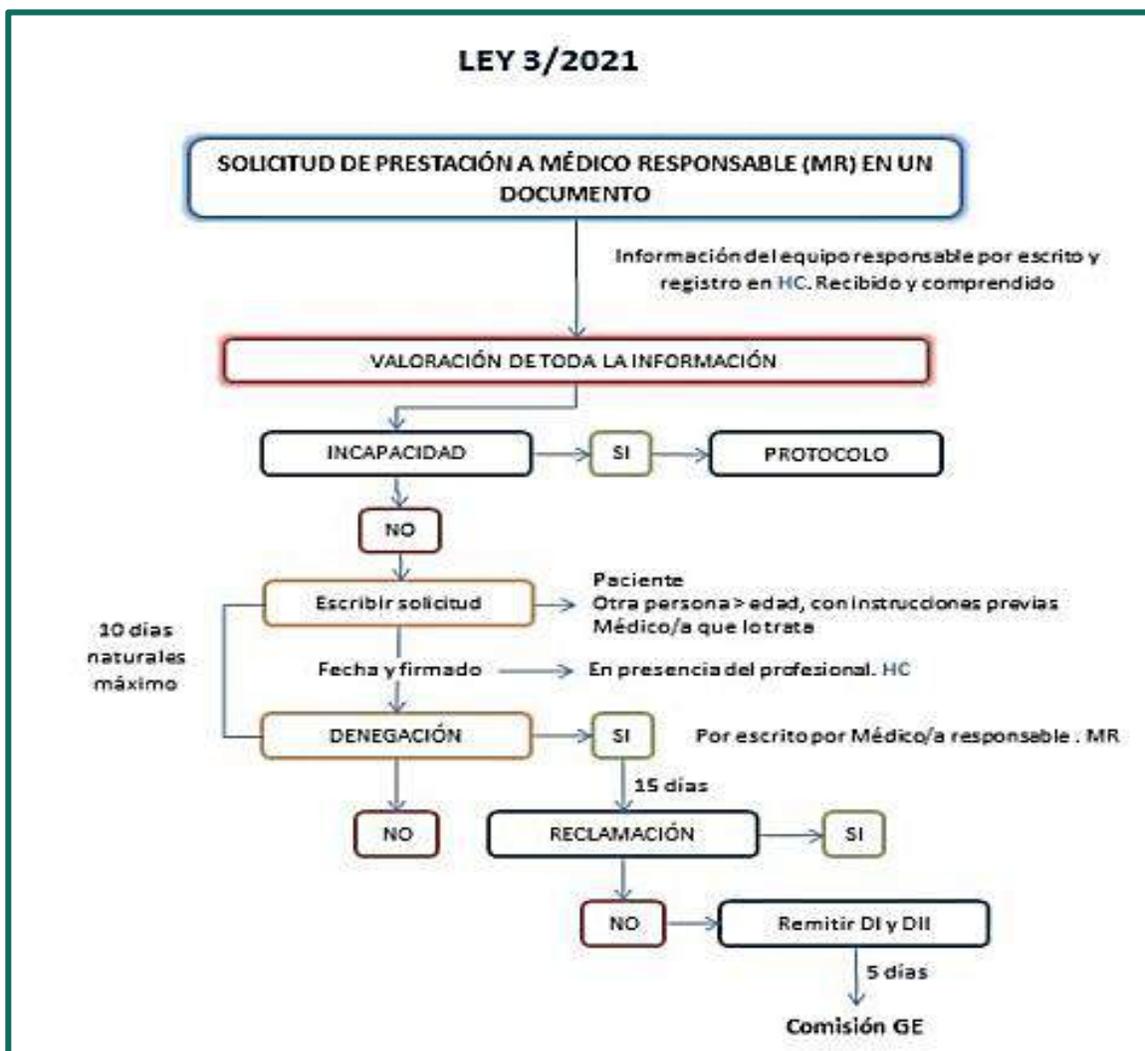
Esta ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole. Por eso, y cito literalmente un párrafo de dicha ley, *“cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida”*.

Solo me queda añadir, que las matronas trabajamos con personas, generalmente y en su mayoría mujeres, a las acompañamos a lo largo ciclo vital, pero de todo, puede que nos encontremos algún día, alguna vez, en algún lugar, con un caso parecido al relatado. Solo espero que con las aportaciones como profesionales demos la talla



Y respondamos (seamos responsables) ante las personas que cuidamos con una buena praxis, con la excelencia que la sociedad nos demanda, con una actitud ética, no paternalista, ni en el inicio ni en el final de la vida. Como siempre, para finalizar, una frase de Pablo Neruda, *“Si nada nos salva de la muerte, al menos que el amor nos salve de la vida”*.

M^a Isabel Castelló López
 Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA



Referencias:

- 1-Preámbulo de la Ley 3/2021 Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE)
- 2-La ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE)
- 3-https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/11/INFOMATRONAS_2016_08.pdf. Infomatronas Nº 8 de noviembre de 2016.

SEGÚN UN TRABAJO PUBLICADO RECIENTEMENTE, ENTRE LAS ENFERMERAS NORTEAMERICANAS HAY MAYOR PREVALENCIA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS QUE ENTRE OTROS TRABAJADORES



Kelsey, Elizabeth A. DNP, APRN, CNP; West, Colin P. MD, PhD; Cipriano, Pamela F. PhD, RN, NEA-BC, FAAN; Peterson, Cheryl MSN, RN; Satele, Daniel BS; Shanafelt, Md. Tait; Dyrbye, Liselotte N. MD, MHPE
Información del autor
AJN, American Journal of Nursing

“Aunque estudios previos han revelado consecuencias profesionales del agotamiento entre las enfermeras, se sabe menos sobre las posibles consecuencias personales. Este estudio investigó la prevalencia del pensamiento suicida y las actitudes hacia la búsqueda de ayuda entre las enfermeras estadounidenses en relación con otros trabajadores, y la medida en que los factores personales y profesionales, incluido el agotamiento, se relacionaron con el pensamiento suicida.

Métodos:

En noviembre de 2017, se envió una encuesta transversal a 86.858 enfermeras que eran miembros de la Asociación Americana de Enfermeras y a una muestra basada en la probabilidad de 5.198 trabajadores estadounidenses.

La encuesta incluyó preguntas sobre los pensamientos suicidas, el agotamiento, los síntomas de depresión, las características individuales y profesionales, y la voluntad de buscar ayuda profesional si surgía un problema emocional grave. Se realizaron análisis de regresión logística multivariable para identificar los factores asociados con el pensamiento suicida después de controlar otros factores.

Resultados:

Entre las 7.378 enfermeras encuestadas, 403 (5.5%) informaron haber tenido pensamiento suicida en el último año. La mayoría de las enfermeras (84,2%) indicaron disposición a buscar ayuda profesional para un problema emocional grave. Sin embargo, las enfermeras con ideación suicida eran menos propensas a

informar que buscarían tal ayuda (72.6%) que las enfermeras sin pensamiento suicida (85%). En un análisis multivariable de los datos de las enfermeras, después de controlar otras características personales y profesionales, encontramos que el burnout se asoció fuertemente con la ideación suicida. Los análisis multivariables combinados ajustados mostraron que las enfermeras eran más propensas que otros trabajadores a tener pensamiento suicida. Tanto las enfermeras como otros trabajadores que informaron pensamientos suicidas tenían menos probabilidades de buscar ayuda que aquellos que no informaron tales ideas.

Conclusiones:

En comparación con otros trabajadores estadounidenses, las enfermeras tienen un mayor riesgo de pensamiento suicida, y las enfermeras con tal ideación son más reacias a buscar ayuda que las que no la tienen. El agotamiento contribuye al riesgo de pensamiento suicida. Estas cuestiones merecen una mayor atención. Se deben identificar e implementar intervenciones a nivel de sistemas y prácticas, tanto para abordar las mayores prevalencias de agotamiento e ideación suicida en las enfermeras como para mitigar el estigma sobre los problemas de salud mental y otras barreras para buscar ayuda.

Los datos recopilados durante el síndrome respiratorio agudo severo y las pandemias de COVID-19 sugieren que los trabajadores de la salud que tienen contacto directo con pacientes infectados experimentan altas tasas de depresión, ansiedad y otras formas de angustia

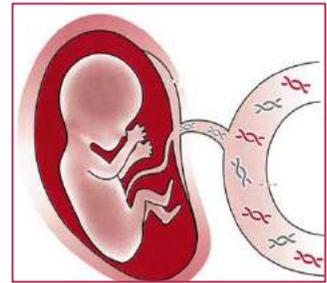
psicológica.¹⁻⁶ De hecho, en una encuesta de 22.316 enfermeras realizada por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) en enero y febrero pasados, el 23% de los encuestados informaron sentirse deprimidos y el 1% informaron ideas suicida en los últimos 14 días. Incluso en ausencia de una pandemia, las enfermeras parecen estar en alto riesgo de estas afecciones. Después de analizar los datos de varias bases de datos nacionales para los años 2007 a 2018, Davis y sus colegas encontraron que las enfermeras tenían más probabilidades de morir por suicidio que las personas de la población general.

Aunque las enfermeras constituyen el grupo más grande de profesionales de la salud, sorprendentemente se sabe poco sobre sus factores de riesgo de suicidio.

El suicidio es difícil de estudiar. Existen desafíos para obtener estadísticas confiables para su incidencia y prevalencia, en parte debido a la relativa rareza de un evento, así como a las preocupaciones éticas y de seguridad. Un punto final alternativo a menudo utilizado por los investigadores es el pensamiento suicida, que es un precursor bien reconocido de los intentos de suicidio. En estudios realizados entre médicos y estudiantes de medicina, los factores asociados con la ideación suicida incluyen depresión y agotamiento, pero estas asociaciones han sido menos estudiadas entre las enfermeras. Se ha informado que alrededor del 35% de las enfermeras estadounidenses han experimentado síntomas depresivos y del 35% al 45% han tenido al menos un síntoma de agotamiento.

Propósito del estudio. Este estudio investigó la prevalencia de la idea suicida y las actitudes hacia la búsqueda de ayuda entre las enfermeras estadounidenses en relación con otros trabajadores; y, entre las enfermeras, la medida en que los factores personales y profesionales, incluido el agotamiento, se relacionaron con las ideas suicida”.

INVESTIGADORES ESPAÑOLES IDENTIFICAN UN GEN PRIMORDIAL PARA EL DESARROLLO DE LA PLACENTA



El desarrollo de la placenta en la fase embrionaria está directamente ligado a un gen que acaban de identificar.

“Según el trabajo publicado en *Science Advances* el gen GPR126 (receptor 126 acoplado a proteína G) es esencial para el desarrollo de un tipo celular específico en la placenta. Los autores de la publicación pertenecen al Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), en Madrid. Este hallazgo constituye un nuevo paso en el estudio del remodelado de las arterias espirales y la preeclampsia y al mismo tiempo otra vía clínica posible en estudios genéticos preimplantacionales.

En estudios con ratones se han detectado que los mutantes murinos para Gpr126 son secundarios a defectos placentarios, lo que refleja la relación íntima entre la placenta y el corazón fetal.

El gen GPR126 es necesario para la maduración del sistema nervioso periférico (SNP), la formación de los huesos y cartílagos y el desarrollo del oído interno en modelos animales. En humanos, las mutaciones en GPR126 se han asociado con malformaciones en el esqueleto y contracturas congénitas de las extremidades.

Según los investigadores, GPR126 puede jugar un papel similar en el desarrollo placentario de los humanos. Se ha visto que los hijos de mujeres portadoras de mutaciones en GPR126 fallecían durante su gestación o al poco de nacer, y el 30% de las madres sufrían de preeclampsia, condición que afecta 5-8% de los embarazos.

Inicialmente, el grupo de De la Pompa, identificó al gen GPR126 como un gen regulado por la vía de señalización NOTCH durante el desarrollo cardíaco, hecho que llevó a otra hipótesis: este gen podría influir en la proliferación y diferenciación de los cardiomiocitos (células cardíacas) en el corazón en desarrollo.

A pesar de que estudios previos de otros grupos de investigación habían propuesto que GPR126 era

necesario para el desarrollo cardíaco en ratones y en pez cebra, sin embargo, no se había establecido definitivamente si esta hipótesis era cierta.

Sin embargo, los nuevos datos demuestran, mediante técnicas genéticas, que GPR126 no es necesario para el desarrollo del corazón en el ratón, pero sí tiene un papel esencial en la formación de la placenta.

Por el contrario, y según Rebeca Torregrosa, primera autora del estudio, la expresión de GPR126 únicamente en el corazón “no rescata la letalidad de ratones deficientes en GPR126, lo que indica que la muerte embrionaria no se debe a un desarrollo cardíaco defectuoso”. Tampoco está implicado en el desarrollo del corazón, según los datos que se han extraído del modelo de pez cebra.

Durante el desarrollo embrionario, GPR126 se expresa también en un tipo celular específico de la placenta, las células gigantes del trofoblasto, “células de vital importancia para la implantación del embrión y el mantenimiento del embarazo”, explica De la Pompa.

Así, los investigadores han demostrado que la inactivación de GPR126 en el embrión permite la supervivencia si la placenta tiene una copia normal del gen, mientras que su inactivación conjuntamente en el embrión y en la placenta, causa la muerte embrionaria.

Se demuestra así que “GPR126 es esencial en el trofoblasto para la expresión de proteasas específicas implicadas en la remodelación de las arterias espirales durante el desarrollo placentario, lo que es imprescindible para la viabilidad embrionaria”.

Fuente: Noticias Médicas: Raquel Serrano

XII CURSO SOLIDARIO NEONATOLOGÍA Y OBSTETRICIA "AVANZANDO JUNTOS TRAS LA PANDEMIA"

Dirigido a: Profesionales médicos, Enfermería de las especialidades: Pediatría-Neonatología, Ginecología-Obstetricia, Anestesia, Matronas, Cirugía, Atención primaria y profesionales interesados en proyectos solidarios.

Presidencia: Dres. C. Pallás Alonso, A. Galindo Izquierdo, J. Ruiz Contreras y C. Martínez de Pancorbo.

Dirección: Dres. M.T. Moral Pumarega y Dr. J.M. Puente Agueda.

Formato



WEBINAR

Fecha: 16 de Diciembre de 2021

Hora: 17:30 horas

Únase desde PC, Mac, Linux, iOS o Android:

<https://us02web.zoom.us/j/88467040258>

ID de reunión: 884 6704 0258

Certificado avalado con la participación y colaboración de profesionales Universidad Complutense Madrid

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Inscripción vía e-mail para obtener el certificado de formación, incluyendo: nombre, apellidos, DNI, centro de trabajo, e-mail, categoría y especialidad.

Contacto: encarnacion.juarez@salud.madrid.org

Aportación voluntaria y solidaria que se considere. El importe íntegro será destinado a sufragar dos proyectos solidarios en las Ciudades de Kawmgue (Uganda) y Bamenda (Camerun) a través de África Directo y cuyo importe es deducible en el IRPF.

N.º cuenta corriente de AFRICA DIRECTO: ES20-2100-2708-11-0200084015

PONENTES:

C. Martínez de Pancorbo. Directora Gerente. H. 12 de Octubre. Madrid
C. Pallás Alonso. Jefa Servicio Neonatología. H. 12 de Octubre. Madrid
A. Galindo Izquierdo. Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología. Catedrático H. 12 de Octubre. Madrid
J. Ruiz Contreras. Jefe Servicio Pediatría. Catedrático H. 12 de Octubre. Madrid
S. Piris Borrega Neonatólogo. S. Neonatología. H. 12 de Octubre. Madrid
P. Barbero Casado. M. Adjunto. S. Obstetricia y Ginecología. H. 12 de Octubre. Madrid
C. Gutiérrez Vélez. M. Adjunto. S. Obstetricia y Ginecología. H. 12 de Octubre. Madrid
J. M. Puente Águeda. M. Adjunto. S. Obstetricia y Ginecología. H. 12 de Octubre. Madrid
M. T. Moral Pumarega. Neonatóloga. S. Neonatología. H. 12 de Octubre. Madrid

XII CURSO SOLIDARIO NEONATOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Programa

17:30-17:40h. Presentación del curso

Dra. C. Martínez de Pancorbo, Dra. C. Pallás Alonso, Prof. A. Galindo Izquierdo, Prof. J. Ruiz Contreras.

17:40-18:00h. Vacunación frente a SARS-CoV-2 en la gestante. Situación actual. Influencia en el resultado perinatal

Drs. P. Barbero Casado y J.M. Puente Águeda

18:05-18:25h. Vacunación frente a SARS-CoV-2 en población pediátrica

Prof. J. Ruiz Contreras.

18:30-18:50h. Contacto piel con piel inmediato tras el parto en prematuros de menos de 1500g

Dra. C. Pallás Alonso

18:55-19:05h. Moderan

Drs. J. M. Puente Águeda y S. Piris Borregas

19:10h. Entrega de Premios Solidarios Medicina y Humanidades 2021 19:15 MSD para las madres

19:40-20:00h. "Mutilación genital femenina: abordaje integral en consulta de ginecología".

Dra. C. Gutiérrez Vélez



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID



PROYECTOS SOLIDARIOS

KAWMENGUE (UGANDA) Y BAMENDA (CAMERUN)

VALORACIÓN DE LA INNOVACIÓN EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MATRONA EN LA UDM DE MÁLAGA

La formación de matronas en España, es una especialidad de dos años, a la que se accede por un examen nacional para poder optar a una de las plazas de especialista en formación en las distintas Unidades Docentes acreditadas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Se realiza después de llevar a cabo el Grado de Enfermería en cualquiera de las Facultades de Enfermería del territorio nacional.

La especialidad tiene un contenido de 3600 horas teórico-prácticas, de las que 936 son teóricas y se encuentra publicada en el BOE número 129 de 28 de mayo de 2009.



La metodología de aprendizaje teórico se llevaba cabo mediante clases magistrales, talleres, sesiones clínicas, y revisión de literatura. La Unidad Docente Provincial de Matronas de Málaga tiene 24 residentes, 12 tutores y 12 colaboradores docentes.

La pandemia del SARS-CoV2, llegó como un huracán arrasando toda nuestra dinámica social y de rutinas laborales tanto a nivel sanitario como educativo, ámbito donde se forman nuestros futuros especialistas. En nuestro caso cuando se decreta el estado de alarma en España y tras el confinamiento al que nos vimos sometidos, tuvimos que adaptar la metodología educativa a metodología virtual.



una de las clases, usamos Google Classroom.

Cada uno de los docentes, si lo creía necesario, creaba su clase en esta plataforma e incluía a sus alumnos, organizando las tareas que tenían que realizar; también podía hacer un Quiz (actividad de evaluación) al final de la clase, donde sobre todo pretendíamos evaluar el grado de atención y conocimientos adquiridos durante la clase online.

En la empresa donde trabajo, Servicio Andaluz de Salud (SAS), donde está inmersa la Unidad Docente de Matronas, se empezó a utilizar a principios de verano Circuit Unify. Nosotros la hemos estado utilizando para realizar reuniones de tutores y residentes en formación y últimamente para realizar una Jornada de puertas abiertas para los futuros estudiantes en nuestra Unidad, que, habiendo aprobado el examen nacional para enfermero especialista, estaban pendientes de elección de plaza. Esta jornada, tenía como objetivo: informar de las características de nuestra Unidad Docente, aclarando dudas y motivando para la elección de la plaza en la Unidad de Matronas de Málaga.

Metodología

El objetivo principal fue valorar la metodología de aprendizaje online durante la época de pandemia en nuestra UDM mediante un cuestionario que pasamos a todos los residentes de nuestra unidad.

Algunos docentes no tenían formación y rápidamente comenzamos a coordinar una formación con videos tutoriales. Empezamos utilizando la plataforma Skype, que nos permitía compartir pantalla y dar las clases online, de forma totalmente gratuita y con tiempo ilimitado. Para compartir artículos interesantes en cada

Para evaluar la puesta en marcha de la formación online se confeccionó un pequeño cuestionario de evaluación de los docentes y del programa de clases que pasamos a los residentes.

Conclusiones

- Se ha realizado evaluación a todos los docentes que han participado en la formación online con cuestionario que han cumplimentado nuestros residentes, obteniendo una media de 8.5 a la pregunta “¿consideras que el docente es un buen profesor?” y de un 8 a la pregunta” “¿consideras apropiada la metodología docente?”.
- Hay cosas por mejorar, entre ellas innovación en la evaluación online de los residentes y sobre todo, mejorar la formación de nuestros docentes en el uso de las nuevas tecnologías (TICs), que ya han venido para quedarse entre nosotros.
- Pensamos continuar el camino que hemos comenzado y ofertar una mejor calidad pedagógica en la enseñanza de nuestra especialidad.
- En la actualidad, aunque hemos vuelto a las clases presenciales permitimos la conexión al enlace Circuit Unify a aquellos residentes que se encuentran realizando su rotación externa.

Ángela Torres Díaz. Jefa de Estudios de la UDM Málaga





Créditos de Formación Continuada (12,2 créditos FC)

DIRECTORA ACADÉMICA:

Dra. M^a Jesús Cancelo Hidalgo

DIRIGIDO A: Licenciados/ Grado Enfermería

FECHA DE INICIO: 15 de febrero de 2022. (*El comienzo del curso podría verse modificado en función de las solicitudes recibidas)

FORMATO: Online

DURACIÓN: 3 meses (Acceso horario libre dentro de las fechas establecidas).

ACREDITACIÓN: Curso sobre el Manejo Clínico de la Anticoncepción: 12,2 Créditos de Formación Continuada.

Matricula: 250€

MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN

MÓDULO 2: BIOLOGÍA Y FARMACOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

MÓDULO 3: ASPECTOS TEÓRICOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÓDULO 4: MANEJO PRÁCTICO DE LA ANTICONCEPCIÓN

MÓDULO 5: OTROS ASPECTOS EN ANTICONCEPCIÓN

MÓDULO 6: CASOS CLÍNICOS EN ANTICONCEPCIÓN

INFORMACION:

<http://sec.es/area-de-formacion/cursos-y-masters-creditos-formacion-continuada/>





TEMARIO

MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN

1. Situación actual de la Anticoncepción en España y Europa. *Paloma Lobo Abascal.*
2. Mitos en Anticoncepción. *Ezequiel Pérez Campos.*

MÓDULO 2: BIOLOGÍA Y FARMACOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

1. Anatomía del Aparato Genital Femenino y Masculino. *José Vicente González Navarro*
2. Principios activos en anticoncepción. *José Vicente González Navarro.*
3. Farmacocinética y farmacodinamia de los métodos anticonceptivos hormonales y anticoncepción de urgencia. *Francisca Martínez San Andrés.*

MÓDULO 3: ASPECTOS TEÓRICOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Métodos Naturales. *Enriqueta Barranco Castillo.*
2. Métodos Barrera. *Enriqueta Barranco Castillo.*
3. Anticoncepción Hormonal Combinada. *M^a José Puente Martínez.*
4. Anticoncepción Sólo Gestágenos: Minipíldora, Inyectable e Implante. *Marta Correa Rancel.*
5. Anticoncepción Intrauterina: DIU LNG y DIU Cu. *Sergio Haimovich Segal.*
6. Anticoncepción de Urgencia. *Ezequiel Pérez Campos.*
7. Doble Método. *M^a Jesús Alonso Llamazares.*
8. Anticoncepción quirúrgica femenina y masculina. *Silvia Tapiador Albertos.*

MÓDULO 4: MANEJO PRÁCTICO DE LA ANTICONCEPCIÓN

1. Criterios Médicos de Elegibilidad, Guía FSRH, CDC y Conferencias de Consenso. *Macarena Quesada Moreno.*
2. Asesoramiento Anticonceptivo. Requisitos para la anticoncepción. *M^a Jesús Cancelo Hidalgo.*
3. Educación Maternal: Asesoramiento Anticonceptivo. *Fátima León Larios.*
4. Asesoramiento Anticonceptivo en la Adolescencia. *Nuria Parera Junyent.*
5. Asesoramiento Anticonceptivo en la Perimenopausia. *Rafael Sánchez Borrego.*
6. Asesoramiento Anticonceptivo en Postparto y Lactancia. *Fátima León Larios.*
7. Asesoramiento Anticonceptivo en Alteraciones de la Hemostasia y Patología Cardiovascular. *Isabel Ramírez Polo.*
8. Asesoramiento Anticonceptivo en Endocrinopatías. *Marta Legorburu.*
9. Asesoramiento Anticonceptivo en Obesidad. *Marta Correa Rancel.*
10. Asesoramiento Anticonceptivo en ITS. *M^a Jesús Alonso Llamazares.*
11. Asesoramiento Anticonceptivo Post-Aborto. Estrategias para evitar abortos de repetición. *José M^a Mari Juan.*
12. La atención a la Salud Sexual y Reproductiva: Sexualidad en el Embarazo y Puerperio. *Fátima León Larios*

MÓDULO 5: OTROS ASPECTOS EN ANTICONCEPCIÓN

1. Interacciones medicamentosas con tratamientos habituales. *Inmaculada Parra Ribes.*
2. Diversidad, Salud Sexual y Reproductiva y Anticoncepción. *Joaquim García Cervera.*
3. Anticoncepción y Violencia de Género. *Modesto Rey Novoa.*
4. Anticoncepción y Calidad de Vida. *Esther de la Viuda García*

MÓDULO 6: CASOS CLÍNICOS

1. Anticoncepción ante eventualidades. Casos Clínicos. *Macarena Quesada Moreno*



LAURA FITERA LAMAS, HA SIDO DIRECTORA DE LA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DURANTE MÁS DE VEINTE AÑOS

Nuestra entrevistada del último y especial mes de diciembre, es una sorprendente mujer, profesional y madre, que fue durante más de 20 años la Directora de la Unidad Docente de Matronas, una de las primeras en formarse en España en el año 1994, de la que formó parte desde su inicio, primero como profesora y después como directora. Una mujer muy reconocida socialmente pero sobre todo valorada por el colectivo

por su, por así decirlo, pasión, a la hora de defender la formación de enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología y reivindicar el lugar que merece, la matrona y la profesión, en cualquier espacio donde le dieran voz.

Laura, para las muchísimas promociones de enfermeras y enfermeros que han pasado durante tantos años por esta UDM, no ha dejado indiferente a nadie. Exigente en ofertar la mejor calidad formativa y divertida compartiendo momentos entrañables con todas ellas.

Una profesional que lleva a gala y con orgullo, por encima de cualquier otra formación, ser "MATRONA" con mayúsculas, y que queda patente cuando habla de la profesión, por la que siente un grandísimo respeto y admiración.

P: Hola Laura, ya ves, aquí yo, haciéndote esta entrevista, ¡con la de entrevistas que sé que te han hecho en esta vida!, pero casi seguro que no han sido con el mismo cariño y respeto que yo te tengo. Me siento muy agradecida de que hayas tenido la amabilidad de aceptar compartir un rato conmigo.

Laura, eres una mujer socialmente muy conocida, pero ¿crees que realmente te conoce de verdad mucha gente?

R: Bueno, creo que es muy difícil conocer a alguien de verdad en todos sus matices pero en mi caso creo que es más complicado porque soy una mujer muy poliédrica, me explico, tengo muchas facetas muy diferentes, aunque creo por otro lado que no son incompatibles ninguna de ellas, pero que esas facetas componen un todo que es lo que soy yo. Lo que sí es verdad es que yo siempre he hecho esfuerzos para que me conocieran, he procurado mostrarme tal cual soy, con mis cosas buenas y mis cosas menos buenas, pero mostrar como soy. No podría mostrarme de otra manera porque no sé fingir, no serviría yo para artista de teatro, solamente sé quién soy, pero sí, hay gente que me conoce y muy bien.

P: Eres de origen gallego, y sé que lo dices por donde quiera que vayas, pero también sé que te sientes muy identificada con la Comunidad Valenciana en la que has desarrollado casi toda tu vida personal y profesional, ¿cómo llegaste a Valencia? ¿Qué te sedujo de estas tierras mediterráneas como para quedarte?

R: Fue un día bendito el que nos trajo aquí a la Comunidad Valenciana, a mi familia y a mí. Nosotros vinimos al aire de mi padre que fue delegado de comercio interior de la Comunidad Valenciana y en función de ese cargo vinimos todos, mis padres, mis dos hermanas y yo. Una vez que esto ocurrió, en el devenir de las cosas, que por entonces yo estaba en lo que se conocía por sexto de bachiller, acabamos los estudios aquí, conocimos a nuestras parejas y lo más natural fue quedarnos aquí. Me parece que fue una decisión maravillosa, me gusta muchísimo el estilo de vida de la Comunidad Valenciana, me gusta el carácter de la gente de aquí y me he sentido siempre enormemente cómoda. Y aun sintiéndome siempre muy gallega, porque tengo facetas galaicas, Valencia va muy bien con mi personalidad, ahora ya no sabría vivir en otro sitio.

P: Bueno, y entrando en materia, quizás podríamos comenzar por tus inicios profesionales, y casi pregunta obligada, ¿cómo o por qué te formas como matrona?

R: Yo me formo como matrona porque siempre, toda mi vida, he querido ser matrona. Es curioso porque nunca quise ser ginecóloga ni ninguna otra cosa que podía haber sido, quizás porque había un componente de cercanía, de contacto con la mujer embarazada que era lo que yo quería. Fíjate que yo me formé en una carrera diferente a la que yo he dejado después de mi paso profesional. Entonces las matronas éramos obstetras nada más y atendíamos el parto exclusivamente, no llevábamos el control de embarazo, ni nada; pero la mujer embarazada ha ejercido siempre sobre mí una enorme fascinación, tanto el proceso del embarazo, del parto, del cuidado de la mujer, ese matiz de cuidar, de acompañar que era lo que me seducía. Después, las circunstancias han convergido para yo haya podido, junto con otras mujeres, matronas, poder cambiar nuestra profesión y hacerla como a mí me hubiera gustado que hubiera sido cuando yo me formé. Siempre quise ser matrona, ya te lo he dicho, hubiera estudiado cualquier cosa para llegar a ello.



P: Durante unos años trabajaste como matrona en un centro de salud, en Atención Primaria, ¿Qué supuso para ti esta etapa en tu vida profesional?

R: Mira, una de las etapas que con más cariño recuerdo, fue la de matrona en Atención Primaria (AP) en el Centro de Salud de Puerto de Sagunto. Pero yo no empecé como matrona de AP, empecé como matrona de APD, las antiguas matronas de APD. Yo llegué allí embarazada, a punto de dar a luz y me encontré con que había una consulta con dos ginecólogos y dos matronas más, donde no se hacía absolutamente nada, así como suena, absolutamente nada. Estaban los cuatro juntos en la consulta, conmigo cinco, y cuando entraba una señora, pues nada, está embarazada, pues analítica según mes de gestación y daba igual lo que contara la señora. Se le hacía el protocolo elaborado por ellos. Cuando parí y volví de mi baja maternal, decidí cambiar aquello y lo que hice fue montar, por mi cuenta y riesgo, y presentar un programa de control de embarazo, de preparación maternal, de planificación familiar, a la dirección de área, a la dirección del centro, porque entonces ni existían los CS. Puse en marcha el programa de control de embarazo, de manera que cuando la señora salía de la visita, que te he contado antes, le proponía una cita conmigo y cuando esa consulta se quedaba libre a partir de las 10h. empezaba la mía; la respuesta de las mujeres fue magnífica, me resultó muy gratificante ejercer la profesión como creía que había que hacerla, al poco tiempo aparecieron los centros de salud tal cual los conocemos, siendo para mí, una época muy innovadora, muy creativa y muy de hacer la profesión como yo creía que debía de ser.



P: Dejas tu trabajo en el centro de salud para incorporarte como Directora de la UDM de la Comunidad Valenciana en la que ya estabas como profesora. ¿Qué te motivó a tomar esa decisión?

R: Efectivamente yo dejé mi puesto de matrona en AP con plaza en propiedad para dirigir la UDM de la CV. Esta decisión la motivó, primero, porque me lo ofrecieron y segundo, porque creo que toda mi vida había estado preparándome para ello. Ten en cuenta que yo soy una profesional muy preparada; tengo diferentes especialidades de enfermería y eso me permitía tener una visión global de cuál debía ser

el trabajo de una matrona en una formación para matrona y me pareció un reto muy atractivo y a mí, personalmente, me gustan los retos. La UDM solamente había tenido una promoción y ya lo cogí yo, casi al principio de la segunda, y me sentí cualificada para poder hacerlo, claro está, siempre rodeada de un magnífico equipo que es el que he tenido y construido durante tantos años.

P: Aunque parezca una opinión muy subjetiva, esta UDM ha sido y es, una de las mejores de España que, de momento, resiste como entidad propia para la formación de matronas en esta comunidad autónoma, pero ¿Cuáles han sido las dificultades con las que has tenido que lidiar para que sea así?

R: Te agradezco que pienses eso, lo acepto sin ningún tipo de falsa modestia porque no solo soy yo la que ha formado la UDM. Ha sido una UD muy pionera, las matronas de la CV teníamos y tenemos una característica y es que siempre hemos sido muy luchadoras. Habíamos puesto en marcha programas muy vanguardistas, como puede ser el del climaterio, el primero en España por cierto, el control del embarazo, etc. y entonces había un buen caldo de cultivo para que todo fuera posible.

Si por dificultades me preguntas, pues al principio todas. Yo heredé una UDM que se iba a cerrar, iba a desaparecer, dato que conoce poca gente, así que tienes una primicia. El motivo es que resultaba muy complejo, no les parecía muy viable, porque había habido muchísimos problemas de toda índole en la primera promoción, así que me tocó lidiar con todo tipo de conflictos. De hecho te diré que, el primer año y medio casi me lo pasé apagando fuegos, desde matronas en rebeldía en los paritorios para formar a los residentes pasando por ginecólogos que estaban deseando tomar de nuevo el mando de nuestra propia formación y un cierto desconcierto de los profesionales de por dónde tirar aunque duró muy poco, fue intenso. Desde luego nunca sucumbí al desánimo, y reconozco que a veces tuve que ser dura, tuve reuniones dignas de ser grabadas por lo “espectaculares” que fueron, con todo tipo de direcciones médicas, de enfermería, de hospitales, en fin, tremendo, y eso sí, siempre tuve el respaldo del equipo docente y de tutoras que formaban la UDM y eso me ayudó mucho en esta travesía, pero bueno, ya te he dicho que para mí los retos son motivadores.

P: Bueno, también te sentirás satisfecha por algunos logros obtenidos, ¿no? ¿Podrías compartir algunos de ellos?

R: Uno de los logros de los que me siento muy orgullosa es de haber llevado a rajatabla la formación, además de haber tenido esa formación teórica tan rigurosa, el cumplimiento de objetivos en todos los ámbitos ya que en otros sitios era más laxa por así decirlo.

Las residentes cubrían todos los objetivos en los rotatorios prácticos tanto en AP como en el hospital y aparte de esto, una de las cosas de las que yo más orgullosa me siento es haber luchado para que se mantuviera la formación en investigación.

Sinceramente creo que la investigación es fundamental en la evolución de una profesión, y no sé si la única o de las pocas UD en las que era obligatorio presentar un trabajo final de investigación, siempre con la base del rigor científico que debe tener una profesión y eso ha sido una de las cosas que nos han diferenciado de otras UDM.

P: Y puestas ya en este tema ¿Cuál es tu visión sobre la formación de las matronas en Unidades Multiprofesionales?

R: Mira, creo que debiera ser una oportunidad, en un mundo ideal, entendido como yo lo he entendido siempre. Creo que no estábamos preparadas para formarnos en UD Multiprofesionales, quiero decir, que no estaba preparado el ámbito sanitario ni el profesional (ginecólogos ni matronas) porque es una formación en dos vías, en doble sentido: nosotros aprendemos de ellos y a su vez ellos debieran de aprender de nosotras y así, a nivel teórico, podría ser una oportunidad. Pero lamento decirte que, estoy llena de sospechas y reticencias, creo que corremos un peligro. O los profesionales que estáis ahí, en cargos de gestión o en algún cargo con responsabilidad en la formación lucháis por que las residentes de matronas no sean fagocitadas por el rodillo de amasar de la formación médica. Me gustaría que no fuera así y pudiéramos conservar nuestra propia identidad; no somos ni mini ginecólogos ni mini obstetras, somos matronas y necesitamos de una formación propia. No sé ahora, después de 2 años que lo dejé cómo estará la situación, pero me gustaría pensar que pudiese hacerse de otra forma.

P: No quiero dejar pasar el hecho de que estuviste en la Comisión Nacional de nuestra especialidad durante unos años, ¿cómo viviste esa etapa o qué significaron para ti como matrona?



R: Pues mira, durante nueve años fui miembro de la segunda Comisión Nacional de la especialidad y sinceramente, y no lo digo por mí, sino por el equipo que formábamos esa Comisión, por el grupo de matronas que la formábamos, creo que fue la etapa más brillante, con más capacidad decisoria de todas las que han formado parte. Sin desmerecer a nadie, la primera fue la que hizo todo el reconocimiento de las UUD, sentó las bases, y nosotras tuvimos una oportunidad de oro que aprovechamos porque éramos un grupo muy luchador y muy, muy convencidas del desarrollo de nuestra profesión. Elaboramos el programa formativo, algo de lo que me siento muy orgullosa porque en realidad era una circular de funciones encubiertas en las que se dotaba de competencias a las matronas mediante el cumplimiento de unos objetivos formativos garantizando el desarrollo profesional durante años. Fue una bonita lucha en la que se consiguió publicar aquel programa tal cual, sin recortes, que conllevó algún golpe sobre la mesa y decir "hasta aquí hemos llegado" cuando el Ministerio pretendía recortar el programa, bueno recuerdo que ahí, en esa reunión, ya me puse de pie y les dije que no nos provocaran porque las matronas ya éramos especialistas y las otras estaban por venir, bueno quien me conoce ya se puede imaginar cómo pudo ser la escena, y mira, se cumplió, se admitió y se publicó tal cual. Creo que muchas compañeras no son conscientes de todo el esfuerzo, de toda la lucha que hubo detrás, una gran etapa.

P: Como he dicho al inicio de esta entrevista, sé que te sientes muy orgullosa de ser matrona, pero también sé que eres antropóloga, ¿qué te ha aportado esta formación a tu profesión como matrona?

R: Ahh!! Quien me conoce sabe que me he pasado la vida estudiando, ya te dije que soy múltiple especialista, que estoy formada en varias especialidades enfermeras, y licenciada en socio- antropología. Así que sí, efectivamente, esta licenciatura me permitió tener un perfil, una visión global de nuestra formación. En un mundo cada vez más globalizado donde nuestras pacientes, nuestras usuarias, son de diversas partes del mundo, en una sociedad multicultural, multirracial, creo que es muy importante conocer sus referentes de lo que es una mujer, una familia y eso lo he intentado aplicar también en la formación de las residentes y en los trabajos de investigación que se han realizado en la UD lo que ha resultado más enriquecedor.

P: Bien Laura, haciendo un abuso de confianza, sé que tienes mucha vida social y cultural, ¿crees que es importante tener una vida rica personalmente, con otras actividades que no sean únicamente profesionales?

R: Bueno sí, soy una mujer de múltiples intereses, me interesa muchísimo la cultura, tengo la suerte de ser miembro de honor de diferentes museos con lo cual me permite tener acceso a una vida cultural muy rica. Pertenezco a una institución femenina que nos dedicamos a la cultura y a apadrinar causas que necesiten nuestra ayuda, y sí, tengo una vida social amplia.

¿Que todo esto enriquece? Pues claro, desde luego que sí. Lo que no se puede es tener una visión cerrada, como las mulas con las anteojeras para mirar solo delante, no. Hay que ser sensible a lo que ocurre en nuestra ciudad, en nuestro entorno, qué pasa en diferentes ámbitos, lo cual nos permite enriquecernos incluso en nuestra profesión, no se puede ser solo matrona, por encima de todo hay que ser persona.



P: Eres una mujer “pasional”, que se entrega a las causas en las que cree y también a las personas a las que quieres, esto tiene sus más y sus menos ¿no? ¿Crees que así se nace o una se hace? ¿Ha sido esa personalidad una herramienta para poder liderar una Unidad Docente durante tantos años como la de la Comunidad Valenciana?

R: Bueno, me preguntas si este carácter que tu defines como pasional, pero yo creo que es motivador ¿ha influido en mi dirección de la UD? Te diré, yo soy una mujer tremendamente racional y una mujer que cree en lo que cree y lucha por ello, es decir, creo que soy una mujer valiente. Y sí que ha servido, claro. Mira, te voy a hacer otra confesión: durante mucho tiempo me he dedicado y aprendido con mucho esfuerzo a dominar mi carácter que reconozco es muy fuerte, una personalidad muy fuerte, de tal manera que me he permitido, que sin acritud, sin violencia, sin nada, cuando he tenido que defender una causa lo he hecho desde la convicción, y desde la argumentación. Nunca me he basado en la visceralidad para dirigir nada ni para reunirme con nadie, siempre he manejado con contundencia argumentos y razones y con ello he conseguido siempre las metas o lo que yo pretendía, con ello quiero decir, que he puesto mi personalidad, mi carácter y todo, al servicio de la formación de matronas profesionalmente y cuando tenía que ir a cualquier reunión o entrevista, lo hacía desde mi cargo como Directora de la UDM de esta Comunidad y esa, exigía el máximo respeto y escucha, pero sobre todo, insisto, utilizaba razones y argumentos.

P: Profesionalmente ¿Te sientes satisfecha o crees que te ha quedado algo por hacer?

R: Me siento razonablemente satisfecha, sí. Pienso que dejé la UDM de la CV, después de pasar una época convulsa que tu muy bien conoces, con los papeles en orden, con la posibilidad de que la persona que viniera detrás de mí pudiera tener un punto de apoyo donde desarrollarse. ¿Que si me hubiera tocado dirigirla cinco, ocho o nueve años más habría hecho otras cosas?



Si, por supuesto. Creo que puse los cimientos de la UD, puse las bases, hablando con un símil que me gusta mucho, creé la “casa” por así decirlo y la “amueblé”, ahora faltarían los detalles decorativos, poner las cosas bonitas, “el jarrón de flores y el cuadro en la pared” y eso me hubiera gustado hacerlo, claro, pero no ha habido tiempo, ya estaba bien con lo que hice. Creo que entre lo que tenía cuando llegué y lo que he dejado, hay todo un abismo y muchos años de trabajo.

P: Hace poco, relativamente, que te jubilaste de tu vida profesional, ¿ha habido un antes y un después o sigues relacionada de alguna manera con el mundo de las matronas? Cómo diría o cantarían José Luis Perales, ¿“a qué dedicas ahora tu tiempo libre” si lo tienes?

R: Mira, antes de jubilarme, Carmen Sánchez, mi Carmen, la persona que ha trabajado conmigo tantos años en la UD, me decía eso mismo, que qué iba a hacer yo con mi vida, que le dedicaba tanto tiempo y espacio a esta UDM, pero te digo como a ella, no me preocupaba lo más mínimo. Me conozco muy bien y si hay algo que me define muy bien es mi capacidad de adaptación. Yo no soy solamente una cosa, como ya te he dicho antes, soy muchas otras y sabía que mi vida iba a ser estupenda. Y ¿qué pasó? Pues que me jubilé en octubre, en noviembre me fui de viaje y en marzo nos confinan y ha sido este tiempo “post covid” el que me ha tocado vivir después de mi jubilación y curiosamente, no me ha resultado nada complicado, porque soy capaz de entretenerme yo sola, en mi casa, y he podido desarrollar esa faceta que tanto me gusta a mí que es la creatividad. Por ejemplo, he redecorado estancias enteras de mi casa, reordenado armarios, me he dedicado también a tender lazos más cercanos con amistades y familia, a pesar de las distancias físicas y ha sido una época, la que estoy viviendo, unos de los momentos más gratificantes de mi vida, con absoluta serenidad, paz, y disfrutando mucho de lo que la vida me da.

P: Entrando un poco en una parte más íntima, y si me lo permites, con todo lo que has hecho durante estos años, con toda esta actividad, y alguna que no hemos contado, y siendo madre de dos hijas, aunque ahora sean ya independientes, sabes que aún en esta sociedad las mujeres y madres se han visto obligadas a renunciar a muchas otras facetas ¿cómo se compatibiliza el éxito profesional con la vida familiar? ¿Qué ha significado para ti tu familia?

R: Bueno, yo creo que soy mal ejemplo para esta pregunta porque parto de la base de que "soy hija de mi padre y de mi madre" con esto quiero decir que, he crecido en una familia donde nunca se nos estigmatizó como mujeres y yo no me enteré hasta que llegué a la universidad que se nos consideraba ciudadanas de segunda. En mi casa hemos crecido siempre motivadas y apoyadas para que hiciéramos lo que nos diera la gana con nuestra vida profesional y nuestra formación sin conciencia alguna de límites. Después tuve la suerte, con mi marido, de tener ese mismo tipo de relación, él siempre me decía que parecía que lo hacía todo sin esfuerzo. Mira, todas mis carreras, especialidades, etc. las he hecho casada y con mis hijas, pero organizo muy bien el tiempo, soy muy consciente de él y llego siempre a todo, eso sí, insisto, con organización, así que no puedo hablarte de esfuerzos sobrehumanos porque no soy consciente de haberlos hecho ni siquiera para criar a mis hijas.



Yo hago lo que tengo que hacer y me olvido de ello y ya está, incluso dirigiendo la UDM, lo hago, es lo que hay que hacer y tengo muy claros los criterios de eficacia y eso sí, no pierdo el tiempo.

Por otro lado, la familia para mí es fundamental, es mi entorno. Familia de la cual también forman parte amigos muy cercanos a los que también considero familia. Mi familia es el suelo en el que me apoyo y me sujeto. Tengo dos hijas magníficas, que lo sabe toda España porque lo proclamo por donde voy, y ahora tengo dos nietos maravillosos de siete y dos años que son tan excéntricos, originales y peculiares como somos los Fitera; son niños que son políglotas, por ejemplo el mayor habla cinco idiomas perfectamente, le interesa todo y nos divertimos muchísimo juntos. Yo me siento muy apoyada y muy comprendida y sobre todo, muy querida. Para mí es muy importante sentirme querida porque yo también quiero mucho, para mí el cariño, el afecto es siempre disfrute.

P: Laura, se me hace corta esta entrevista pero hay una pregunta obligada, y más habiendo sido tú, la responsable de la formación y continuación de nuestra especialidad ¿Cómo ves el futuro de la profesión de Matrona?

R: Ufff!! Vaya pregunta! Creo que hay una faceta que nos falta mucho por avanzar que es la de creernos lo que somos. Tenemos muchos retos. De entrada, la profesión tiene que ir alcanzando metas en la Universidad, ha llegado el momento que debemos tener cada vez más matronas doctoras, que se posicionen en la Universidad como profesoras y que alcancen cátedras, porque hubo un momento también conflictivo, en el que se pretendía que la matronería fuera una carrera independiente y yo me opuse porque en ese momento no estábamos preparadas, era imposible porque no teníamos doctoras. Cierto que como no estoy muy convencida de la formación multiprofesional, creo que la solución va a ser llegar a la carrera propia e independiente.

¿Que nos queda tiempo? Sí, pero será algo que veremos en 10-15 años si hay matronas brillantes que consiguen llegar a cátedras y se nos facilita la Universidad. Y a través de ese camino, tengamos el reconocimiento que merecemos, incluso en lo económico. Hay muchísima diferencia salarial siendo especialistas con 6 años de formación con otras profesiones que como nosotras, también son grado, y vamos a tener que ir ya aplicando ese reconocimiento porque también es una manera de reconocer a una profesión; sabes que te están valorando cuando te están pagando y te están pagando en función de aquello en lo que te has preparado y eso es lo siguiente que tenemos que abordar, y para eso necesitamos matronas fuertes, preparadas, convencidas y líderes, faltan líderes. Ha habido un recambio generacional y hay huecos en las filas y tenemos que luchar porque haya matronas que nos representen con seriedad y con conocimiento.

P: Bueno Laura, estamos en el final de esta entrevista y no sé si será una pregunta comprometida, pero por tu experiencia como directora de una UDM que tanto ha peleado por la profesión. Según tu opinión, ¿qué nos falta, de ser así, para ser realmente autónomas y/o más respetadas entre otros profesionales?

R: Pues no sé cómo se podría hacer el practicar el orgullo de ser matronas, el orgullo de nuestra profesión, posiblemente empezando por creérselo, que cerráramos filas, que defendiésemos causas comunes, que viéramos el interés general por encima de la miopía del interés particular, que dejáramos de entonar el “yo, yo, yo” y “a mí y a mí” y “a mí me ocurre” para ver lo que nos pasa a todas conjuntamente e ir en esa dirección. Hay problemas que son generales para todas y todos, como ya te he contado y me gustaría que se alzarán voces suficientemente fuertes como para llegar a ser escuchadas.

Muchísimas gracias por esta entrevista, agradezco muchísimo a la Asociación Española de Matronas que me la hayáis hecho, así que, un abrazo y contad conmigo para lo que queráis.

En nombre de la Asociación Española de Matronas agradecerte Laura el tiempo que nos has dedicado, tu generosidad al querer compartir partes de tu vida.

Sirva esta entrevista como el homenaje que mereces por haber sido una de las personas que conozco que nunca se ha amilanado ante las dificultades con las que se ha encontrado para defender la profesión donde haya sido necesario. Espero que muchas más compañeras sepan liderar, estén donde estén desarrollando su trabajo, la profesión con la misma pasión que tú lo has hecho.

Expresarte, personalmente, que ha sido un placer realizarte esta entrevista en la que me has permitido compartir, con las compañeras que nos leen, parte de tu trayectoria. Te deseo que sigan tus éxitos en tu vida personal, gracias.



ATENEA Redactora AEM

ENCUESTA SOBRE INTERVENCIONES Y CUIDADOS PROFESIONALES DURANTE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO



Estimado colega del campo de la obstetricia, nos dirigimos a ti un grupo de profesionales del campo de la salud materno-infantil para invitarte a participar en un trabajo de investigación titulado **“Variabilidad en la práctica profesional durante la segunda etapa del parto”**.

Este estudio tiene por objetivo conocer las prácticas que habitualmente realizan los profesionales de la Obstetricia en España durante la segunda etapa del parto o expulsivo.

Este cuestionario es totalmente anónimo y voluntario, para realizarlo se requieren solo entre 3-5 minutos de tu tiempo.

Los resultados de esta investigación serán libremente difundidos y compartidos como en otros trabajos realizados por este equipo y que puedes consultar en estos enlaces:

- **Variability and associated factors in the management of cord clamping and the milking practice among Spanish obstetric professionals.**
Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-58641-z>
- **Variability of Clinical Practice in the Third Stage of Labour in Spain.**
Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/5/637>

**TU EXPERIENCIA ES MUY VALIOSA PARA SABER COMO ESTAMOS TRABAJANDO Y DONDE PODEMOS MEJORAR.
Muchas gracias por tu tiempo y tu experiencia.**

Si tiene alguna duda o sugerencia puede ponerse en contacto con el investigador principal:

Antonio Hernández Martínez. Doctor en Investigación Sociosanitaria y Profesor Facultad de Enfermería de Ciudad Real a través del siguiente correo electrónico de contacto: ahernandezmetodologia@gmail.com

https://docs.google.com/forms/d/1dslBgpJbJ3IRPhGrIMoGlbxtHRAVfiMTUrQvfVz6QM/viewform?edit_request_ed=true

IMPLICACIONES:

- La recogida de la información se realiza de modo que se mantendrá el total anonimato, para que usted no pueda ser identificado nunca.
- Puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones.
- Todos los datos serán tratados confidencialmente de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD).
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

WATER WIPES SE INCORPORA AL CIRCUITO DE REUNIONES CIENTÍFICAS DE MATRONAS DURANTE EL XX CONGRESO NACIONAL DE LA AEM

WaterWipes es una marca de toallitas para bebé que protegen, cuidan y respetan su delicada piel.



Es muy común y frecuente que los padres pregunten a los profesionales pidiéndoles consejos cuando se trata del cuidado de la piel del bebé. Por ello hay que informarles para que elijan los productos más idóneos para la piel del bebé. Así como aquellos ingredientes que reduzcan al mínimo las condiciones de la piel como los eczemas y aquellos que preserven la función de la barrera de la piel.

WaterWipes, la compañía de toallitas de bebé más puras del mundo, es capaz de limpiar la delicada piel de los bebés de forma segura.

Los únicos limpiadores recomendados son aquellos líquidos, suaves y sin jabón, éstos siempre son preferibles a los jabones. Lo ideal es que estén formulados de manera que no alteren el pH natural de la piel, que no causen irritación en la piel ni picazón en los ojos.

Las toallitas Water Wipes son una buena opción de limpieza no medicada, ya que contienen los ingredientes mínimos. Mientras que otras toallitas húmedas para bebés contienen hasta 16 ingredientes, las toallitas Water Wipes tienen solo dos ingredientes. Están hechas con un 99,9% de agua y una gota de extracto de fruta para acondicionar la piel y proteger su integridad, y, además, son toallitas biodegradables y 100% libres* de plásticos por lo que permiten cuidar el planeta.

Water Wipes se fabrica en salas con las mejores condiciones de limpieza y usa una tecnología de purificación única. El agua en Water Wipes se somete a un proceso de purificación de 7 etapas para dar como resultado una toallita ultrapura que brinda una sensación suave en la piel. El proceso que sigue hace que el agua sea más pura que el agua hervida y posteriormente enfriada. Esta tecnología purificadora produce un producto único que limpia eficazmente la piel, sin la necesidad de utilizar otros limpiadores adicionales.

Water Wipes ha sido dermatológicamente acreditada por la Skin Health Alliance como producto adecuado para pieles sensibles, recién nacidos y bebés prematuros, y nuestras toallitas han demostrado ser más puras que el algodón y el agua. Además, están clínicamente testadas para lograr una menor incidencia y duración de la dermatitis del pañal en bebés nacidos a término y bebés prematuros¹⁻².

Conclusión: la piel de un bebé es mucho más vulnerable al ambiente que la piel de un adulto. Por ello, si no se cuida de manera adecuada, ésta puede volverse susceptible a la sequedad o contraer afecciones como la dermatitis atópica, dermatitis a causa del pañal o incluso infecciones.

Referencias:

1 Price AD, Lythgoe J, Ackers-Johnson J, Cook PA, Clarke-Cornwell A, MacVane Phipps F. The BaSICS (Baby Skin Integrity Comparison Survey) study: A prospective experimental study using maternal observations to report the effect of baby wipes on the incidence of irritant diaper dermatitis in infants, from birth to eight weeks of age. *Pediatr Neonatol* (2021) 62, 138-145

2 Rogers, S., Thomas, M., Chan, B., Hinckley, S. K. & Henderson, C. A Quality Improvement Approach to Perineal Skin Care: Using Standardized Guidelines and Novel Diaper Wipes to Reduce Diaper Dermatitis in NICU Infants. *Adv Neonatal Care* 2020. doi:10.1097/anc.0000000000000795 [Epub ahead of print]

NOTICIAS DE SIMAES



Nº 1684 CANARIAS – PECULIAR PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZAS 04 NOVIEMBRE 2021

LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA INSISTE EN SU “PECULIAR” PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZAS CON EL QUE SIMAES NO ESTA DE ACUERDO.

Finalmente informan que reordenan las vacantes con las antiguas propietarias antes de adjudicar las plazas a las nuevas Matronas opositoras.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA

MÁS INFORMACIÓN

INFORMACIÓN PARA ORGANIZACIONES SINDICALES EN RELACIÓN AL PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZAS DE MATRONAS EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA

Sindicato de Matronas Españolas <http://simaes.org/>

LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA INSISTE EN SU “PECULIAR” PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZAS CON EL QUE SIMAES NO ESTA DE ACUERDO.

Finalmente informan que reordenan las vacantes con las antiguas propietarias antes de adjudicar las plazas a las nuevas Matronas opositoras.

En un comunicado denominado INFORMACIÓN PARA ORGANIZACIONES SINDICALES EN RELACIÓN AL PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZAS DE MATRONAS EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA, la Directora Médica

de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria y Gerente en funciones, Ana Bella Álvarez, nos informa finalmente sobre el proceso de adjudicación de plazas tras publicación en BOC resolución por la que se nombra personal estatutario fijo en la categoría de Matrón/a a los aspirantes que han superado el proceso selectivo y que deberán tomar posesión de la plaza.

De entrada, muy normal no será el proceso cuando tiene que emitir un comunicado para explicarlo. Dicho lo cual la Directora insiste en el mimo que aunque “ Inicialmente consideramos que pudiera existir un mal entendido, ya que la elección se realizará por orden de relación en su proceso de OPE respectivo.” Con el convencimiento de que su proceder es el correcto y no el que reiteradamente le hemos apuntado desde SIMAES, indica que el procedimiento seguirá los siguientes puntos:

1. A partir del día 2 de Noviembre se dispondrá del plazo de un mes improrrogable para efectuar la toma de posesión de la plaza. Sería interesante que todos firmen lo antes posible, para proceder a reunirlos y hacer la elección de las Zonas Básicas de Salud en función de su puntuación de OPE.
2. El 15 de Noviembre está previsto celebrar con las actuales matronas propietarias, una reunión para elegir ZBS en función de antigüedad (movilidad interna ya que son personal de Área).
3. Posteriormente se convocará a las nuevas matronas que adjudican plaza para la elección de sus respectivas plazas por orden de puntuación de OPE.
4. Los días 8, 9 y 10 de noviembre tenemos previsto un curso de acogida y formación para las matronas en GAPGC.

Es decir, que lo que se pretende es que las Matronas afectadas tomen posesión de su plaza y firmen lo antes posible para reunirlos y que se haga elección de ZBS en función de la puntuación de la OPE, hasta este punto totalmente de acuerdo, incluso estamos de acuerdo con que se convoque un curso de acogida y formación los días 8, 9 y 10 de Noviembre, lo que no se entiende es como se concilia esto con que se celebre un proceso de movilidad interna el día 15 de Noviembre para que las actuales Matronas elijan ZBS en función de su antigüedad.

Dicho de otro modo, lo que esta claro en la convocatoria es que se cursa para cubrir plazas vacantes en el momento de la misma, más las resultantes del proceso de traslados, no otras que pudieran resultar de un proceso de movilidad interna que nada tiene que ver con las oposiciones.

Al margen de lo que consideramos sobre el “pintoresco” proceso selectivo que se esta llevando a cabo en Canarias con las Matronas en Atención Primaria, cualquier Matrona afiliada que considere que ha resultado agraviada por este proceso, debe cursar la correspondiente reclamación al final del mismo y, para ello, por supuesto, puede contar con la colaboración de SIMAES.



Nº 1615 POLÍTICA SANITARIA – CANDIDATOS EIR 2022 17 NOVIEMBRE 2021

EL MINISTERIO ANUNCIA UN INCREMENTO DE ADMITIDOS DEL 10% AL EXAMEN EIR 2022, ALCANZANDO LOS 7.828 CANDIDATOS PARA UN TOTAL DE 1.822 PLAZAS, PERO SOLO 420 DE MATRONA.

Las Matronas tienen menos plazas que hace 10 años, en tanto la Especialidad de Familiar y Comunitaria dispone de 748 plazas, a pesar de que el próximo día 11, más de 30.000 enfermeras podrían acceder a esta especialidad por la vía excepcional.

FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

¡ATENCIÓN! Se han publicado las relaciones provisionales de admitidos y no admitidos a las pruebas selectivas 2021-2022.

COMPARATIVA EIR
OFERTA POR ESPECIALIDADES

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA	2019	2020	2021	2022	% CRECIMIENTO
Familiar y Comunitaria	521	541	687	748	8,88
OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA	401	404	412	420	1,94
Salud Mental	245	248	255	285	11,76
Pediátrica	188	190	201	223	10,95
Del Trabajo	62	62	62	68	9,68
Geriátrica	46	48	66	78	18,18
TOTAL	1.463	1.493	1.683	1.822	8,26

Sindicato de Matronas Españolas <http://simaes.org/>

EL MINISTERIO ANUNCIA UN INCREMENTO DE ADMITIDOS DEL 10% AL EXAMEN EIR 2022, ALCANZANDO LOS 7.828 CANDIDATOS PARA UN TOTAL DE 1.822 PLAZAS, PERO SOLO 420 DE MATRONA.

Las Matronas tienen menos plazas que hace 10 años, en tanto la Especialidad de Familiar y Comunitaria dispone de 748 plazas, a pesar de que el próximo día 11 más de 30.000 enfermeras podrían acceder a esta especialidad por la vía excepcional.

El Ministerio de Sanidad publicó ayer, martes 16 de Noviembre, los listados provisionales de candidatos admitidos al examen para el acceso a la Formación

Sanitaria Especializada 2022, que contará con un 8,2% más de plazas de formación que el año pasado, que solamente se ofertaron 1.683 plazas.

Este año la convocatoria contará con 7.828 aspirantes a la prueba de Enfermera Interna Residente (EIR), que se celebrará el próximo 29 de enero, para optar a una de 1.822 plazas EIR convocadas por el Ministerio de Sanidad, de las cuales sólo 420 serán para formar Matronas.

De éste modo, aunque en el próximo examen se presente un 10% más de candidatos, la oferta para formarse como Matrona sigue estancada en cifras inferiores a hace 10 años.

Enlace de acceso a la información del ministerio: <https://fse.mscbs.gob.es/fseweb/view/index.xhtml>

Info MATRONAS

COMPARATIVA EIR					
OFERTA POR ESPECIALIDADES					
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA	PLAZAS				% CRECIMIENTO
	2019	2020	2021	2022	
Familiar y Comunitaria	521	541	687	748	8,88
OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA	401	404	412	420	1,94
Salud Mental	245	248	255	285	11,76
Pediátrica	188	190	201	223	10,95
Del Trabajo	62	62	62	68	9,68
Geriátrica	46	48	66	78	18,18
TOTAL	1.463	1.493	1.683	1.822	8,26

HISTÓRICO PLAZAS EIR ESPAÑA	
Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica:	
MATRONA	
AÑO	PLAZAS CONVOCADAS
2021-2022	420
2020-2021	412
2019-2020	405
2018-2019	401
2017-2018	375
2016-2017	368
2015-2016	366
2014-2015	374
2013-2014	395
2012-2013	423
2011-2012	458

Nº 1018 POLÍTICA SANITARIA - GRUPO CONDICIONES DE TRABAJO 18 NOVIEMBRE 2021

PLANTEAMIENTOS SINDICALES EN LA PRIMERA REUNIÓN DEL GRUPO DE CONDICIONES DE TRABAJO DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

SIMAES coincide con los planteamientos expuestos a la Dirección de Ordenación Profesional, por ser reivindicaciones que considera básicas y que muchas de ellas debieran estar ya superadas por ser incuestionables.

PRINCIPALES PLANTEAMIENTOS SINDICALES EN LA PRIMERA REUNIÓN DEL GRUPO DE CONDICIONES DE TRABAJO

MEJORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
Ley de tiempo máximo de espera en el primer nivel asistencial asegurando los mecanismos que permitan vencer esa espera.
Exención voluntaria de guardias y rotación para médicos y enfermeras mayores de 55 años en Primaria y Urgencias extrahospitalarias.
Plantillas perfectamente dimensionadas que permitan asumir las necesidades tanto en Primaria como en las Urgencias extrahospitalarias.
Incremento en cuanto que los recursos no son parcos.
Incremento salarial de al menos 300 euros mensuales en los conceptos dependientes del ministerio para médicos y el proporcional para el personal de enfermería.
MEJORAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA
Incremento salarial de al menos 200 euros mensuales en los conceptos dependientes del ministerio para médicos y proporcional para el personal de Enfermería.
Lugar que las guardias localizadas sean reconocidas como tiempo de trabajo, como así se valoran las últimas sentencias de la LJ.
Reconocimiento del tiempo de continuidad asistencial entre turnos.
Afianzar el mecanismo que permita que el precio de la hora de atención continuada sea, como mínimo, el de la hora ordinaria, ya que al comprar la jornada entera son hospitalarios, a pesar de que a la atención continuada se la tiene jornada complementaria.
Asignar guardias perfectamente dimensionadas que permitan asumir necesidades, recordando que los recursos no son parcos de la cama.
REIVINDICACIONES GENERALES
Unificar la jornada de 35 horas: es imprescindible que haya comunidades donde no se pueda implantar como consecuencia de un déficit que no depende de los presupuestos públicos.
Insular el acceso en todas las comunidades a la carrera profesional, de iguales características y condiciones.
Mantener la jubilación anticipada flexible y voluntaria en profesionales sanitarios en penalizaciones.
Insular los pagos extra y los límites del recurso.

Sindicato de Matronas Españolas <http://simaes.org/>

PLANTEAMIENTOS SINDICALES EN LA PRIMERA REUNIÓN DEL GRUPO DE CONDICIONES DE TRABAJO DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

SIMAES coincide con los planteamientos expuestos a la Dirección de Ordenación Profesional, por ser reivindicaciones que considera básicas y que muchas de ellas debieran estar ya superadas por ser incuestionables.

Después de la primera de las reuniones del Grupo de Condiciones de Trabajo con la Dirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, se ha conocido que los

sindicatos presentes en la misma han manifestado las circunstancias especiales que rodean a los profesionales sanitarios y en el que han expuesto una batería de propuestas tanto para la mejora laboral de médicos como de enfermeras.

De lo que ha trascendido, parece ser que las fuerzas sindicales presentes han solicitado identificar los aspectos que influyen más en las condiciones de trabajo, como la jornada laboral, los descansos, la salud laboral, la conciliación o los años de servicios prestados. También han pedido que se realice un censo de las mejores condiciones laborales dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), con la intención de conocer dónde están las mejores condiciones y aplicarlas al resto de profesionales sanitarios.

Entre otras cuestiones, se ha solicitado por parte de los sindicatos presentes que se establezca definitivamente la jornada laboral de 35 horas, el descanso tras la guardia, el reconocimiento del "solape" o la exención de guardias para mayores de 55 años en Atención Primaria.

Como novedad se ha defendido el denominado "itinerario laboral" que consiste en reducir la carga de trabajo de aquellos sanitarios en función, tanto del número de años trabajado, como de las condiciones del puesto que desempeñe.

Finalmente se ha acordado que cada sindicato enviará por escrito y por separado al Ministerio de Sanidad en los próximos días sus principales reivindicaciones. Según informa el diario Redacción Médica, los sindicatos han manifestado que sus propuestas se centrarán en:

- MEJORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
- MEJORAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA
- REIVINDICACIONES GENERALES

Ver cuadro en página siguiente

PRINCIPALES PLANTEAMIENTOS SINDICALES EN LA PRIMERA REUNIÓN DEL GRUPO DE CONDICIONES DE TRABAJO

MEJORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ley de tiempos máximos de demora en el primer nivel asistencial estableciendo los mecanismos que permitan eliminar esa demora.

Exención voluntaria de guardias y módulos para médicos y enfermeras mayores de 55 años en Primaria y Urgencias extrahospitalarias.

Plantillas perfectamente dimensionadas que permitan asumir las incidencias tanto en Primaria como en las Urgencias extrahospitalarias, teniendo en cuenta que los residentes no son plantilla.

Incremento salarial de al menos 300 euros mensuales en los conceptos dependientes del ministerio para médicos y el proporcional para el personal de Enfermería.

MEJORAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Incremento salarial de al menos 300 euros mensuales en los conceptos dependientes del ministerio para médicos y proporcional para el personal de Enfermería.

Lograr que las **guardias localizadas sean reconocidas como tiempo de trabajo**, como así señalan las últimas sentencias de la UE.

Reconocimiento del tiempo de continuidad asistencial entre turnos.

Articular el mecanismo que permita que el precio de la hora de atención continuada sea, como mínimo, el de la **hora ordinaria**, ya que al computar la jornada ambas son 'habituales', a pesar de que a la atención continuada se la llame 'jornada complementaria'.

Asegurar plantillas perfectamente dimensionadas que permitan asumir incidencias, recordando que los residentes no son parte de la plantilla.

REIVINDICACIONES GENERALES

Unificar la **jornada de 35 horas**: es inconcebible que haya comunidades donde no se pueda implantar como consecuencia de un déficit que no depende de los empleados públicos.

Instaurar el acceso en todas las comunidades a la **carrera profesional**, de iguales características y retribuciones.

Permitir la **jubilación anticipada flexible y voluntaria** en profesionales sanitarios sin penalizaciones.

Recuperar las **pagas extra** y los trienios sin recortes.

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?

INVITACIÓN

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



¿Cuales son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

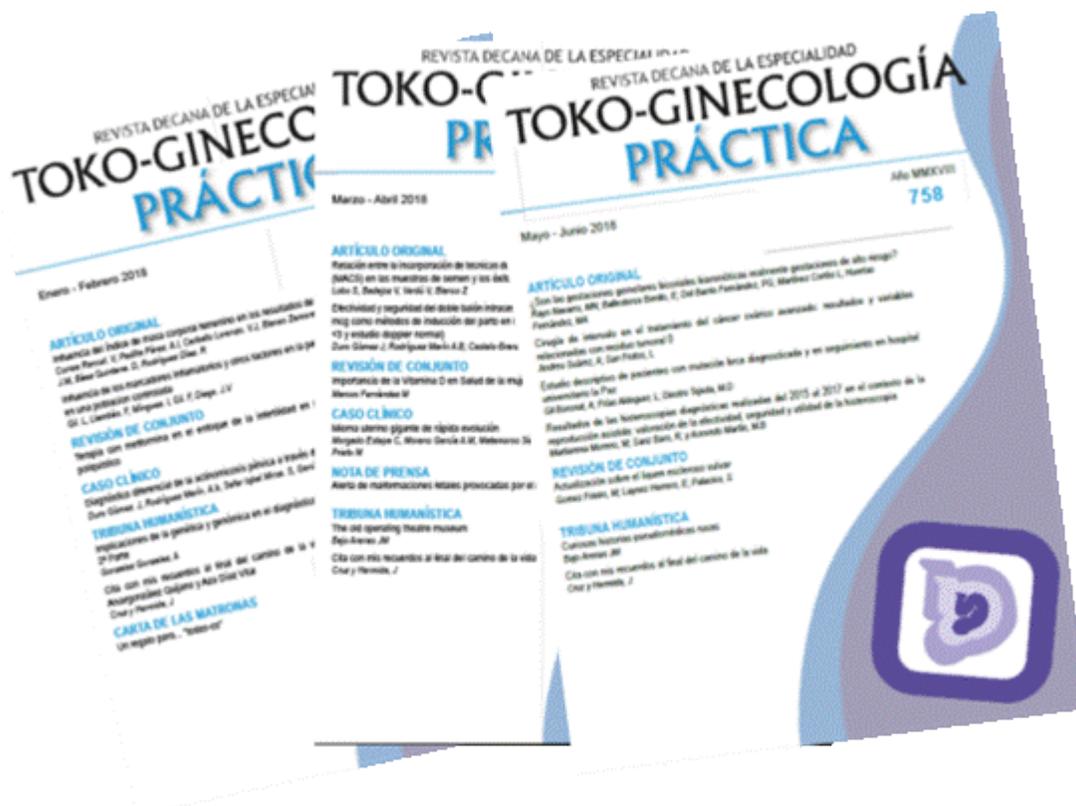
Si eres muy tímida/o, puedes crear tu seudónimo.
Textos en Word. Extensión máxima hasta 1500 palabras

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?

Info
MATRONAS



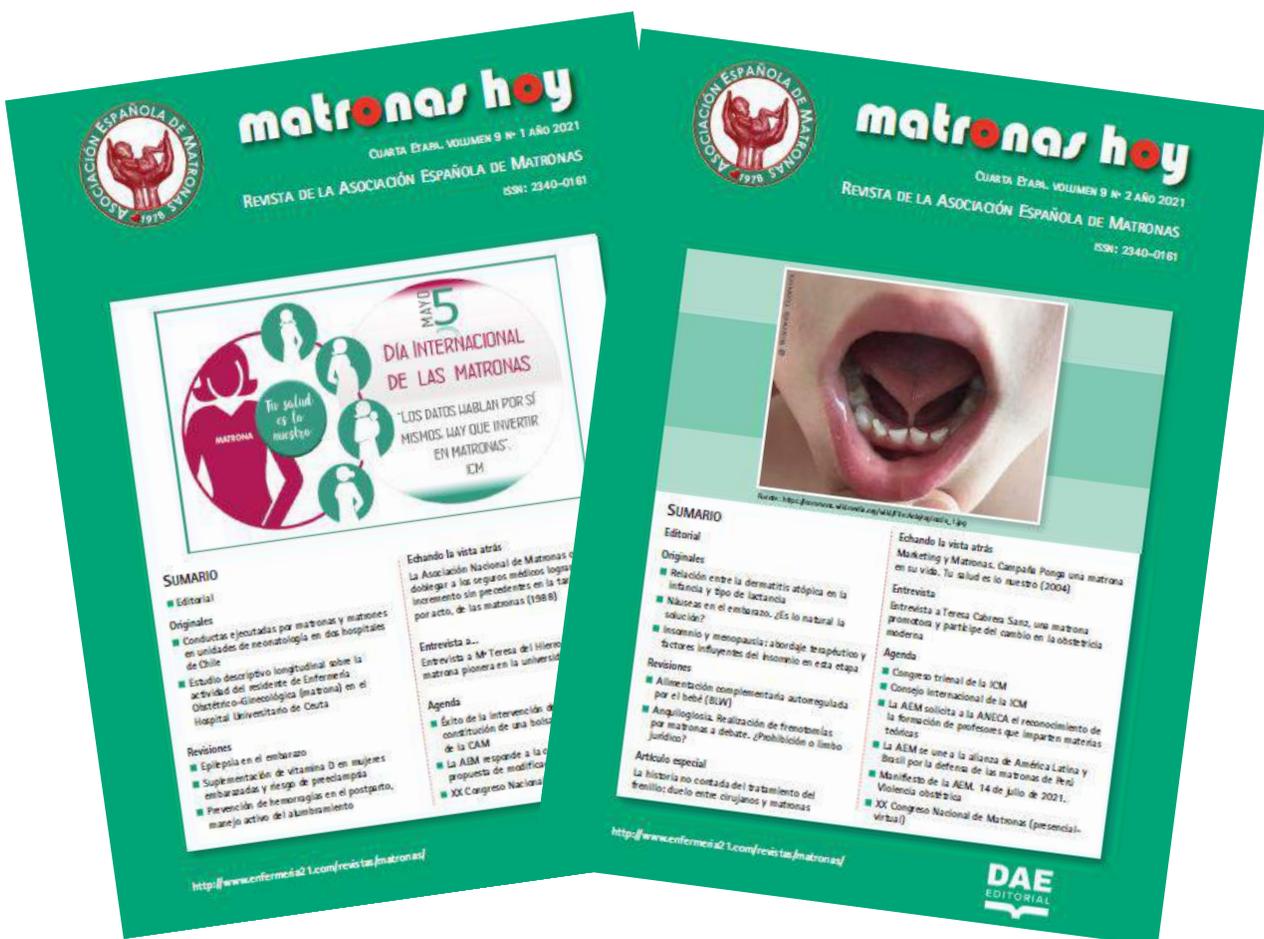
Desde enero de 2018 la Asociación Española de Matronas suscribió un acuerdo con los editores de la revista TOKOGINECOLOGIA PRÁCTICA por el cual todas las matronas españolas pueden suscribirse gratuitamente, a través de INFOMATRONAS y también la posibilidad de publicar artículos en la misma. Para recibir los 6 números que se editan anualmente solo hay que solicitarla en:

infomatronas@gmail.com

Matronas hoy es una publicación que nació hace treinta años gracias al empeño de la **Asociación Española de Matronas**, pero por múltiples factores el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario. En la página web de la Asociación española de matronas (www.aesmatronas.com) se encuentra el archivo histórico de esta revista, 1ª Etapa (1983-1986), 2ª Etapa, (1992-2001) al que se van añadiendo las de la actual 3ª Etapa iniciada en 2013.

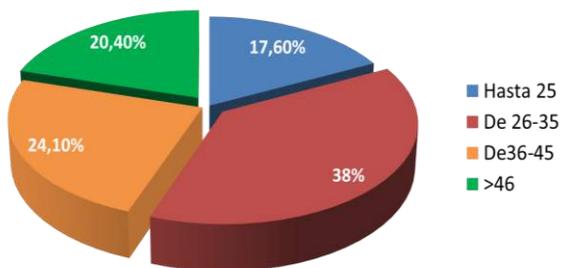
“Todo lo que no se publica no existe”, por eso os animamos a hacerlo desde esta revista de matronas-es, abierta a toda la profesión.



RESUMEN GRAFICO DE EVALUCIÓN DEL XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS ALICANTE 2021

ALGUNOS PERFILES DE LOS CONGRESISTAS

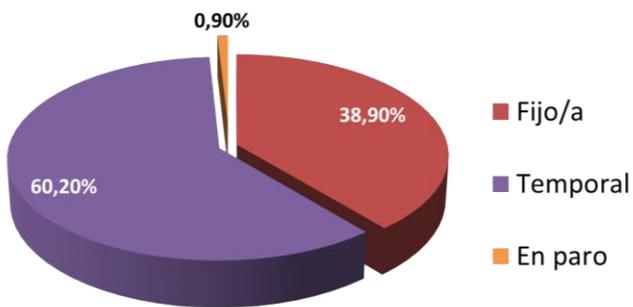
EDAD



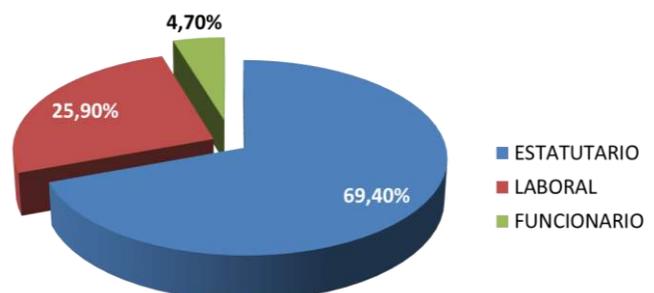
GENERO



SITUACION LABORAL



RELACION LABORAL

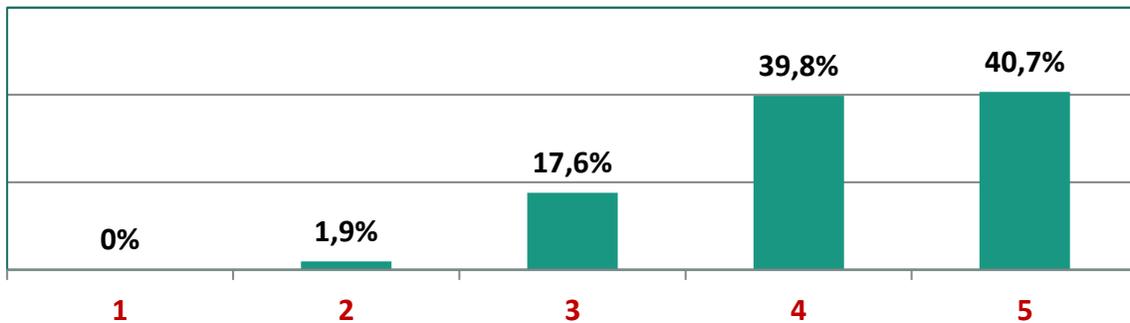




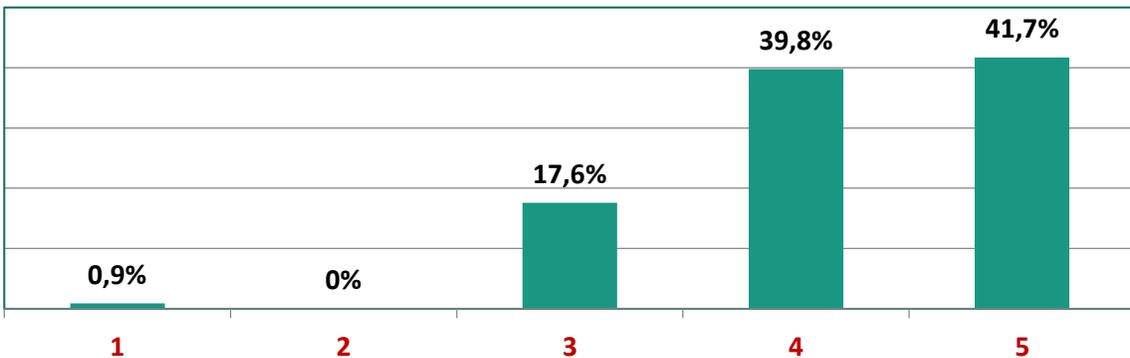
XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL CONGRESO

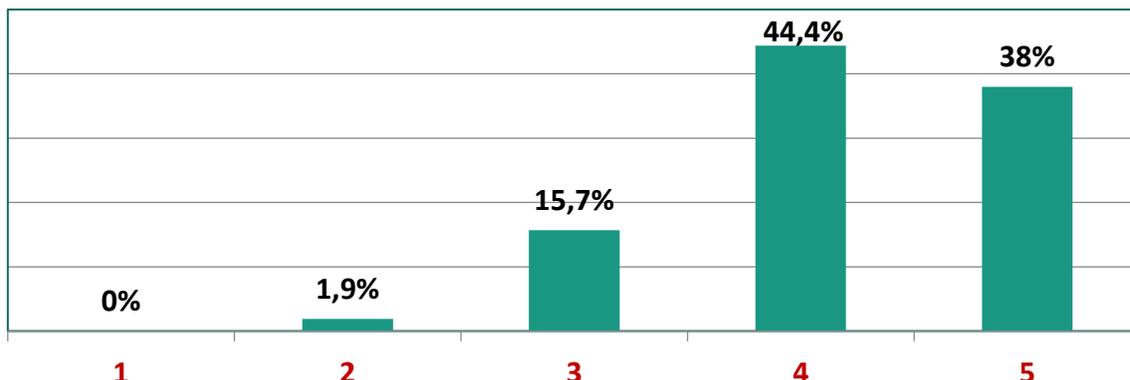
He recibido información sobre los objetivos generales del congreso



El congreso ha conseguido los objetivos propuestos



Los contenidos han cumplido sus expectativas

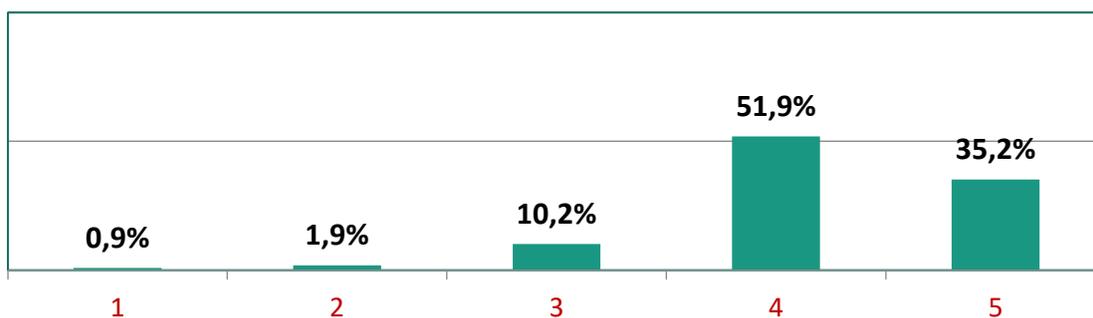




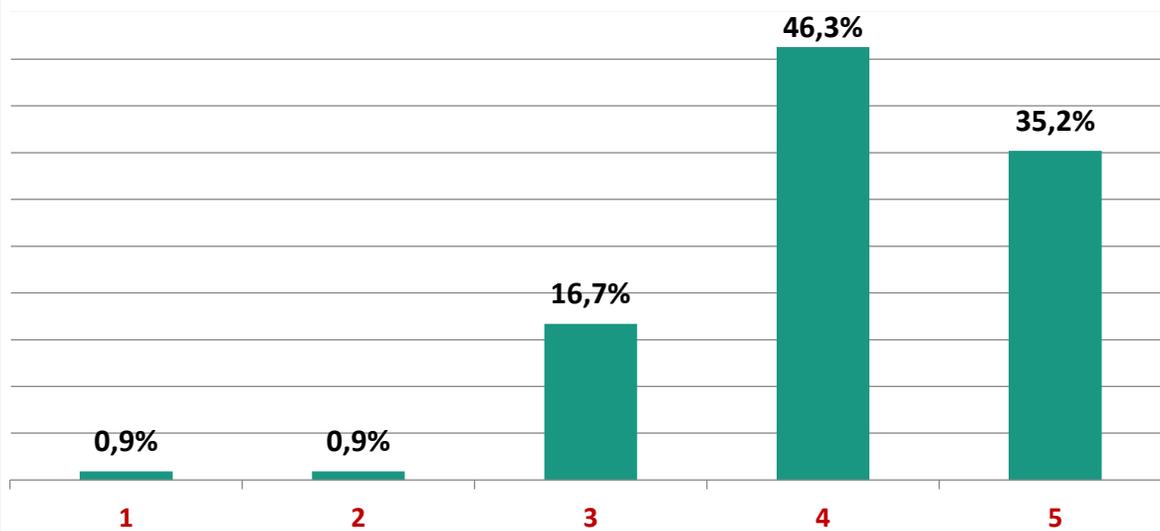
XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL CONGRESO

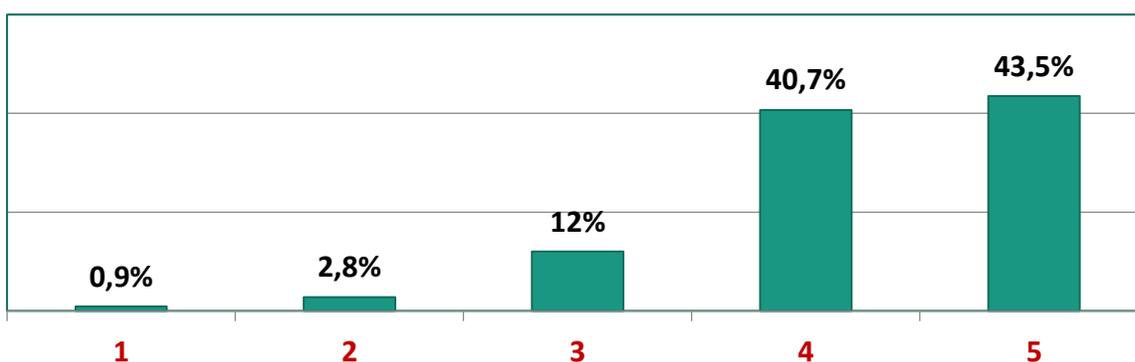
El nivel de conocimientos con que se han tratado los temas han sido adecuados



Considera que el congreso le ha aportado nuevos conocimientos con posibilidad de implementar en su trabajo



El congreso ha estado bien organizado

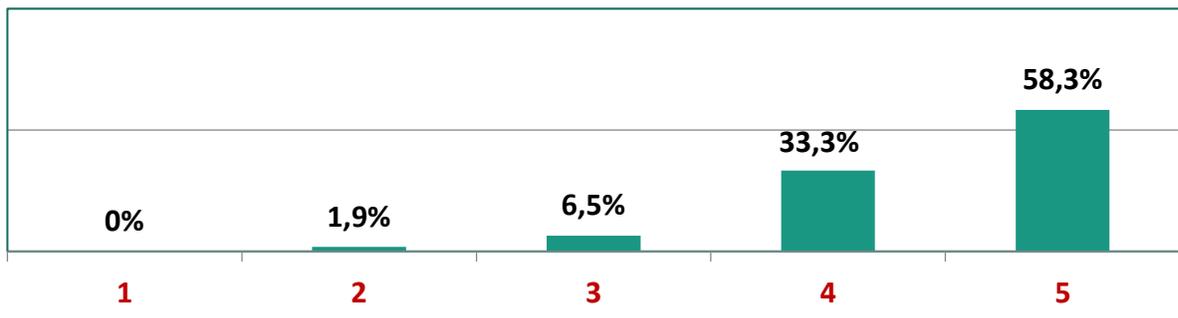




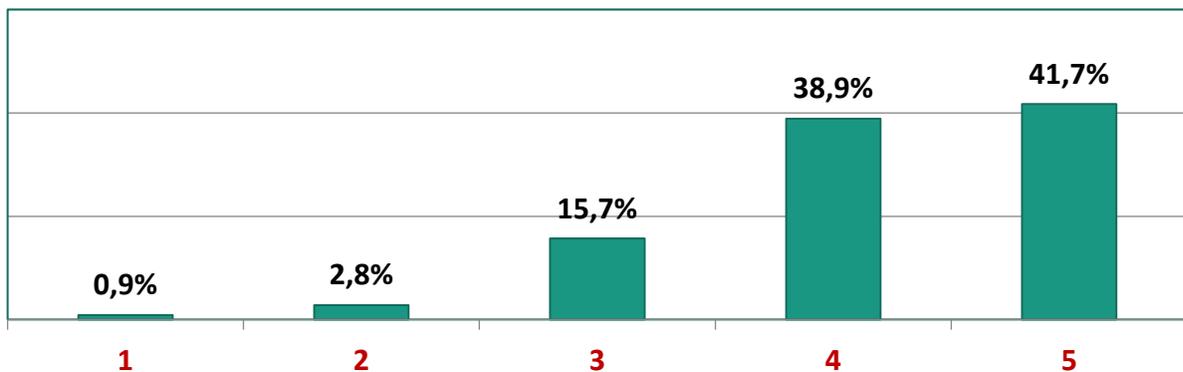
XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL CONGRESO

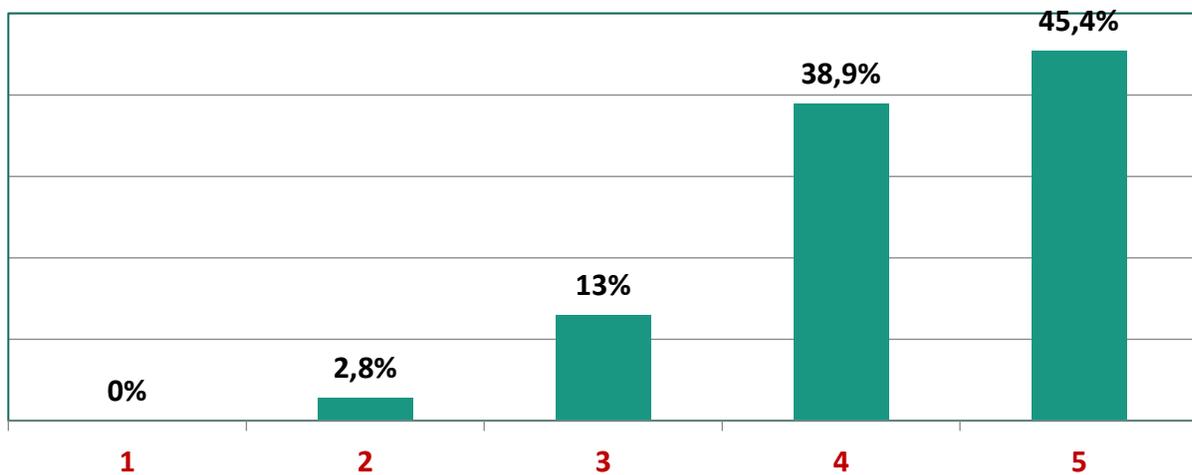
El congreso tiene interés para su actividad profesional



Recomendaría a sus colegas la asistencia a este congreso



Está satisfecha/o de haber asistido a este congreso





RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL CONGRESO

A modo de conclusión, podemos afirmar que, en términos generales, el XX Congreso Nacional de Matronas ha recibido la aprobación muy alta de todos los asistentes en los aspectos organizativos.

La aprobación al elenco de ponentes y temas tratados ha sido unánime.

Para la Organización y Comités esta aprobación resulta un buen incentivo que compensa los esfuerzos realizados y ayuda a olvidar las muchas dificultades que acaecieron con motivo de la pandemia de Covid-19



APMEX
ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS

Info
MATRONAS

MATRONA
AYER, HOY Y SIEMPRE
UNA PROFESIÓN ANCESTRAL
CÁCERES 19, 20, 21 DE MAYO 2022
II Congreso - APMEX -
- XX FAME -



XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad

Info
MATRONAS



iHAN

Iniciativa para la humanización de la
asistencia al nacimiento y la lactancia.

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.congresoihanpamplona2022.com/>

EL PASADO DIA 25 DE NOVIEMBRE EL PERIODICO LA VANGUARDIA PUBLICABA CON GRANDES TITULARES UNA NOTICIA QUE REPRODUCIMOS (parcialmente)



ESTUDIO PIONERO EN ESPAÑA

Las mujeres atendidas por comadronas tienen el doble de probabilidades de tener un parto normal

- Una investigación defiende que solo los nacimientos complicados deben ser atendidos por médicos
- ¿Cesárea o parto vaginal? La intuición de los médicos puede llevar a peores decisiones en los partos

ANTONI LÓPEZ TOVAR

“Las mujeres atendidas por matronas desde el comienzo del parto tienen el doble de probabilidades de tener un parto normal, sin el uso de fórceps o el recurso a la cesárea, que las atendidas por médicos obstetras o ginecólogos.

Esta es la conclusión del primer estudio realizado en España sobre los resultados en la salud de las madres y sus bebés en partos de bajo riesgo en función de si los profesionales que las atienden son comadronas o médicos. El trabajo recoge de 11.537 partos en 44 hospitales públicos españoles entre 2016 y 2019.

Los resultados son los esperados por los investigadores, en el sentido de que corroboran los de los estudios desarrollados en otros países.

Análisis de de 11.537 partos en 44 hospitales públicos españoles entre 2016 y 2019

La tasa de cesáreas en el grupo de atención prestada por comadronas es del 10,4%, muy por debajo de la registrada en el grupo tratado por médicos obstetras (33,2%) y del promedio estatal de cesáreas en hospitales financiados con fondos públicos (22,2%).

Los autores, Anna Martín y Ramón Escuriet, miembros del grupo de investigación Global Health, Gender and Society de Blanquerna-Universitat Ramon Llull, concluyen que las mujeres atendidas por comadronas tienen la mitad de posibilidades de sufrir un esguince perineal severo y/o episiotomía.

Según Anna Martín, el trabajo, publicado en la revista International Journal of Nursing Studies, demuestra que la situación actual es perjudicial para las mujeres y que debe cambiar. "Los partos sin

riesgo de personas sanas, que representan el 70%, deberían ser atendidos por comadronas, no por médicos, que deberían limitarse a los partos de alto riesgo", afirma.

Los partos sin riesgo de personas sanas, que son el 70%, deberían ser atendidos por comadronas, no por médicos". Anna Martín. Investigadora.

Aunque los embarazos clasificados de alto o muy alto riesgo fueron excluidos del estudio, la tasa de partos instrumentales -en los que se utilizan instrumentos como fórceps, ventosa o espátula- fue "preocupantemente alta", según los autores, que hablan de violencia obstétrica.

En su opinión, la evidencia de que la práctica de las comadronas es altamente beneficiosa obliga a los responsables políticos a "considerar un cambio en el modelo actual de atención a la maternidad para garantizar la seguridad de la mujer durante todo el proceso".

El modelo actual es muy aleatorio. No existen criterios para la asignación de médicos o comadronas en los partos de bajo riesgo. "Se trata de una práctica muy jerarquizada basada en la rutina y no en las evidencias ni en las preferencias de las mujeres", explica Martín.

El déficit

La mitad del colectivo de comadronas en España se jubilará en los próximos dos años y no hay reemplazo

La cuestión, afirma, es que los médicos son expertos en partos complicados y tienden a medicalizarlos todos, con intervenciones que hacen que el proceso se complique. Mientras, las comadronas son las expertas en los partos normales y se centran en la parte fisiológica.

Con una consistente experiencia profesional en el Reino Unido, Anna Martín subraya que allí las mujeres pueden elegir dar a luz en centros de nacimiento, más familiares. "Los resultados para la salud son mejores que los de las salas de partos de los hospitales, que parecen quirófanos".

El plan de salud de Catalunya 2021-25 se propone erradicar la violencia obstétrica

El plan de salud de la Generalitat 2021-25 plantea erradicar la denominada violencia obstétrica de manera que las mujeres puedan elegir dónde dar a luz. En Catalunya existen dos centros de nacimientos pioneros, en Can Ruti y en Martorell, para partos de bajo riesgo.

El gran obstáculo para la mejora de los procedimientos es el déficit de comadronas existente en España. En dos años se jubilará la mitad de la plantilla y no existe relevo generacional. Según datos de Sanidad aportados por Martín, el Ministerio considera que deben formarse 900 comadronas al año, cuando se están preparando 400".

La publicación se puede encontrar en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921002741#bib0013>



Inauguramos una nueva sección en la que iremos incorporando los nombres y una pequeña biografía de Matronas Célebres, muchas de ellas desconocidas para la mayoría, pero cuyos aportes han engrandecido y desarrollado la profesión.

La discriminación de la Mujer en la historia en general, y en la de la Gineco-obstetricia en concreto, es un hecho evidente. Con esta pequeña contribución queremos poner en valor la labor de estas mujeres destacadas en su Arte, desde reinas, mujeres ilustres por su nacimiento, pasando por mujeres de alta condición y mujeres sencillas que no desdénaron en absoluto, las funciones de matronas y llegaron a ser expertas. Queremos transmitir con orgullo que su existencia fue efectiva y tangible para avanzar como profesión y mejorar la vida de mujeres y niños.

Extraemos los textos de la «Biographie des sages-femmes célèbres: anciennes, modernes et contemporaines » escrita por Alexis Delacoux , Paris 1834.

AGNODICE (siglo IV a.C), célebre ateniense. Cuando los médicos, entre los griegos, quisieron atribuirse exclusivamente la práctica de los partos, promulgaron una ley que prohibía a las mujeres y a las esclavas estudiar y practicar la medicina; ellos pretendían al mismo tiempo que los partos, concebidos como una rama de la medicina, debían ser ejercidos exclusivamente por ellos. Esta violación de las costumbres naturales, no alcanzó en absoluto el objetivo ya que algunas damas atenienses prefirieron mas morir que ser parteadas por hombres.

Una joven llamada Agnodice, en su justa indignación, invocaba a Ilitia, se sacrificaba a su culto y a sus altares. Penetrada de compasión, su corazón se abría a los sentimientos más afectuosos, su alma estaba dominada por una expansiva sensibilidad y una tierna piedad por las castas y nobles mujeres de Atenas, y ella se consagra, al precio de sus días, a socorrerlas y a prestarles su ministerio. Con la inspiración del bien, que sin embargo no era suficiente para ser útil, ella siguió los cursos de eruditos médicos de su tiempo, y aprendió el arte de los nacimientos, particularmente con Hiérofilo , que no hay en absoluto que confundir, así como lo han hecho varios historiadores, con Hérofilo que vivió poco tiempo después de Hipócrates. Para mejor disfrazar sus proyectos y no ser en absoluto perceptible entre sus discípulos, ella se vestía con hábito masculino. Llegando a ser muy hábil en el arte de curar y en el de los partos, ella mereció la confianza de las mujeres que, en sus enfermedades, la preferían a los médicos de su tiempo. Su merito y sus talentos, y sobre todo la preferencia que se le concedía, despertaron a tal punto los celos de sus competidores que ellos imaginaron que se hacía pasar por hombre y la acusaron delante del Areópago de aprovechar la confianza que inspiraba a las mujeres para seducirlas.

El odio de esta acusación recayó sobre los mismos que la habían dirigido, cuando en presencia de sus jueces ella dio a conocer su sexo. De esta forma se expresa al respecto un poeta, autor desgraciado, cuya pluma se prestaba tanto a las dulces inspiraciones de las musas como a la sátira. Se adivina fácilmente la Juvenal de los médicos franceses.

*Se la arrastra al Senado, pero gracias a la naturaleza
Agnodice en tres palabras confundió la impostura:
Yo soy una mujer, dijo ella, y debiese la verdad
hacer brillar sobre mi vuestra severidad,
yo diría altamente que vuestro fallo injusto
compromete, y el honor de este Senado augusto,
y los días de buen sexo a quien vosotros poder
ni debe , ni puede obligar su deber.
Mi arte debía sin duda estar prohibido a los hombres;
pero somos impúdicos en el siglo en que estamos.
A quién no tiene costumbres todo le parece inocente;
para el que no enrojece, no es nada indecente.*

LUCINIADÉ, CANTO VII



Una vez que Agnodice hubo confundido a sus acusadores y que ella hubo probado que era mujer, fue sin embargo condenada por el ejercicio ilegal de su arte.

Las damas más distinguidas de Atenas acudieron al Senado para defenderla y recurrir un juicio tan opuesto a la pureza de costumbres. Los jueces eran contrarios a revocar la sentencia e incluso de derogar la ley que prohibía a las mujeres el libre ejercicio de la medicina, y de publicar otra que les permitiera no solamente hacer partos, sino incluso tratar todas las enfermedades particulares de su sexo.

Todos los autores tanto antiguos como modernos que han escrito sobre la historia de los griegos no han dejado de hablar de Agnodice. Julius Hyginus en su Historia, Charles Étienne en su Diccionario de latín, Leclerc en su Historia de la Medicina, han relatado el hecho que ha abierto el templo de la inmortalidad a esta celebre ateniense. Algunos eruditos contemporáneos han honrado también la profesión de matrona en sus escritos consagrados a Agnodice. Daniel Wittembach, profesor de literatura de la Universidad de Leyde, desenvuelto en las ciencias y sus amigos, nos regalaron bajo forma de elegía, una invocación a Agnodice imitada del griego en latín, la que ha sido puesta en circulación no menos felizmente en francés por madame Boivin. Lamentamos mucho no poder narrar esta última versión.

ANGIOLINA. Algunos autores han supuesto que una mujer de este nombre había ocupado una cátedra de partos en Padua. Toda nuestra búsqueda y nuestras informaciones cerca de algunos italianos eruditos han sido infructuosas, estamos forzados a dejar este nombre en blanco.

ANTOINE. Matrona de la antigüedad, que habría existido hacia el siglo VII de la era romana. En la voluminosa selección de antiguas inscripciones de Gruter, la inicial P. y la palabra *obstetrix* que se encuentran situadas al lado del nombre Antoine, indican suficientemente el título de matrona.

ARTEMISA. Entre el nombre de mujeres celebres que habrían practicado partos y escrito sobre este Arte, Plinio cita a esta mujer, que sería la misma que Artemisa, reina de Carie. Si es preciso creer a muchos historiadores, el arte de los partos en la antigüedad era un ministerio tan exclusivo y estipendiado, que las mujeres de condiciones más elevadas no desdeñaban entregarse. En efecto, ¿no sería una especie de sacerdocio si su ejercicio incumbía a la prudencia y a la virtud?

ASPASIA. Esta mujer ha sido situada en el rango de las que han ejercido la medicina. No es conocida más que por este único lado; porque los antiguos no dicen nada preciso sobre lo que era por otra parte, y sobre el tiempo de su existencia. No se sabe si es esta bella Focea (*) la que era maestra de reyes de Persia, Ciro el joven y Artajerjes o esta Aspasia de Mileto que fue famosa en Atenas por su espíritu y su belleza. Elien que ha hecho bastante a lo largo de la historia de Aspasia no nos dice nada sobre este capítulo; pero, como este autor la hace pasar por haber sido universal, puede que haya tenido bastantes conocimientos en medicina y que haya escrito, o al menos haya podido dar ocasión de publicar diferentes escritos bajo su nombre. Etius, célebre medico griego que florecía en Alejandría al final del siglo V, o al comienzo del VI de la era cristiana, y el primer médico cristiano del que tuviéramos escritos de medicina, dice que Aspasia habría propuesto bastantes buenos remedios contra las enfermedades de las mujeres, mientras que otros serían muy peligrosos, como los que ella receta para hacer abortar o para volver estériles a las mujeres, lo que era tanto un crimen entre los paganos como entre nosotros. He aquí el resto de libros que apuntan el nombre de Aspasia que Æcio ha insertado en los suyos: *Cura post foetus exsectionem, foetum corrupetia medicamenta, de aversione ac recurso uteri, de hemorrhoidibus uteri*, Æcio cita con frecuencia, entre otras matronas a Aspasia, que, según todas las apariencias, era muy hábil y muy ocupada en esta profesión.

(*) Natural, relativo, concniente y alusivo a Focea, una antigua ciudad griega que pertenece a Asia menor, actualmente Turquía

AUBERT (MAGDELAINE, dama) matrona jurada, sobrina del ilustre Duverney. La señora Aubert es posiblemente



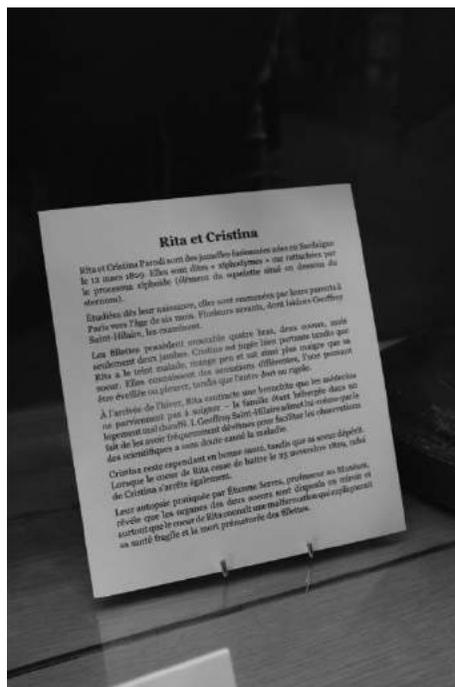
la única de su profesión que tuviera entonces conocimientos anatómicos, que había adquirido asistiendo a los trabajos de este celebre anatomista. Es por el favor de estos mismos conocimientos que ella pudo entregarse al estudio de la teoría de los partos y obtener los más brillantes éxitos en la práctica.

En 1721, Magdelaine Aubert, libera a una mujer de un feto varón con dos cabezas, según la descripción dada por ella misma y consignada en la Biblioteca Médica de Carrère. Duverney y Lemery, después de haber constatado este hecho interesante, adoptaron la opinión de la señora Aubert de que había reconocido dos entidades individuales en esta monstruosidad, aunque los individuos tuvieran en común un solo tórax, un solo corazón, un mismo aparato digestivo y dos miembros inferiores. Pero como en el caso de Rita y Cristina (*) Geoffroy Saint - Hilaire no concebía más que un solo individuo de dos cabezas, y el fenómeno humano nacido en 1721 tenía dos aparatos nerviosos separados. La opinión de Duverney era sin embargo buena para citar en las discusiones que se elevaron en el seno del mundo científico, en 1829, tanto más todavía cuando era respetada por la Sorbona, aunque la ortodoxia y los principios del cuerpo sagrado no fueran favorables en absoluto a la psicología.

() Rita y Cristina Parodi nacieron el 3 de marzo de 1829, en Sassari, Cerdeña. Su madre de 32 años, María Teresa Parodi, está dando a luz por novena vez. En los ocho anteriores partos dio a luz a niños perfectamente normales. Pero esta vez, las protuberancias que deformaban el vientre preocuparon a las parteras, que pidieron la ayuda de los médicos. De hecho, después de la ruptura de la bolsa de agua, dos pequeñas cabezas aparecen juntas. Imposible extraer los dos cráneos simultáneamente, porque el pasaje es demasiado estrecho.*

Después de usar las matronas cordones para girar el cuerpo y bajarlo por las piernas, nacen dos niñas unidas por un solo cuerpo, las dos cabezas, a intervalos de 3 minutos. Milagrosamente, nacen. La parte superior del cuerpo era doble pero reunida en un solo tronco justo debajo del esternón, tenían cuatro brazos del mismo tamaño y un solo par de piernas, una pelvis, un ano, una vulva y un intestino grueso. La vista “del recién nacido” doble es sorprendente. Las dos cabezas se apresuran a llorar, y su madre las pone a mamar a la vez.

Info
MATRONAS



Fotos: Museo Nacional de Historia Natural de Francia, Paris .
Galerie de Paléontologie et d'Anatomie Comparée.



Las gemelas siamesas fueron objeto de importantes cuestiones éticas: un diario de la época, que reportaba el caso de las dos hermanas, se preguntaba si tenían una o dos almas, dado que el rostro de Rita siempre estaba triste y melancólico mientras que el de Cristina, que era más robusto, siempre estaba alegre y feliz.

Rita y Cristina procedían de una familia muy pobre; los padres, María Teresa y Giambattista Parodi, los padres, cuando las niñas cumplen seis meses, deciden irse de Cerdeña para mostrárselas a especialistas y aprovechar para ganar dinero exhibiéndolas en ferias y circos. Así que partieron hacia París, famosa por sus anatomistas y médicos especialistas. En el camino, intentan exponer a Rita-Cristina para recolectar algunos centavos, pero la mayoría de las veces las autoridades locales se lo prohibieron, aunque sí las mostraban clandestinamente a los curiosos.

Una vez llegadas a destino, el prefecto de policía de París comienza por mantener la misma negativa a autorizar visitas pagadas antes de dar luz verde el 6 de noviembre, cuando Geoffroy Saint-Hilaire, profesor de zoología y reconocido anatomista, garantiza que la exposición tendrá lugar bajo su control y el de otros científicos, en las instalaciones de la Real Academia de Medicina. Pero la autorización llega demasiado tarde, las pequeñas siamesas mueren. Algunos acusan a Geoffroy Saint-Hilaire y a todos los científicos que repetidamente obligaron a las niñas a desnudarse para examinarlas de ser responsables de la bronquitis.

Normalmente, las dos niñas tienen un pulso similar de 90, pero el Dr. Martin Saint-Ange, que las ha seguido desde su llegada a la capital, observa que el de Rita sube a 120 latidos por minuto, mientras que el de Cristina se mantiene estancado. A 102. Esta es una prueba de que tienen dos sistemas circulatorios separados y dos corazones. Cristina sigue sonriendo, sin mostrarse en absoluto molesta por la enfermedad de su hermana- señala Saint-Ange.

El 22 de noviembre, Rita ya no toma el pecho de su nodriza, dejando su parte a su hermana, cuyo apetito no se debilita. La pobre pequeña tiene problemas para respirar e incluso para mantener los ojos abiertos. Su rostro y cuello están cubiertos de sudor frío. Ya no reacciona a los estímulos. Los padres están desesperados, los médicos están indefensos. El 23 de noviembre, Saint-Ange observó: "El vientre, además, no estaba ni adolorido ni hinchado, sino en continua agitación: parecía que el paquete intestinal se enviaba constantemente de un niño a otro ... En medio de tal confusión. Cristina, aunque su respiración se había vuelto más frecuente e incómoda, parecía estar disfrutando de una vida plena y tenía que prolongar su existencia ". Después de algunos movimientos convulsivos, Rita deja de respirar. Unos segundos después Cristina, que no presentaba síntomas, tuvo el mismo triste final.

Las gemelas murieron a los siete meses de vida.

Tras la muerte de las niñas, Geoffroy Saint-Hilaire recupera el cuerpo doble para supervisar la autopsia realizada por su alumno Étienne Serres, en el Museo. ¿Cómo logró convencer a los padres de que le abandonaran a Rita-Cristina en lugar de enterrarla en suelo cristiano? Algunos sospechan que lo "secuestró" con la ayuda de su hijo Isidore y Serres. La autopsia se realizó en el gran anfiteatro del Museo en presencia de una nutrida multitud de curiosos. Incluso Cuvier, "el enemigo", está presente. Fue el evento científico del año. A los ojos de Geoffroy Saint-Hilaire, los "monstruos", como llamaban entonces, no son capricho de la naturaleza. Las deformidades surgen de las leyes naturales que gobiernan la construcción de los cuerpos. Al realizar la autopsia a Rita-Cristina, espera descifrar estas leyes. El informe de la autopsia tiene cuatrocientas páginas. Lo más notable es que sus órganos estaban dispuestos simétricamente como si se mirasen en un espejo. Entonces el corazón de Rita estaba a la derecha. Serres también descubre un segundo útero en forma de tiro, pero con sus trompas y ovarios, e incluso dos embriones de las piernas.

El esqueleto se conserva en París, en el Museo Nacional de Historia Natural de Francia.

ILITIA CRONISTA HISTORICA

LOS CURSOS PARA 2022 RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

FORMACIÓN
CONTINUADA



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 transversal 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.



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

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



CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO 2022

PENDIENTE FECHA/2022. Mañana	De 09:00h a 14:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Mañana	De 09:00 a 14:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Mañana	De 09:00h. a 12:30h.

Matricula:

Socios y vinculados: 30 €

Residentes: 80 €

No asociados: 100 €

Plazos de inscripción

PENDIENTE FECHA 2022

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.

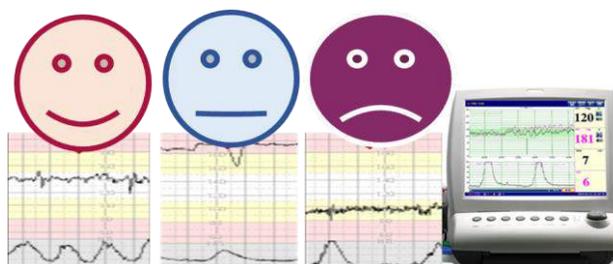
La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

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



CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

FORMACIÓN CONTINUADA



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: 2022 PENDIENTE
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 POR COVID-19/ 2022

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 BÁSICOS DE ECOGRAFÍA
PARA MATRONAS.
PENDIENTE FECHAS SEGÚN
EVOLUCIÓN DEL COVID-19/2022**

**ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16 ALUMNOS

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.**

**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 2022

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



PROGRAMA





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), Artículo 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



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)**

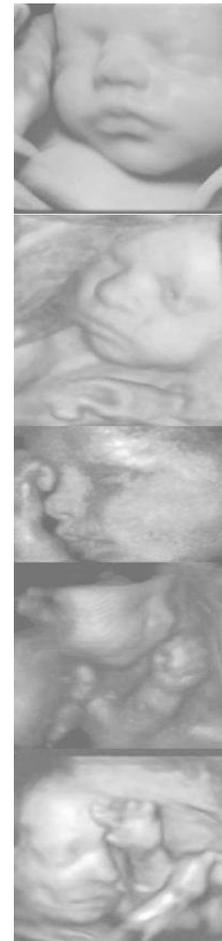
- **Ecografía tercer trimestre (Teórica)**

- **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.**



+ de 42 AÑOS + de 42 LOGROS



