

# Info MATRONAS

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ENERO 2022. N.º 65



*“Los que pueden renunciar a la libertad para obtener una pequeña seguridad temporal no merecen ni libertad ni seguridad”.*

Benjamín Franklin.

[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)

### 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](mailto: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<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M<sup>a</sup> 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:

- DOBLE MORAL O EL ARTE DE LA HIPOCRESÍA

#### ESPECIAL II:

- GOLPE BAJO A LAS MATRONAS DE GALICIA Y, POR EXTENSIÓN, A TODO EL COLECTIVO.

#### HEMOS LEIDO QUE:

- SITUACIÓN ACTUAL RELATIVA A LA VARIANTE COVID ÓMICRON
- LA PANDEMIA DE COVID-19 AFECTA LOS CICLOS MENSTRUALES

#### MUY INTERESANTE:

- COMUNICADO DE PRENSA DE LA FDA
- CURSO ANTICONCEPCION PARA MATRONAS

#### ENTREVISTA CON:

- M<sup>a</sup> TERESA GIL URQUIZA

#### BREVES:

- ENCUESTA SOBRE INTERVENCIONES Y CUIDADOS
- HOMENAJE POSTUMO A LA MATRONA DEL CENTRO DE SALUD NTRA. SEÑORA DEL CASTILLO DE LEBRIJA
- V CONGRESO CROG EN VALENCIA
- CURSO SEXUALIDAD PARA MATRONAS (ON LINE)
  
- NOTICIAS DE SIMAES

#### BUENAS NOTICIAS:

- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS

#### LECTURA RECOMENDADA

#### MATRONAS CELEBRES

#### AGENDA A.E.M.:

- PROXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM



¡ FELIZ AÑO NUEVO !

2022





## DOBLE MORAL O EL ARTE DE LA HIPOCRESÍA

**E**n toda sociedad, es normal que haya diferentes manera de pensar, de actuar, de sentir, incluso hacemos gala de la multiculturalidad o de la diversidad de culturas que conviven en muchos países “desarrollados” como es el nuestro, dónde además, existen diferentes lenguas, usos y costumbres según una comunidad u otra. Hasta aquí todo legítimo, enriquecedor, hasta el punto que en términos pictóricos, la “amplia paleta de colores” haga atractivo un país como España, en el que tienes desde mar y montaña, calor y frío, bosques y playas.

Pero no me voy a poner en plan bucólico, no, más bien quiero aprovechar estas líneas en un espacio y contexto ético, en el que tras acontecimientos vividos, o mejor dicho, sufridos, reflexiono acerca de la doble moral, el doble rasero, o lo que graciosamente yo llamo el arte de la hipocresía, en una sociedad polarizada como es la nuestra, en un colectivo que el bache generacional está haciendo mella.

Me explico, la percepción que sobre nuestro futuro profesional, como colectivo de matronas, no es la misma si preguntas a las matronas veteranas o las últimas promociones, pero bueno, ese es otro tema que algún día

abordaré y que tiene más relación, posiblemente con la falta de “vivencias” profesionales que las hagan salir de su “corta experiencia” en batallas o guerras de las que algunas ya estamos casi curtidas, digo casi, porque aún te hieren en algunas y en otras sales derrotada. Nunca te inmunizas a todo, entre otras, porque no nos dan tiempo de generar la inmunidad, somos un colectivo muy atractivo para que le salgan enemigos por doquier.

Volviendo al tema del que me quiero ocupar, describiré los conceptos.



### MARCO CONCEPTUAL

Pensar diferente forma parte de la libertad personal en base a un derecho que te otorga la propia constitución<sup>1</sup>, derecho a regir tu vida en base a unas creencias, religiosas o ideológicas. Esto forma parte de la ética personal de cada individuo, o también llamada moral y que suele aplicarlo a cada ámbito de su vida.

¿Y qué pasa cuando esa misma persona tiene una doble moral según convenga a circunstancias que le sean más o menos favorables? ¿Sería una hipócrita?. Veamos primero los diferentes conceptos que, aunque algunos ya los he abordado en otros temas, solo paso a recordar.

#### Definición de conceptos:

- ✓ **Doble rasero:** La misma RAE, asigna a la palabra rasero “medir con el mismo nivel” es tratar cualquier situación, forma de pensar o actitud con rigurosa igualdad, sin la menor diferencia. Así que por esa definición, tener doble rasero sería tener dos niveles diferentes de pensar o de actitud según sea la situación.
- ✓ **Moral:** Solo como recordatorio, la moral es el conjunto de costumbres y normas que se consideran “buenas” para dirigir o juzgar el comportamiento de las personas en una comunidad. Hay que





diferenciarla de la filosofía moral o ética en que esta última reflexiona racionalmente sobre los diversos esquemas morales con la finalidad de encontrar ideas principales racionales que determinen las acciones de la ética correcta y las acciones de las éticas incorrectas, es decir, la ética busca principios absolutos o universales, independientes de la moral de cada cultura.

✓ **Hipocresía:** Aunque la palabra proviene del latín tardío (*hypocrisis*) y creo que se entiende mejor en este contexto si vemos la procedencia<sup>2</sup> de las dos palabras del griego *hypo* (máscara) y *crytes* (respuesta). La hipocresía es el acto de comportarse de forma contraria a los valores sostenidos por un individuo, o de actuar en consonancia a principios que al mismo tiempo se critican. Según la Real Academia<sup>3</sup>, es el  *fingimiento de cualidades o sentimientos contrarios a los que verdaderamente se tienen o experimentan*.

### MARCO ÉTICO

Con todo lo anterior podemos ya construir la idea principal que contiene el título de este artículo. Si hablamos de moral, y en concreto de la “doble moral”, hablaríamos del criterio aplicado cuando a un individuo o institución se le acusa de ejercer una doble norma en el tratamiento dado a diferentes grupos de personas, es decir, que injustamente permiten más libertad de conducta a un sujeto que a otro. La doble moral es injusta porque viola el principio de justicia conocido como imparcialidad, el principio según el cual los mismos criterios se aplican a todas las personas sin parcialidad ni favoritismo. La doble moral viola este principio pues toma en cuenta a las personas según diferentes criterios.

Esto me recuerda por qué quería escribir este artículo, su origen. He presenciado durante este último año que hemos acabado, que muchos y muchas profesionales tienen una doble moral a la hora de ejercer su profesión y defender los valores éticos que deben regir una praxis como es la profesión de matrona. He conocido personas que han trabajado en clínicas privadas con una filosofía determinada, a veces contraria a la ética personal del ejerciente, pero que han quedado en la última fila porque el valor en auge era el dinero, es decir, obtener beneficio económico aun sabiendo que no comparten los mismos principios éticos.

También me han sorprendido personas que pensando de una determinada manera en la sanidad pública, han ejercido de lo contrario en la sanidad privada. Que han peleado por mejorar su ámbito laboral privado sin aportar nada o lo contrario en lo público. Si, ya sé que es bastante común, pero no por eso deja de ser, en mi modesta opinión, bastante amoral o de falta de ética, tanto personal como profesional.

No es justo para las mujeres y familias que en función de sus recursos económicos, y del lugar elegido para el nacimiento de su hijo/a, tengan unos “privilegios” del mismo profesional que horas antes o días antes ha negado a otras en la sanidad pública. Es totalmente injusto y para mí, criticable, pues dice mucho del tipo de profesional, por así llamarlo, que se es.



La práctica obstétrica no puede estar exenta de una base ética, deontológica o incluso filosófica. Aceptamos la libertad ideológica como parte de la personalidad individual que incluso a veces trasciende al ámbito profesional, en el que cada uno encuentra su sitio y su “clientela” pero no es aceptable un acto de hipocresía tan flagrante. Soy bastante tolerante con algunas prácticas que aunque pueda o no estar de acuerdo, las entiendo y respeto siempre que estén basadas en evidencia, en ciencia, en argumentos sólidos con valores éticamente aceptables, no todo el colectivo debe estar de acuerdo en una manera de hacer, por ejemplo, con el debate surgido con las casas de nacimiento o incluso el parto domiciliario, pero que la misma persona que está en contra de una cosa luego ejerza de otra, o viceversa, no es coherente.



Según un conocido psicólogo, Manuel Salgado, del cual recomiendo su último libro, se llama “coherencia P.E.V.A”, es decir, pensamiento, emociones, verbalización y acciones que van en consonancia, lo que otros llaman una “actitud coherente” en lo que se dice, se piensa y se actúa. Pues bien, esta incoherencia es lo que llamo doble moral o el arte de la hipocresía.

**Y ¿es lo mismo una cosa que la otra? No necesariamente.**

Aunque la doble moral, por lo general, es una práctica que se condena, en la práctica es muy común su empleo. Los esfuerzos para defender una situación en la que se alegue la existencia de una doble moral terminan negando que se esté aplicando, o bien se intenta acabar con la discusión dando una buena razón para el trato diferente. Por lo tanto, ante la acusación de un trato desigual, lo que se da es una justificación "adecuada" para el tratamiento diferente y no un empeño en eliminar el trato desigual propiamente dicho.

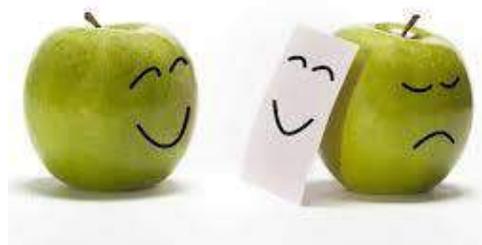


La hipocresía consta de dos operaciones, a través de las cuales se manifiesta en los modos simple y combinado: la simulación y el disimulo. La simulación consiste en mostrar algo distinto de lo que se es, en tanto que el disimulo oculta lo que no se quiere mostrar. Alguien que cree que tiene derecho a ejercer bajo sus propios criterios personales, por ejemplo asistiendo a una “cliente” o familiar, en privada o pública, pero que cualquier mujer atendida en la sanidad pública no tiene tal derecho, tiene doble moral. Sin embargo, alguien que DEFIENDE todo lo relativo a la autonomía del paciente para tomar decisiones sobre su propio proceso de salud o enfermedad, en nuestro caso, a elegir su proceso de parto, pero luego no permite que así sea cuando la mujer ejerce su propia autonomía, es hipócrita. La hipocresía es como la mentira, porque el hipócrita pretende ser alguien que no está engañando a los demás. En términos coloquiales de redes sociales sería “el postureo” o el “queda bien”.

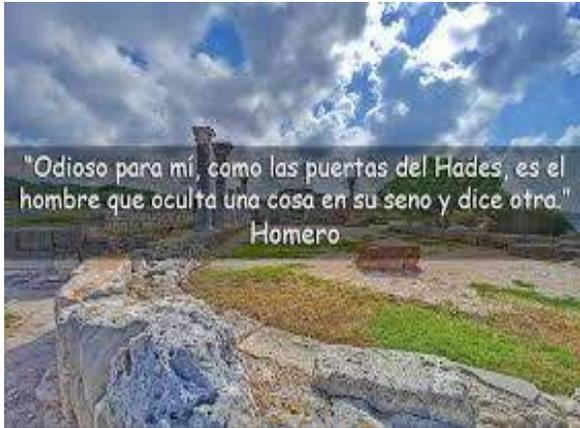
Info MATRONAS

**Y ¿por qué es todo un arte?**

Pues porque se ha de tener mucha habilidad o ser un experto en la manipulación para que tarde o temprano no “te pillen”, a veces la vida te proporciona escenarios en los que te ves al descubierto. No todo el mundo es capaz de mantener una “mentira” durante un tiempo prolongado por más que se repita. Sería infravalorar a las personas con las que convivimos, con las que trabajamos, con las que colaboramos, “creyendo” que somos buenos actores y /o buenas actrices. Mejor llevarse un “GRACIAS” por ser buen profesional que un “OSCAR” como parte de la mediocridad.



Sólo algunas personas, que sufren un trastorno importante, son capaces de vivir en dos realidades al mismo tiempo y crearse protagonistas de ambas. Profesionalmente y éticamente, estamos obligadas/os a mostrar coherencia, honestidad, respeto y un largo etcétera más de valores, de los que por cierto ya he escrito en otros artículos, aún a riesgo de no ser aceptados por aquellos que lejos de reflexionar, y aceptar las diferencias, se empeñan en llevar como estandarte la defensa de algunas “incómodas” realidades.



### CONCLUSIÓN

Después de esta reflexión compartida, sólo quisiera que muchas y muchos compañeros de profesión, colegas, o equipo en el que trabajamos, fueran lo suficientemente conscientes para recordar que “lo que no quieras para los tuyos no lo quieras para los demás”, así como, tener presente que el camino a la excelencia profesional, nadie dijo que fuera fácil o exento de dificultad, pero lo importante es fijarse un objetivo común: mejorar la atención a la Salud Reproductiva y Sexual, no tanto desde lo técnico, que también, sino desde lo que significa ser un “auténtico” profesional.

Y como siempre para finalizar, mi frase del mes: ***“Ser honesto con uno mismo y con los demás es todo un acto de valentía, probablemente no gustes a todos, pero será mejor que ejercer el arte de la hipocresía”*** (anónimo).

M<sup>a</sup> Isabel Castelló López  
Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

---

#### Referencias:

- 1.-La libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE)
- 2.-Pocket Oxford Classical Greek Dictionary (Morwood and Taylor edition). 2002.
- 3.-RAE

## GOLPE BAJO A LAS MATRONAS EN GALICIA Y, POR EXTENSIÓN, A TODO EL COLECTIVO.

Un nuevo problema con la actualización de la Cartera de Servicios en AP en Galicia



Recientemente pudimos leer el documento, aun borrador, “CARTEIRA DE SERVIZOS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE” que en su instrucción dice: *“En el año 2019 a Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia e o Servizo Galego de Saúde, no marco do Plan Galego de Atención Primaria 2019-2021, estableceron as bases estratéxicas e de xestión, para a remodelación e a necesaria evolución do actual modelo de atención primaria. Neste Plan recóllense 200 accións, repartidas en 7 liñas estratéxicas. A súa terceira liña denominada “creación de equipos de atención primaria nos que se definan novos roles”, marca como obxectivo a reordenación das competencias dos profesionais de atención primaria....”*.

También explica que para la elaboración de este documento se forma un grupo de trabajo compuesto por: 13 enfermeiras/os entre as que están representadas/os enfermeiras/os de atención primaria, enfermeiras/os especialista en atención familiar e comunitaria, enfermeiras/os especialistas en pediatría.

Se supone que existe otro grupo de trabajo para el desarrollo de las competencias de las matronas, coordinado por una matrona del Servicio Gallego de Salud. Se supone...

Obviamente, miramos con lupa la asignación de roles/profesionales y encontramos algunos puntos preocupantes en los apartados referidos a la salud de la mujer y familia.

### Encontramos varios apartados que precisan revisión de inmediata:

#### 1.2. Crianza/desenvolvemento

- As/Os nenas/os: Incluídos de 0 a 14 anos
- [6820] Coidados do lactante
- [5566] Educación parental: crianza familiar dos menos
- [6710] Fomentar o apego
- [8278] Fomentar el desarrollo: lactantes
- [8274] Fomentar o desenvolvemento: neno
- 1.17. Axuda para o afrontamento

#### Á muller: cambios no climaterio

- [5400] Mellora da autoestima
- [5220] Mellora da imaxe corporal

#### 1.18. Educación dos pacientes

##### Á muller e a parella

- [5248] Asesoramento sexual
- [6784] Planificación familiar: anticoncepción
- [6788] Planificación familiar: embarazo non desexado



### 1.19. Control en casos de crisis

#### [6200] Atención na emerxencia

##### Á muller

[6300] Tratamento do trauma da violación

[6720] Parto

### 1.20. Control de riscos

##### Á muller

[6522] Exploración da mama

#### 2.1.1 Sexualidade

[5248] Asesoramento sexual.

### 6.1.1 Intervencións preventivas

#### Familia con recién nacido

[6612] Identificación de riscos: familia con recién nacido

##### A muller

[0560] Exercicios del chan pélvico

[6522] Exploración mamaria

[5244] Asesoramento en lactancia

##### As familias

[6784] Planificación familiar: anticoncepción

[6786] Planificación familiar: infertilidade

[6788] Planificación familiar: embarazo non desexado

[7140] Apoio á familia

[7110] Fomentar la implicación familiar

[5247] Asesoramento antes da concepción

[5566] Educación parental: crianza familiar dos nenos.

[6710] Fomentar o apego

A la vista del documento, sin definir que es a la matrona a quien corresponde el desarrollo de estas competencias en todos los programas de salud de la mujer, la Asociación Española de Matronas, inmediatamente, ha enviado la correspondiente carta al Conselleiro y a otros responsables del SERGAS pidiendo aclaración o modificación del actual borrador.

**Es intolerable que, en nombre de la transversalidad y la multidisciplinaridad se promueva, oficialmente, el intrusismo profesional y los conflictos de competencias.**

**Desde la Asociación Española de Matrona hacemos un llamamiento a todas las matronas de España para que se unan a las posibles acciones que tendríamos que iniciar si no se modifican los contenidos del proyecto de la Cartera de Servicios.**

En la pagina siguiente se puede ver el contenido de la carta.



**EXCMO. SR. D. JULIO GARCÍA COMESAÑA**  
**CONSELLEIRO DE SANIDADE**

**SR. D. ALBERTO FUENTES LOSADA**  
**SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA**

**SÑRA. DÑA. CARMEN DURÁN PARRONDO**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

Madrid, 10 de diciembre de 2021

En representación de la Junta Directiva de la Asociación Española de Matronas, decana de las asociaciones de matronas de España y en calidad de presidenta de la misma, me dirijo a usted para trasladarle un problema que se plantea en el borrador del documento CARTEIRA DE SERVIZOS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE.

En su introducción expresa *“No ano 2019 a Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia e o Servizo Galego de Saúde, no marco do Plan Galego de Atención Primaria 2019-2021, estableceron as bases estratéxicas e de xestión, para a remodelación e a necesaria evolución do actual modelo de atención primaria. Neste Plan recóllense 200 accións, repartidas en 7 liñas estratéxicas. A súa terceira liña denominada “creación de equipos de atención primaria nos que se definan novos roles”, marca como obxectivo a reordenación das competencias dos profesionais de atención primaria, establecendo como acción a creación dos grupos de traballo para a elaboración das carteiras de servizos das distintas categorías profesionais, entre as que está a de enfermería”.*

El problema en cuestión se deriva por la descripción de los nuevos roles que, claramente entran en conflicto con determinadas competencias que ya poseen las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (MATRONAS) en relación a la salud de la mujer en todos los programas relacionados con la salud sexual, reproductiva y afectiva. No es la enfermera generalista ni la especializada en salud comunitaria y de familia las profesionales competentes para abordar estos programas, en prevención y atención de los procesos mencionados de la mujer. Es la matrona la que reúne el perfil y capacitación para ello.

Permítame hacer unas puntualizaciones introductorias para evitar equívocos o restar importancia al tema. La Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, reconoce en la Matrona a un profesional con un perfil competencial específico y con una formación adecuada a las exigencias de la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo.

La matrona es un profesional con capacidad y autonomía en la toma de decisiones en la atención y el seguimiento de los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva sobre los que tiene plena responsabilidad en el marco de la interdisciplinaridad y multidisciplinariedad, tal y como también se recoge en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

Es la ley la que subordina el acceso a las actividades específicas de matrona y su ejercicio al correspondiente título, por otra parte, especialidad única durante muchos años en este país que, a diferencia del resto de las actuales, no sólo tiene la más larga trayectoria de todas las existentes sino que, hemos de mencionar que es la primera y única definida por directivas comunitarias específicas desde 1980 D CE(80/154), las cuales han sido modificadas a lo largo de más de dos décadas y finalmente traspuestas al derecho español por el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y Reglamento (UE) n.º 1024/2012.



A más ahondar, la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección Cuarta que resolvió el recurso contencioso administrativo nº985/2010 de 17 de Junio, interpuesto por la Asociación Española de Matronas contra la Orden SAS 1729/2010 de 17 de Junio por la que se aprobaba el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, concretamente interesando la nulidad de su artículo 5.5 que incluía en su programa formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, en lo referido a la atención a la salud sexual, reproductiva y de género, concluyó en que "la Orden **SAS 1729/2010 no atribuye competencias para abordar materias relativas a la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica o Matronas**". Lo que se traduce en que el hecho de incluir en la formación de los enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria algunos conocimientos de la salud reproductiva, sexual y de **género NO LES CAPACITA** para dar atención profesional como especialistas **porque no se les han atribuido funciones**.

Para concluir, recordarles que el objeto de esta carta no es otro que intentar prevenir errores importantes que determinarían problemas graves, cuando el documento mencionado arriba quede terminado y finalmente publicado.

Hemos sabido que para el día 17 de diciembre se celebrará una reunión del grupo de trabajo que elaboró el borrador (y en el que no han participado matronas, profesionales de la estructura organizativa y funcional del equipo básico de salud, ¿suponemos que tienen otro grupo de trabajo? y es la mejor oportunidad para revisar y frenar este dislate.

Adjuntamos el listado de los puntos a corregir.

Rogamos encarecidamente su interés e intervención al respecto.

Aprovechamos la oportunidad de expresarles nuestra mayor consideración y quedamos a su disposición y sus noticias.

Rosa M.ª Plata Quintanilla  
Presidenta Asociación Española de Matronas

M.ª Angeles Rodriguez Rozalén  
Relaciones Institucionales

**RESPUESTA TRADUCIDA**

Santiago de Compostela, 19 de decembro de 2021

*“La cartera de servicios de Enfermería de Atención Primaria fue aprobada en el Consejo Técnico de Atención primaria, que es el órgano colegiado de asesoramiento técnico en el ámbito de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. Su composición, funcionamiento y organización se recoge en la orden del 8 de junio de 2019(DOG nº137 del 19 de junio de 2019)*

*La cartera de servicios de Enfermería de Atención Primaria se elaboró siguiendo la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), que es una clasificación internacionalmente aceptada y que recoge todos los tratamientos basados en criterios y conocimientos clínicos que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la salud de sus pacientes.*

*Por otro lado; el servicio Gallego de Salud establece en su “Plan de Atención Integral de la Salud de la Mujer” que la matrona es el profesional de referencia en la prestación de los cuidados a la mujer, actuando en coordinación con el resto de los profesionales sanitarios.*

*En relación a la normativa aplicable que concierne a la regularización de las funciones del personal estatutario de los servicios de Salud, resulta de utilidad a estos efectos lo señalado en la ley 8/2008, del 10 de junio, de Salud de Galicia, la cual, después de apuntar que la ordenación del personal de salud debe inspirarse en el principio de “cooperación interprofesional y trabajo en equipo”*

*(art.111), en su artículo113 establece que la clasificación del personal podrá tener en cuenta criterios que propugnen el trabajo en equipo y faciliten la realización de los procesos asistenciales o administrativos auxiliares. En su apartado 2 del mismo precepto dispone “procurando la mejora de la eficacia de los servicios y la adaptación y desarrollo del trabajo la organización de la prestación asistencial y la evolución de las tecnologías, el ámbito funcional de cada categoría de personal se corresponde con el conjunto de actitudes y capacidades que derivan de la titulación académica exigida para el ingreso, de la formación y del estado actual del conocimiento y de los medios técnicos”.*

*A si mismo la ley 44/2003, del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) aboga tanto en su preámbulo como en su articulado por no determinar las competencias de una u otra profesión de una forma cerrada y concreta, sino estableciendo las bases para que “ las practicas cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinarias evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente”.*

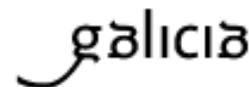
*Entre los principios generales del ejercicio de las profesiones sanitarias (contenidos en el artículo 4.7 del mismo cuerpo legal) se recoge expresamente la “eficacia organizativa se los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación”; la “continuidad asistencial de los pacientes, tanto aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como de aquellos que lo sean en diferentes niveles”; o “la progresiva consideración de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales de atención sanitaria”.*

*En relación a lo anterior, el artículo 9, expresamente titulado “Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, establece que una atención sanitaria integral implica la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, evitando el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas; determina la estructura multiprofesional e interdisciplinar de los equipos profesionales y la participación del resto del personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios requeridos; necesitando la actuación de los equipos de forma jerarquizada o colegiada ( según el caso), teniendo en cuenta los criterios de conocimiento y competencia ( de ser el caso al de titulación) de los profesionales que integran el equipo*





Edificio Administrativo de San Lázaro  
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Tel: 881 548 905  
[planificacion.reforma.sanitaria.sergas.gal](http://planificacion.reforma.sanitaria.sergas.gal)  
[www.sergas.gal](http://www.sergas.gal)



*según la actividad concreta que se debe desarrollar, y de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros.*

*La ley también hace responsables a las direcciones de los centros y a las instituciones sanitarias “ de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación de las tareas y funciones que les sean recomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo”, en orden a garantizar en última instancia el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de la ciudadanía encomendada a la administración sanitaria.*

*Por lo demás, los citados criterios ya fueron recogidos en su día y para este mismo ámbito asistencial en el vigente modelo de Atención Primaria de Galicia, diseñado por el Decreto 200/1993, de 29 de julio, cuya parte expositiva adelanta que el trabajo en este sentido, “ basado en la interrelación y apoyo mutuo, y llevado a cabo por un grupo multidisciplinar de profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc) que trabajan coordinadamente”*

*El Servicio Gallego de Salud siguiendo las diferentes normativas profesionales de referencia para el desarrollo de las funciones inherentes a las competencias profesionales vinculadas al cuidado de la mujer, reconoce como profesionales de referencia a las matronas. Sin embargo, esto no quiere decir que las enfermeras de atención primaria no puedan poseer competencias que sean transversales a otros colectivos como las matronas , sin menoscabo de que estos últimos sigan actuando como profesionales de referencia en la prestación de cuidados a la mujer.*

*Por último, es necesario destacar que la cartera de servicios de enfermería de atención primaria fue aprobada en el Consejo Técnico de Atención Primaria por la mayoría de sus integrantes entre los que se encuentran representados todos los colectivos profesionales que desarrollan su labor en los Centros de Salud de Galicia a través de sus sociedades Científicas, Organizaciones Sindicales, Colegios Profesionales, etc. Así mismo, la cartera de servicios de las matronas todavía está pendiente de aprobación por el Consejo Técnico de Atención Primaria, en coherencia con el nuevo modelo de atención Primaria y con la relación asistencial inherente con otros colectivos profesionales, también tendrá reconocidas competencias compartidas con otros profesionales”.*

Documento asinado dixitalmente por:  
Estrella López-Pardo Pardo (22/11/2021, 14:00)  
<https://sede.xunta.gal/cve?idcve=S40C-D4G4-30AH-0F4D-TACK-4CL4-BLRQ-0164-0178-0474-35>



## SITUACIÓN ACTUAL RELATIVA A LA VARIANTE COVID ÓMICRON



El 26 de noviembre de 2021, la OMS, siguiendo el consejo del Grupo Consultivo Técnico sobre la Evolución del virus SARS-CoV-2 en inglés, clasificó la variante B.1.1.529 de este virus como variante preocupante. Además, decidió denominarla con la letra griega ómicron. La decisión de considerar preocupante esta variante se basó en la evidencia presentada al Grupo Consultivo Técnico, que indica que presenta varias mutaciones que podrían afectar a las características del virus, por ejemplo, la facilidad para propagarse o la gravedad de los síntomas que causa. A continuación se resumen los conocimientos actuales a este respecto.

### Conocimientos actuales sobre la variante ómicron

En Sudáfrica y en todo el mundo, los investigadores están realizando estudios para conocer mejor muchos aspectos de la variante ómicron y continuarán informando de los resultados que obtengan a medida que estén disponibles.

**Transmisibilidad:** todavía no está claro si, con respecto a otras variantes, como la delta, la variante ómicron es más transmisible (es decir, si se propaga con mayor facilidad de una persona a otra). El número de personas que han dado positivo en las pruebas de detección ha aumentado en las zonas de Sudáfrica afectadas por esta variante, pero se están realizando estudios epidemiológicos para determinar si ese aumento se debe a esta variante o a otros factores.

**Gravedad de la enfermedad:** todavía se desconoce si el cuadro clínico de la infección por la variante ómicron es más grave que el ocasionado por otras variantes, incluida la delta. De acuerdo con los datos preliminares, las tasas de hospitalización en Sudáfrica van en aumento, pero ello podría deberse a que hay más personas que han contraído la infección y no necesariamente a que se hayan infectado por la variante ómicron. Por el momento, no hay datos que indiquen que los síntomas asociados con esta variante sean distintos a los ocasionados por otras variantes. Es cierto que los primeros casos notificados fueron de estudiantes universitarios y que las personas más jóvenes tienden a presentar un cuadro más leve de la enfermedad, pero es probable que tardemos días o

semanas en conocer la gravedad de los síntomas causados por esta variante. Debido a que todas las variantes del virus que causa la COVID-19, incluida la delta, ahora mismo dominante en todo el mundo, pueden producir síntomas graves y la muerte, sobre todo a las personas más vulnerables, la prevención sigue siendo fundamental.

### Eficacia protectora de la infección previa por el SARS-CoV-2

Los datos preliminares indican que, en comparación con otras variantes preocupantes, el riesgo de reinfección por la variante ómicron puede ser mayor (es decir, las personas que han tenido COVID-19 antes, podrían infectarse de nuevo por esta variante con más facilidad). De todos modos, la información es todavía limitada. En los próximos días y semanas tendremos más datos a este respecto.

**Eficacia de las pruebas actuales:** las pruebas de PCR que se vienen usando ampliamente siguen detectando la infección por las distintas variantes del virus, incluida la ómicron. Se está estudiando la eficacia con que otros tipos de pruebas, especialmente las de detección rápida de antígenos, pueden detectar esta variante.

**Eficacia de los tratamientos actuales:** los corticosteroides y los antagonistas de los receptores de interleucina 6 seguirán tratando eficazmente los cuadros graves de COVID-19, y se estudiará si los demás tratamientos continúan siendo eficaces contra la variante ómicron, habida cuenta de los cambios que presenta en varias partes de su estructura.

### Estudios en marcha

La OMS está coordinando a un gran número de investigadores de todo el mundo para conocer mejor la variante ómicron. Ya se han iniciado o se pondrán en marcha en breve estudios para evaluar la transmisibilidad, la gravedad de la infección (incluidos los síntomas) y la eficacia de las vacunas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos.

La OMS anima a todos los países a que contribuyan a recoger e intercambiar datos de enfermos hospitalizados a través de la Plataforma mundial de

datos clínicos- en inglés, de la OMS sobre esta enfermedad con el fin de que podamos conocer cuanto antes las características de la enfermedad que causa y el desenlace clínico de los pacientes.

En las próximas semanas dispondremos de más información. El Grupo Consultivo Técnico de la OMS sobre la Evolución del Virus SARS-CoV-2 continuará recopilando y evaluando los datos disponibles para conocer el modo en que las mutaciones de la variante ómicron alteran el comportamiento del virus.

### **Medidas recomendadas para los países**

Puesto que la variante ómicron se considera preocupante, la OMS recomienda varias medidas a los países: aumentar la vigilancia y la secuenciación de las muestras tomadas de los casos; intercambiar las secuencias genómicas en bases de datos abiertas, como la GISAID; notificar a la OMS los casos o conglomerados de casos iniciales; y llevar a cabo estudios de terreno y evaluaciones analíticas para conocer mejor si la variante ómicron presenta características distintas en lo relativo a su transmisibilidad y a la enfermedad que causa o si afecta a la eficacia de las vacunas, los tratamientos, las pruebas diagnósticas o las medidas sociales y de salud pública.

Los países deberían continuar aplicando las medidas de salud pública de eficacia demostrada para reducir de forma general la circulación del virus causante de la COVID-19, basándose en el análisis de los riesgos y en un enfoque científico. Además, deben aumentar su capacidad de respuesta mediante recursos médicos y de la salud pública para hacer frente a posibles aumentos en el número de casos. La OMS continúa proporcionando a los países apoyo y orientaciones tanto para prepararse frente a las infecciones como para actuar frente a ellas.

Del mismo modo, es fundamental reducir las desigualdades que afectan al acceso a las vacunas contra la COVID-19 para asegurarnos de que, en todos los países, se administran la primera y la segunda dosis de las vacunas a todos los grupos vulnerables de la población, incluidos los trabajadores de la salud y las personas mayores, además de ofrecerles de forma equitativa las pruebas diagnósticas y los tratamientos que necesitan.

### **Medidas recomendadas para la población**

Las medidas más eficaces que toda persona puede tomar para reducir la propagación del virus causante de la COVID-19 son mantenerse a una distancia de al menos un metro de las demás personas, llevar una mascarilla bien ajustada, abrir las ventanas para ventilar las estancias, evitar los lugares abarrotados o poco ventilados, mantener limpias las manos, toser y estornudar en la flexura del codo o en un pañuelo desechable y vacunarse cuando les llegue el turno.

La OMS continuará informando de las conclusiones de las reuniones del Grupo Consultivo Técnico sobre la Evolución del Virus SARS-CoV-2 y de otros datos de que pueda disponer. Además, seguirá publicando información en sus plataformas en línea y sus cuentas en las redes sociales.

Fuente : Organización Mundial de la Salud.

## LA PANDEMIA DE COVID-19 AFECTA LOS CICLOS MENSTRUALES

Jennifer Lubell.

Una encuesta de más de 12.000 mujeres en edad reproductiva encontró que 1 de cada 3 había experimentado cambios en sus ciclos y síntomas menstruales durante la pandemia de COVID-19. Los niveles de estrés notablemente más altos que los puntos de referencia prepandémicos podrían estar afectando la menstruación.[1]

Esto tiene implicaciones para las mujeres que intentan concebir o que luchan contra la infertilidad, comentó Shannon M. Malloy, investigadora y asociada de datos de Ovia Health, una empresa de tecnología de salud para mujeres y familias en Boston. Malloy presentó este estudio en el Congreso de la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) 2021.

COVID-19 ha introducido nuevos estresores psicosociales, interpersonales y ambientales. La pandemia es "uno de los desastres más estresantes y colectivamente experimentados que la sociedad moderna ha visto", destacó Malloy. Una vez imaginada como un evento puntual en el tiempo, COVID-19 se ha arraigado en la vida diaria en el futuro previsible.

Las investigaciones han demostrado que el estrés crónico a largo plazo produce niveles altos de cortisol, que pueden alterar la endocrinología y la regulación de los ciclos menstruales. Esto puede hacer que formar una familia sea aún más desafiante, dijo Malloy. Los médicos y otros proveedores de salud siempre han tomado en cuenta el estrés al tratar a los pacientes, pero nunca en este nivel de estrés crónico y episódico.

La encuesta examina el impacto en la tecnología de reproducción asistida

Ovia Health decidió investigar la relación entre el estrés percibido y el ciclo menstrual y los cambios en los síntomas durante la pandemia de COVID-19, para ver cómo podría afectar la tecnología de reproducción asistida.

Desde marzo de 2020 hasta abril de 2021, los usuarios de la aplicación móvil Fertility de Ovia Health en Estados Unidos participaron en una encuesta. Los ítems recogieron cambios en el patrón y la sintomatología de la menstruación e incluyeron la versión de 4 ítems de la Escala de Estrés Percibido (PSS-4). Una prueba pareada evaluó las diferencias entre los grupos (con cambios menstruales frente a ningún cambio menstrual). La encuesta preguntó a las participantes qué cambios notaron en su ciclo menstrual y por qué pensaban que los patrones o síntomas del ciclo cambiaron.

Un tercio informó cambios en el ciclo y síntomas

Entre 12.302 encuestadas, 1 de cada 3 (36%) informó cambios en el ciclo o los síntomas; 87% dijo que su ciclo comenzó temprano o tarde; 29% informó síntomas más fuertes durante la menstruación, como dolor lumbar, calambres o cambios en la secreción y 27% dijo que el sangrado era más abundante durante la menstruación.

Estos resultados son similares a otros estudios que investigan el efecto del estrés episódico en la menstruación, señaló Malloy.

Quienes informaron cambios en el ciclo menstrual o en los síntomas obtuvieron una puntuación más alta en promedio en el PSS-4, en comparación con aquellas que no informaron ningún cambio (8,5 frente a 8,3, respectivamente;  $p < 0,05$ ). Los puntajes de PSS-4 en todos los ámbitos fueron notablemente más altos en todas las encuestadas, independientemente de la irregularidad del ciclo/síntoma, en comparación con la evaluación comparativa prepandémica en poblaciones similares.

Poco más de la mitad (55%) pensaba que el estrés contribuía a su patrón de ciclo menstrual y/o cambios en los síntomas, mientras que 33% apuntaba a cambios en la salud mental, como depresión o ansiedad. "Curiosamente, muchas usuarias creían que la vacuna contra la COVID-19 afectaba los cambios en los síntomas del ciclo menstrual", añadió Malloy.

No hay una asociación definitiva entre la vacuna y la menstruación

Si bien los efectos secundarios conocidos de la vacuna incluyen dolor en el brazo, fiebre, fatiga y mialgia, algunas mujeres han informado cambios en su ciclo menstrual, manifestó el Dr. Mark P. Trolice, profesor de obstetricia y ginecología en University of Central Florida y director de IVF Center, en Orlando, Estados Unidos.

*"La reacción de la respuesta inmune a la vacunación en lugar de la vacuna, podría ser el factor implicado",* destacó el Dr. Trolice, que no participó en el estudio.

Actualmente no existe una asociación directa entre la vacuna y los efectos posteriores sobre la menstruación, continuó. "La mayoría de las mujeres experimenta la reanudación de los intervalos normales 1 mes después de la vacunación. Además no hay evidencia creíble que vincule la vacuna con la infertilidad".

### **Los médicos pueden ayudar con el estrés**

La interrupción del ciclo menstrual es especialmente frustrante para las mujeres que intentan formar una familia, indicó Malloy. Los proveedores de salud pueden estar observando más irregularidades menstruales en sus pacientes y viendo que más pacientes tienen dificultades para concebir por sí mismas y recurren a la tecnología de reproducción asistida.

Los médicos no pueden hacer que COVID-19 desaparezca, pero podrían ayudar a las pacientes haciendo un mejor trabajo al integrar las pruebas de cribado de salud mental, refiriendo a las pacientes a tratamientos que optimicen los resultados del tratamiento de la concepción y la fertilidad, puntualizó Malloy.

La encuesta fue limitada porque sus preguntas no consideraron los criterios de diagnóstico adecuados para la irregularidad, en comparación con los cambios autoinformados. Pero destaca la necesidad de realizar más investigación sobre el efecto de la pandemia en la menstruación y la vacuna en la menstruación. "En agosto National Institutes of Health comprometieron 1,6 millones de dólares para explorar esta asociación. Esperamos ver cuáles son sus resultados" concluyó Malloy.

Medscape

En el número de Octubre de INFOMATRONAS anunciamos el Estudio "EVA" liderado por la matrona Laura Baena de la Universidad de Granada, cuya investigación se asentaba en indagar sobre las mujeres con alteraciones menstruales tras recibir la vacunación del Covid-19, la causalidad de la circunstancia y la afectación real.



## COMUNICADO DE PRENSA DE LA FDA

la FDA autoriza el primer antiviral oral para el tratamiento del COVID-19

El día 22 de diciembre la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos emitió una autorización de uso de emergencia (EUA) para Paxlovid de Pfizer (tabletas de nirmatrelvir y tabletas de ritonavir, empaquetadas conjuntamente para uso oral) para el tratamiento de la enfermedad por coronavirus de leve a moderada (COVID-19) en adultos y pacientes pediátricos (de 12 años de edad y mayores que pesan al menos 40 kilogramos o aproximadamente 88 libras) con resultados positivos de pruebas directas de SARS-CoV-2, y que están en alto riesgo de progresión a COVID-19 grave, incluida la hospitalización o la muerte. Paxlovid está disponible solo con receta médica y debe iniciarse tan pronto como sea posible después del diagnóstico de COVID-19 y dentro de los cinco días posteriores al inicio de los síntomas.

*"La autorización de hoy introduce el primer tratamiento para COVID-19 que es en forma de una píldora que se toma por vía oral, un gran paso adelante en la lucha contra esta pandemia global", dijo Patrizia Cavazzoni, MD, directora del Centro de Evaluación e Investigación de Medicamentos de la FDA. "Esta autorización proporciona una nueva herramienta para combatir covid-19 en un momento crucial de la pandemia a medida que surgen nuevas variantes y promete hacer que el tratamiento antiviral sea más accesible para los pacientes que tienen un alto riesgo de progresión a COVID-19 grave".*

Paxlovid no está autorizado para la prevención previa o posterior a la exposición de COVID-19 ni para el inicio del tratamiento en aquellos que requieren hospitalización debido a COVID-19 grave o crítico. Paxlovid no es un sustituto de la vacunación en individuos para quienes se recomienda la vacunación contra el COVID-19 y una dosis de refuerzo. La FDA ha aprobado una vacuna y autorizado otras para prevenir COVID-19 y los resultados clínicos graves asociados con una infección por COVID-19, incluida la hospitalización y la muerte. La FDA insta al público a vacunarse y recibir un refuerzo si es elegible. Obtenga más información sobre las vacunas COVID-19 autorizadas por la FDA.

Paxlovid consiste en nirmatrelvir, que inhibe una proteína SARS-CoV-2 para evitar que el virus se replique, y ritonavir, que ralentiza la descomposición del nirmatrelvir para ayudarlo a permanecer en el cuerpo durante un período más largo a concentraciones más altas. Paxlovid se administra en tres comprimidos (dos comprimidos de nirmatrelvir y un comprimido de ritonavir) tomados juntos por vía oral dos veces al día durante cinco días, para un total de 30 comprimidos. Paxlovid no está autorizado para su uso por más de cinco días consecutivos.

La emisión de una EUA es diferente a una aprobación de la FDA. Al determinar si emitir una EUA, la FDA evalúa la totalidad de la evidencia científica disponible y equilibra cuidadosamente cualquier riesgo conocido o potencial con cualquier beneficio conocido o potencial del producto. Con base en la revisión de la FDA de la totalidad de la evidencia científica disponible, la agencia ha determinado que es razonable creer que Paxlovid puede ser efectivo para el tratamiento de COVID-19 de leve a moderado en pacientes autorizados. La agencia también ha determinado que los beneficios conocidos y potenciales de Paxlovid, cuando se usan de acuerdo con los términos y condiciones de la autorización, superan los riesgos conocidos y potenciales del producto. No existen alternativas adecuadas, aprobadas y disponibles a Paxlovid para el tratamiento del COVID-19.

Los datos primarios que respaldan esta EUA para Paxlovid son de EPIC-HR, un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que estudia Paxlovid para el tratamiento de adultos sintomáticos no hospitalizados con un diagnóstico confirmado por laboratorio de infección por SARS-CoV-2. Los pacientes eran adultos de 18 años de edad y mayores con un factor de riesgo preespecificado para la progresión a enfermedad grave o tenían 60 años o más, independientemente de las condiciones médicas crónicas preespecificadas. Todos los pacientes no habían recibido una vacuna contra el COVID-19 y no habían sido infectados previamente con el COVID-19. El principal resultado medido en el ensayo fue la proporción de pacientes que fueron hospitalizados debido a COVID-19 o murieron por cualquier causa durante 28 días de seguimiento. Paxlovid redujo significativamente la proporción de personas con hospitalización o muerte relacionada con COVID-19 por cualquier causa en un 88% en

comparación con placebo entre los pacientes tratados dentro de los cinco días posteriores al inicio de los síntomas y que no recibieron tratamiento terapéutico con anticuerpos monoclonales COVID-19. En este análisis, 1.039 pacientes habían recibido Paxlovid, y 1.046 pacientes habían recibido placebo y entre estos pacientes, el 0,8% que recibieron Paxlovid fueron hospitalizados o murieron durante 28 días de seguimiento en comparación con el 6% de los pacientes que recibieron placebo. La seguridad y eficacia de Paxlovid para el tratamiento de COVID-19 continúan siendo evaluadas.

Los posibles efectos secundarios de Paxlovid incluyen deterioro del sentido del gusto, diarrea, presión arterial alta y dolores musculares. El uso de Paxlovid al mismo tiempo que ciertos otros medicamentos puede dar lugar a interacciones medicamentosas potencialmente significativas. El uso de Paxlovid en personas con infección por VIH-1 no controlada o no diagnosticada puede provocar resistencia a los medicamentos contra el VIH-1. Ritonavir puede causar daño hepático, por lo que se debe tener precaución al administrar Paxlovid a pacientes con enfermedades hepáticas preexistentes, anomalías de las enzimas hepáticas o inflamación hepática.

Debido a que Paxlovid funciona, en parte, inhibiendo un grupo de enzimas que descomponen ciertos medicamentos, Paxlovid está contraindicado con ciertos medicamentos que son altamente dependientes de esas enzimas para el metabolismo y para los cuales las concentraciones elevadas de ciertos medicamentos se asocian con reacciones graves y / o potencialmente mortales. Paxlovid también está contraindicado con medicamentos que, por el contrario, inducen fuertemente esas mismas enzimas, lo que lleva a la descomposición más rápida de nirmatrelvir o ritonavir, ya que las concentraciones reducidas de nirmatrelvir o ritonavir pueden estar asociadas con la pérdida potencial de la respuesta virológica y el desarrollo de resistencia viral. Paxlovid no se puede iniciar inmediatamente después de suspender dichos medicamentos porque los efectos de esos medicamentos permanecen después de la interrupción. Para obtener una lista completa de los medicamentos que no deben tomarse en combinación con Paxlovid, consulte la hoja informativa para proveedores de atención médica.

Paxlovid no se recomienda en pacientes con insuficiencia renal grave o insuficiencia hepática grave. En pacientes con insuficiencia renal moderada, se necesita una dosis reducida de Paxlovid. Los pacientes con problemas renales o hepáticos deben discutir con su proveedor de atención médica si Paxlovid es adecuado para ellos.

Bajo la EUA, las hojas informativas que proporcionan información importante sobre el uso de Paxlovid en el tratamiento de COVID-19 según lo autorizado deben ponerse a disposición de los proveedores de atención médica y de los pacientes y cuidadores. Estas hojas informativas incluyen instrucciones de dosificación, posibles efectos secundarios, interacciones medicamentosas e información sobre quién puede recetar Paxlovid.



**Créditos de Formación Continuada (12,2 créditos FC)**

**DIRECTORA ACADÉMICA:**

Dra. M<sup>a</sup> 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/>

PROGRAMA 



## 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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Jesús Alonso Llamazares.*
11. Asesoramiento Anticonceptivo Post-Aborto. Estrategias para evitar abortos de repetición. *José M<sup>a</sup> 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*



## M.ª TERESA GIL URQUIZA, PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE MATRONAS DURANTE DIEZ AÑOS

Nuestra entrevistada del primer número del nuevo año 2022 es una matrona con largo recorrido profesional, en la que destaca su labor como defensora de los programas de atención a las mujeres y su labor como sindicalista, defendiendo los derechos de las matronas durante los 14 años que ejerció como delegada. Presidió durante diez años la Asociación Cántabra de Matronas, obteniendo grandes logros para las compañeras cántabras.

**Mª Teresa, para muchas compañeras de Cantabria, es un referente como persona y como profesional por su gran implicación en el mundo de las matronas, desprende una gran honestidad de la que ha hecho gala en cada lugar por el que ha ejercido como profesional.**

**P:** Hola Maite, bueno me permito llamarte así, que es como te conocen las compañeras no solo en tu tierra sino en otros lugares de España. Te agradezco de antemano que hayas podido disponer de un tiempo para dedicarlo a esta entrevista; me alegro que aceptaras a pesar de que nos conocemos poco. Creo que es una grata oportunidad no sólo para mí o la asociación sino también para las compañeras de otros lugares.

**He leído que eres de Laredo, cántabra de pura cepa, ¿Crees que el lugar de nacimiento marca un poco el carácter en la manera de afrontar la vida?**

**R:** *Creo que sí, el lugar donde nacemos y el entorno donde crecemos influyen decisivamente en nuestro desarrollo, en nuestra forma de vida y en la forma de relacionarnos en general.*

**P:** Sé que eres la mayor de seis hermanos, familia numerosa. Siempre se ha dicho que los mayores aprendemos pronto el sentido de la responsabilidad (yo también lo soy) ¿Consideras que en tu caso se ajusta al dicho?

**R:** *Con toda seguridad, posiblemente maduras antes, aprendes a ser disciplinado, ordenado, pero también exigente contigo misma. Lógicamente, también lo condiciona la familia. En mi caso, han sido mis abuelas, quienes más han influido en mi carácter y en la forma de afrontar la vida, sobre todo, las dificultades.*

**P:** Estudiaste Enfermería en EUE Marqués de Valdecilla, Santander, a primeros de los años 80. ¿Tenías pensado seguir estudiando la especialidad de matrona o fue luego fruto de las circunstancias? Cuéntame un poco como fue esa decisión porque ya estabas trabajando como enfermera en un centro de diálisis, ¿no?

**R:** *La figura de la matrona llamó mi atención desde el primer momento. En el segundo año de formación, hice una rotación de prácticas clínicas en el paritorio. Éramos tres alumnas de la primera promoción de Diplomados en Enfermería, teníamos programado un rotatorio de tres meses aunque, finalmente, se redujo a un mes. Desde el primer día, me gustó lo que allí se vivía, percibí el importante y trascendente trabajo que hacían las matronas, cómo se desenvolvían y el impacto que tenía en las mujeres. No era comparable con ningún otro servicio del hospital.*

*Al finalizar el curso me planteaba pasar, los meses de verano, en Laredo ayudando en el negocio familiar, como siempre había hecho, para continuar estudiando al comenzar el curso, posiblemente, haciendo una especialidad.*

*Pero me ofrecieron el trabajo en el centro de hemodiálisis, la mayor parte de mis compañeros de promoción se habían desplazado a Madrid para trabajar porque en Cantabria no había contratos ni tan siquiera de sustitución de verano.*

*Ante esta situación, lo acepté. Pensaba que trabajar y hacer simultáneamente una especialidad era complicado (era muy joven) y no me presenté a ningún examen de selección para acceder a las especialidades que se ofertaban en Cantabria.*

*En cambio, un año más tarde, veía las cosas de otra forma. Desde que roté por el paritorio me atrajo la profesión de*

matrona y no quería renunciar a formar parte de ella. Me presenté al examen de acceso para la especialidad de matrona y el 19 de diciembre de 1985 finalicé la formación. A partir de ese momento, mi ilusión y mi objetivo fue trabajar como matrona.

**P:** Años después, trabajando ya de matrona, obtienes tu plaza en un bello lugar de Asturias, Cangas de Narcea, hasta que consigues trasladarte al hospital de Laredo. ¿Qué supuso estos años fuera de tu zona de confort, de tu tierra y tu gente?

**R:** Antes de llegar a Cangas del Narcea había trabajado un año en Béjar. En Cantabria no había ninguna opción de trabajar temporalmente como matrona. Solo era posible optar a una plaza mediante el concurso de traslados, por lo que si querías trabajar de matrona en Cantabria, tenías que moverte. Cangas del Narcea resultó una experiencia difícil, estuve menos de dos años, pero se hicieron muy largos. ¿Qué hizo que fuera así? Principalmente que el trabajo de la matrona no tenía ninguna autonomía. No se parecía al que conocía y me costaba aceptarlo y adaptarme.

**P:** Al volver a Laredo como matrona en el hospital recién abierto, y en el que estuviste 19 años, ejerces de coordinadora del área de partos cuando se crea esa figura, ¿cuál era realmente tu función como coordinadora? ¿Qué retos o dificultades te encontraste?

**R:** Laredo es un hospital comarcal, pequeño al que llegué cuando aún no había empezado la actividad asistencial. Tuvimos la oportunidad de crear una forma de trabajar «a medida», se creó un equipo de trabajo real, había buen entendimiento entre las matronas y entre matronas y ginecólogos, respeto interprofesional y autonomía. También, había mucha ilusión y ganas de trabajar. La incorporación de la plantilla se hizo progresivamente hasta ser 5 matronas, años más tarde, éramos 6, después 7 y, cuando me trasladé, éramos 9. La figura de coordinadora se creó formalmente en enero de 2009, hasta entonces había realizado esas funciones, pero sin ese «reconocimiento». La coordinadora se encargaba de las funciones propias de la gestión, además de la actividad asistencial que le correspondía porque era una de las matronas de la plantilla.



Colaborando en la campaña "Almohadas del corazón" del Día Mundial del cáncer de mama.

12 ALERTA  
Martes 19 de diciembre de 2006

CANTABRIA

Al concurso se han presentado 10 proyectos y el ganador pertenece al Hospital de Laredo

## Un trabajo sobre lactancia materna gana el Premio de Investigación en Enfermería

NATALIA VICUÑA, Sanlander 'Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área sanitaria'. Este es el título del trabajo ganador del VIII Premio Nacional de Investigación en Enfermería que ha recaído en un grupo formado por ocho profesionales del Hospital de Laredo. Teresa Gil, Raquel Aksoj, Teresa Al-

varez, Jesús Barcenilla, Jaime Barrenos, Raquel Díez, María Jesús Malos y Amaya Manje son los ocho profesionales que han llevado a cabo este trabajo y que, finalmente, se ha hecho merecedor de este premio entre los 10 presentados. El acto de concesión del premio se llevó a cabo ayer en el Salón de Actos del Pabellón 21 de Valdecilla al que acudió la consejera de Sanidad.

Durante el acto de concesión del premio, la consejera, Charo Quintana, felicitó a todos los participantes por los trabajos presentados y mostró su satisfacción porque el premio haya recaído en un proyecto presentado por parte de un grupo de profesionales de la comunidad autónoma, en concreto, del hospital de Laredo. Señaló que esta concesión es fruto del trabajo pero también de una política que "apuesta por la enfermería".

"La acción es cada vez más relevante porque la sociedad está cada vez más llena de enfermedades crónicas que no sabemos curar pero sí cuidar", subrayó la consejera para destacar el trabajo que realizan estos profesionales. Quintana hizo hincapié en que su departamento quiere hacer una apuesta por la "revalorización" de la profesión enfermera y una de las formas es incluir la investigación en la formación de sus profesionales además de señalar la inclusión de este colectivo dentro de la carrera profesional con el fin de que "sean evaluados igual que los facultativos".

Con respecto al trabajo ganador, la consejera apuntó que la pérdida del amamantamiento es un "error" que está llevando a una pérdida "muy sensible" como es la experiencia de ama-

mar, Jesús Barcenilla, Jaime Barrenos, Raquel Díez, María Jesús Malos y Amaya Manje son los ocho profesionales que han llevado a cabo este trabajo y que, finalmente, se ha hecho merecedor de este premio entre los 10 presentados. El acto de concesión del premio se llevó a cabo ayer en el Salón de Actos del Pabellón 21 de Valdecilla al que acudió la consejera de Sanidad.



El grupo ganador junto a los interrelados presentes en la concesión del premio.

mar tanto para las madres como para sus hijos. Por su parte, el gerente del hospital Valdecilla, Francisco Cárcel, quien también estuvo presente en el acto, declaró la apuesta "franca y clara" del hospital en la docencia y la investigación, aspectos que suponen un 30 de factor de impacto Otra de las personas que estuvo presente en la concesión del

premio fue el presidente de la Obra Social de Caja Cantabria, Francisco Rodríguez, quien destacó el apoyo y la colaboración de la entidad a la investigación y la docencia. Aseguró que Cantabria tiene un colectivo de enfermeros de "primera línea" a la vez que subrayó que la Obra Social intenta colaborar con diferentes aspectos y, sobre todo, con la

investigación. Finalmente, la responsable de Enfermería, Felisa Lois, reconoció "el esfuerzo, la novedad y la sorpresa" que supone conocer la identidad de los compañeros ganadores y manifestó que la investigación supone "cierto respeto", un respeto que "hay que vencer" con el fin de conseguir abordar otras cuestiones más profundas.

Dificultades siempre aparecen cuando se quieren hacer cosas. El primer reto y, en muchas ocasiones el más difícil, es convencer a los más próximos de lo que quieres hacer. Después, hay que lidiar muchos obstáculos, engarzar muchos eslabones de la organización, ir paso a paso y siempre con un objetivo claro. Pero teníamos un valor añadido que era el grupo. Una vez tomada la decisión, el grupo nuclear de matronas se mantenía firme aunque el camino fuera largo y difícil. Eso es lo que permitió desarrollar proyectos y crecer. Incluso, obtuvimos el Premio Nacional de Investigación en Enfermería, 8.ª Edición, en 2006. Posteriormente, conseguimos financiación en la convocatoria Proyectos de Salud y Género, BOC de 25 de junio de 2008 y el accésit del Premio Sor Clara de investigación en Enfermería 2010, Colegio de Enfermería de Cantabria (8.ª Edición).

**P: Vuelves a la Atención Primaria hasta que en 2011 te incorporas como supervisora del área de partos en el Hospital Marqués de Valdecilla, un hospital de referencia en España. ¿Qué motiva y como se vive tanto cambio en tu recorrido profesional?**

*R: Mi paso al Hospital Marqués de Valdecilla fue a propuesta de la Consejería de Sanidad. Me propusieron colaborar en el desarrollo de los programas de atención a las mujeres. Partiendo de la consideración de la matrona como elemento básico para mejorar la atención a la salud de las mujeres, si trabajaba desde el hospital tendría la oportunidad de expandir los cuidados de las matronas a otras áreas donde no estábamos presentes pero podíamos y debíamos estarlo.*

*Era una oportunidad para las matronas y, para conseguir cambios, creía que debía hacerlo trabajando junto a ellas y no desde un despacho.*

*Por eso lo hice, fue un trabajo arduo, pero conseguimos buenos resultados, en la época de más dificultades económicas (2011-2015) se amplió la plantilla de matronas pasamos a estar en la planta de hospitalización de puerperio, en el centro de salud sexual y reproductiva «La Cagiga» y en la urgencia obstétrico-ginecológica. Además, creamos registros informatizados de la atención al parto y al puerperio del parto normal y el informe de matrona al alta hospitalaria.*

*No fue un camino fácil, los obstáculos fueron numerosos. Pero en este caso, llamará la atención saber que contábamos con el apoyo real de la Consejería de Sanidad y, especialmente, de la directora de enfermería, Zulema Gancedo, gracias a su apoyo conseguimos esos avances. Al mismo tiempo, teníamos de frente a un sector importante de ginecólogos que rechazaban cualquier paso adelante en la autonomía y liderazgo de las matronas. Tampoco podemos obviar que, frecuentemente, uno de los mayores obstáculos está dentro del grupo y no todas las compañeras apoyan los cambios; puede ser el miedo al cambio, el no por el no, los celos profesionales..., hacen que se pierdan muchas oportunidades y acaban haciendo mucho daño al progreso del grupo.*

**P: En ese mismo año asumes la dirección de la Unidad Docente de Matronas en Santander durante cuatro años. ¿Puedes compartir tu experiencia en esa UDM, qué supuso para ti a nivel personal y profesional?**

*R: La dirección de la Unidad Docente estaba asociada a la supervisión del Área de partos del hospital desde hacía uno o dos años. Por lo tanto, al incorporarme al puesto de supervisión, simultáneamente me incorporé a la dirección de la UDM.*

*Fue un trabajo muy intenso, empecé por revisar la situación de la que partíamos y conocer el funcionamiento interno de la gestión de la unidad.*

*Todas las funciones eran de mi responsabilidad: la programación de la formación, la gestión de los recursos, la parte administrativa,... porque no había personal de apoyo.*

*Con mucho trabajo, también pudimos hacer mejoras. Se compraron materiales para hacer talleres de simulación, se impulsó la formación en investigación y reorganizaron algunos rotatorios para ampliar la formación clínica en ginecología.*

*Se hizo, tanto en el paritorio como en la gestión de la UDM, todo lo que cuatro años permitieron hacer. No dio tiempo a más.*

**P: Ahora llevas 6 años en un Centro de Salud como matrona. ¿Cuál es tu balance de todos estos años tanto de matrona en el hospital y en atención primaria? ¿Recomendarías a las matronas que no tienen ambas experiencias el paso por los dos ámbitos asistenciales? ¿Crees que se le da mucha más importancia a la hospitalaria? ¿Está el papel de la matrona en AP en riesgo de desaparecer?**

*R: Mi balance es positivo, profesionalmente he tenido la fortuna de poder elegir dónde trabajar. Aunque haya tenido momentos con algunas dificultades he conseguido los objetivos que me había propuesto a excepción de uno*



Reunión con la Consejería de Sanidad y la presidenta de la AEM para hablar de competencias

*que quedó inacabado, por causas ajenas.*

*Intento ir cada día a trabajar con ilusión, no tener prisa y dedicar a cada acción el tiempo que necesita.*

*Sí recomendaría y facilitaría poder trabajar en ambos ámbitos asistenciales porque te enriquece no solo profesionalmente, sino también personalmente. He recibido muchos más gestos de agradecimiento de las mujeres y familias a quienes he atendido en atención primaria, en estos seis años, de los que he recibido en los más de 25 en la atención hospitalaria.*

*Es un reto profesional, después de haber trabajado más de 20 años en un ámbito hospitalario cambiar a una consulta de atención primaria, tienes que adaptarte a unos programas, protocolos y procedimientos que no manejas y muy probablemente desconoces. Pero te da la oportunidad de verlo todo desde otro prisma. En el paritorio atendemos a las mujeres en un momento muy concreto y muy emocional de sus vidas, vemos solo una fotografía que frecuentemente se estereotipa y encasilla e incluso condiciona la perspectiva desde la que observamos y atendemos durante esas horas. Sin embargo, en las consultas vemos una evolución. En muchas ocasiones, incluso puedes conocerlas desde hace tiempo; conoces su entorno; puedes anticiparte a cómo será la fotografía que lleve en el momento del parto y sabes que posiblemente no representará cómo es ella de verdad.*

*Trabajar en Primaria, me amplió el campo de visión, flexibilizó la forma de mirar y entender la mochila que cada uno soporta, me hizo más sensible a muchos aspectos que consideraba banales. Cuando percibí que determinadas experiencias, que para mí eran indiferentes, emocionaban a las mujeres independientemente de su nivel de formación, edad o nivel económico, entendí que si a la mayoría les conmovía... la que estaba fuera de onda, era yo.*

*La atención hospitalaria tal y como está configurado nuestro sistema sanitario tiene más impacto. Tenemos grandes hospitales, muy tecnificados que generan la sensación de mayor protección y seguridad en la población y, generalmente, los profesionales del ámbito hospitalario también se*

*consideran más cualificados, se consideran el vértice de la asistencia sanitaria. Desde mi punto de vista, están muy equivocados.*

*No creo que la matrona en atención primaria esté en riesgo, muy mal tendríamos que hacerlo para desaparecer, pero no podemos descuidarnos. Nuestro objetivo es crecer.*

*Somos profesionales determinantes en la asistencia sanitaria en atención primaria pero tenemos que saberlo, creérnoslo, demostrarlo y defenderlo. Tenemos que abrir las puertas de las consultas y debemos asumir todas las competencias que tenemos, con responsabilidad, pero sin miedo. Tenemos que hacer entender a los gestores que el profesional sanitario en términos de coste-efectividad, para la asistencia sanitaria a las mujeres, somos las matronas.*

*Nuestro mayor éxito profesional llegará cuando las mujeres, teniendo la opción de elegir, prefieran ser atendidas por una matrona.*

**P: Maite, no quiero ahondar en tu vida personal pero en 2017 defendiste tu tesis doctoral en uno de unos peores momentos de tu vida, una tesis titulada “Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria”**

**¿Crees que la matrona puede ser un factor para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna? ¿Cuáles fueron las conclusiones a destacar de tu tesis?**

**R:** *Naturalmente que la matrona puede contribuir en todo lo relacionado con la lactancia, tenemos la oportunidad de acompañar a las madres desde antes de la gestación, durante el parto, el puerperio y la lactancia. Respetando la decisión que tome la mujer, para ella, somos el profesional referente en todo el proceso y la garantía en la continuidad de los cuidados.*



*Entre las conclusiones podemos destacar algunas en las que podemos intervenir. Por ejemplo, la decisión prenatal de amamantar es el mayor predictor de la iniciación de la lactancia y la experiencia previa que tengan las madres de LM, uno de los mayores predictores de riesgo de la duración. También, informarse en los temas relacionados con el amamantamiento actuaba como un factor favorecedor de la iniciación y sabemos por otros estudios que para aumentar el inicio de la lactancia, la información y concienciación deben realizarse antes de la gestación.*

*Por lo tanto, si ayudamos a que las madres tengan decidido amamantar antes de la gestación, por ejemplo, informándolas sobre la lactancia en la consulta preconcepcional, estaremos contribuyendo a mejorar las tasas de inicio.*

*Del mismo modo, los resultados encontraron que era más frecuente que no iniciaran la lactancia las madres que habían tenido una mala experiencia con la lactancia de otros hijos, mientras que aquellas que habían tenido una experiencia «exitosa», eran más propensas a dar el pecho.*

*Dado el impacto que tiene la experiencia del amamantamiento en los periodos de lactancia futuros, las matronas apoyando y motivando a las madres, no solo a iniciar sino también a mantener la lactancia, podemos conseguir que esa etapa se viva como una experiencia positiva y satisfactoria, aunque no logre ser prolongada, de esta forma también estamos favoreciendo mejorar los resultados en lactancias futuras.*



H. de Laredo: Entrega del Galardón IHAN

**P:** Maite, también he leído que fuiste delegada de un sindicato de enfermería como es el SATSE durante 14 años, y contrariamente a lo habitual, sin estar liberada de tu trabajo como matrona ¿qué aportó tu paso por el sindicato a nivel personal y profesional para dedicarle tantos años? Según tu opinión ¿las matronas estamos bien representadas a nivel laboral en los sindicatos? ¿Por qué no hay muchas matronas en los sindicatos liderando?

**R:** Heredé este cometido al jubilarse Modesta Hernáiz, una matrona en mayúsculas y un referente en nuestra Comunidad. Insistió y perseveró hasta que acepté, pero continuaría trabajando como matrona en Laredo y atendería, únicamente, los temas relacionados con las matronas. Así lo hice. La verdad es que no me veía en el papel de delegada sindical, soy una persona bastante reservada y no me gusta estar expuesta. Lo acepté porque creo que es necesario implicarse, no podemos esperar a que lluevan del cielo las cosas, tampoco a que sean otros los que las hagan por nosotros. Tardé un tiempo en centrarme y en saber moverme en ese ámbito pero poco a poco fue dando sus frutos. Siempre he tenido el apoyo de la Secretaría Autonómica y el apoyo y asesoramiento jurídico necesario cuando lo hemos solicitado. También se vivieron momentos difíciles, pero con resultados altamente satisfactorios. Me alegro de haberlo aceptado, de no haberlo hecho, la realidad de las matronas de Cantabria sería bien diferente.



Asamblea de huelga de 2019

*Es posible que las matronas no estemos bien representadas en los sindicatos, en general, pero ¿qué hemos hecho para estar representadas? Nadie regala nada. Estar en la actividad sindical no es una labor remunerada, ni bien considerada; «ser sindicalista» en muchas ocasiones, se utiliza despectivamente. Es un trabajo ingrato aunque lo hagas de forma desinteresada, donde no se ven los frutos de forma inmediata, hace falta tesón y perseverancia, estar muy seguro de lo que quieres conseguir, estar bien asesorado legalmente porque hay muchas cosas que pueden ser justas, pero no son legales y la justicia no siempre es justa. Puedes tardar años en conseguir lo que pretendes y pueden intentar ofenderte desde muchos frentes diferentes.*

**P: Leyendo parte de tu vida a nivel curricular, leo que también estuviste en diferentes comisiones, entre ellas, en 2012 como vocal en la Comisión Nacional para la Especialidad de Matrona ¿qué supuso esa experiencia en el Ministerio? ¿Crees que se ha perdido o ganado poder de decisión en estos últimos años de la Comisión?**

*R: Esta experiencia ha sido totalmente diferente. Es un ámbito importante y trascendente porque en esta Comisión se tratan los temas relacionados con la formación de las futuras matronas de España. Pero es un órgano consultivo, las decisiones finales las toma el Ministerio. Trabaja para salvaguardar la calidad de la formación.*

**P: Maite, has formado parte de otros muchos comités, tanto de investigación como de puesta en marcha de programas o de la EAPN en tu Cantabria del alma ¿realmente consideras necesario que las matronas estemos presentes en cualquier lugar donde se hable de Salud Sexual y Reproductiva? ¿Consideras que las matronas en general nos involucramos poco en la parte institucional o en la gestión? Si es así, ¿a qué crees que se debe?**

*R: Sin lugar a dudas, las matronas debemos estar en todas las áreas de decisión de los temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva. Lógicamente deberíamos estar dentro del ámbito de la gestión ¿cómo es posible que las áreas materno-infantiles no estén gestionadas con supervisoras, subdirectoras o directoras de enfermería que sean especialistas en enfermería Obstétrico-Ginecológica? ¿Para qué sirven tantas especialidades de enfermería si la más reconocida social y administrativamente aún no tiene el desarrollo ni el liderazgo que requiere una asistencia sanitaria moderna y eficiente en el siglo XXI?*

*Posiblemente, el problema no sea que las matronas nos involucremos poco en la gestión o en la parte institucional, más bien creo que hay pocas opciones para hacerlo. ¿A qué se debe? Probablemente, por un lado, a la falta de perspectiva de los gestores y, por otro, al desasosiego que seguimos ocasionando en una parte del colectivo sanitario que no pertenece a la profesión de matrona. Aunque todos los profesionales podemos aportar en la atención integral a las mujeres, no podemos olvidar que los planes formativos de las matronas nos capacitan específicamente para ello. Siempre hemos proyectado autonomía y fortaleza.*

**P: Maite, se me hace corta esta entrevista pero hay una pregunta obligada que hago a casi todas las personas que entrevisto y más, habiendo sido tú la responsable del inicio y acreditación de la UDM en Cantabria ¿Cómo ves el futuro de la profesión de Matrona?**

*R: El futuro no solo dependerá de nosotras, pero debemos hacer todo lo que podamos para mejorarlo. No podemos permitir que sean otros quienes lo hagan porque obtendríamos peores resultados.*

*Necesitamos urgentemente que, en toda España, se amplíe la oferta de plazas de matronas en formación, empezando porque cada UDM oferte todas las que tiene acreditadas. Cantabria, por ejemplo, solo oferta cinco, de las diez que tiene acreditadas. Necesitamos más matronas.*

*Necesitamos defender nuestra autonomía en cada ámbito asistencial. Liderar las unidades donde se atienden a las mujeres en los hospitales, centros de salud, centros de salud sexual y reproductiva...*

*Desarrollar sin cortapisas todas nuestras competencias en todos los programas de atención a la salud de las mujeres, con profesionalidad y liderazgo.*

*Y, sobre todo, necesitamos que las mujeres y las familias conozcan lo que puede ofrecerles hoy una matrona.*

**P: Bueno Maite, estamos en el final de esta entrevista y no sé si será una pregunta comprometida, porque sigues en activo, pero por tu experiencia tanto en cargos de gestión, como presidenta de una asociación con fines científicos y profesionales, como vocal también en el colegio de enfermería durante unos años y por un largo etcétera más, según tu opinión, ¿qué nos falta, de ser así, para ser realmente autónomas y/o más respetadas entre otros profesionales?**

*R: Creo que necesitamos de forma urgente una legislación estatal y autonómica que recoja y regule las funciones y competencias de las matronas adecuándolas a nuestro plan formativo.*

*Instar a las Autoridades Sanitarias para introducir matronas en el ámbito de la gestión de los servicios y en las áreas de la administración sanitaria.*

**P:** No sé si se me ha quedado alguna pregunta por hacerte o hay alguna aportación más que quieras hacer o algún mensaje para las nuevas promociones, las que están o las que vendrán, esta es ya la última pregunta, adelante.

**R:** Deben creer más en la profesión de matrona y reconocer que los progresos de una profesión se hacen en grupo. Es la carrera de fondo de un equipo anexionado por intereses similares donde lo individual debe dar paso al interés colectivo. Para avanzar en nuestra profesión es necesario poner el talento individual al servicio del grupo para trabajar por objetivos claros y comunes. Tesón y perseverancia.

*Es una labor altruista, aunque a veces ingrata, al final, resulta generosa y satisfactoria ya que es muy difícil fracasar cuando el grupo tiene fortaleza.*



Fiesta de la Patrona

En nombre de la Asociación Española de Matronas, que se enorgullece en tenerte también como asociada de la misma, agradecerte Maite el tiempo que nos has dedicado y la generosidad en tus respuestas.

Sirva esta entrevista como el reconocimiento que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando desde hace algún tiempo, para dar visibilidad a tantas mujeres, matronas que forman o han formado parte de la historia de la profesión. Aunque con una imagen, aparentemente, de inicio algo serio, propio del carácter cántabro, eres una persona cariñosa, amiga de tus amigas y exigente con la profesión, a la que has entregado y sigues entregando tanto. Te deseo que el camino que te queda por recorrer sea tan gratificante como el ya vivido.

Expresarte, personalmente, que ha sido un placer descubrir otras facetas de tu trayectoria al realizarte esta entrevista, muchas gracias Maite.

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](mailto:ahernandezmetodologia@gmail.com)

[https://docs.google.com/forms/d/1dslBgpJbJ3IRPhGrIMoGIbxtHRAVfiMTUrQvfVz6QM/viewform?edit\\_request\\_ed=true](https://docs.google.com/forms/d/1dslBgpJbJ3IRPhGrIMoGIbxtHRAVfiMTUrQvfVz6QM/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.



## HOMENAJE POSTUMO A LA MATRONA DEL CENTRO DE SALUD NTRA. SEÑORA DEL CASTILLO DE LEBRIJA

A Dña. Mª Carmen Carrasco Mialdea

En el aniversario de su fallecimiento por Covid, el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla ha dedicado un sentido homenaje a María del Carmen Carrasco Mialdea, matrona que desarrollaba su labor en el centro de salud 'Nuestra Señora del Castillo' de Lebrija.

Un acto emotivo, que se convirtió en un sincero y emotivo reconocimiento póstumo a una compañera muy querida y valorada, y en el que se descubrió una placa en su memoria y recuerdo permanente.

El homenaje ha tenido lugar en el centro de salud de Lebrija, lugar de trabajo durante casi 40 años de María del Carmen, que llegó a la Zona Básica de Salud de Lebrija hacia el año 83. El acto ha contado con el calor de sus compañeros, familia, dirección del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla y el Ayuntamiento.

María del Carmen Carrasco Mialdea fue la quinta víctima mortal de la pandemia entre el sector sanitario en la provincia y la primera en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, triste noticia de la que dimos cuenta en su día en INFOMATRONAS.

Desde 1983 en el centro de salud de Lebrija, atendió a un sinfín de mujeres a las que controló su embarazo e incluso ayudó a dar a luz en aquellos casos de extrema urgencia.

El coronavirus la sorprendió a los 62 años de edad, muy cerca de su jubilación, tras una larga lucha de 35 días ingresada en la UCI del Hospital de Valme, falleció el 7 de diciembre del año pasado.

Compañeros y usuarias, junto a su familia que llora su pérdida, la recordarán siempre por su magnífica labor profesional y su excelente trato humano. D.E.P.

V CONGRESO



CROG

9/10/11  
MARZO  
2022  
VALENCIA

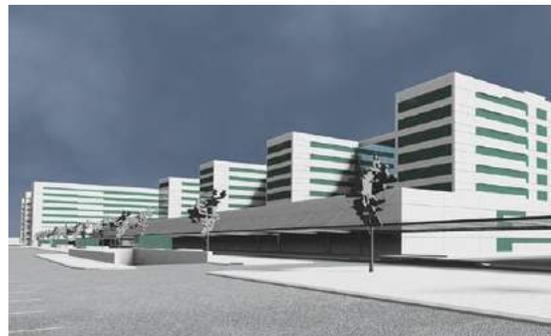
CONTROVERSIAS  
EN REPRODUCCIÓN  
OBSTETRICIA  
Y GINECOLOGÍA

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

<http://www.crog.es/crog2022/informacion.html>  
<http://www.crog.es/crog2022/programa.html>  
<http://www.crog.es/crog2022/inscripciones.html>

Info  
MATRONAS

Hospital Universitari i polítènic La Fe  
Salón de Actos - Edificio de Docencia  
Hospital Universitari i Politècnic La Fe  
Avinguda de Fernando Abril Martorell, nº 106.  
46026 Valencia



**AUSPICIOS**



[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)



[www.matronas-cv.org](http://www.matronas-cv.org)



S O G C V



## CURSO SEXUALIDAD PARA MATRONAS (ON LINE)

Info  
MATRONAS

AMALTEA Y Matro Sexología  
INSTITUTO DE SEXOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

Curso Online **180€**

**"Sexualidad para Matronas"**

25 Enero  
1, 8 y 15  
Febrero  
17-20h  
12h

Información e inscripciones en  
celia@matrosexologia.com

### Información Útil

- Las clases las realizaremos a través de la plataforma Zoom. Hemos considerado que dicha aplicación, reúne las mejores condiciones de interactividad y se utiliza de manera sencilla e intuitiva.
- 15 minutos antes de cada clase te haremos llegar el enlace correspondiente para poder acceder a la plataforma y que será específico para cada jornada formativa.
- Las clases NO se grabarán debido al carácter interactivo para poder salvaguardar la opinión de los/as participantes.
- Para la obtención del Certificado será necesaria la asistencia al 75% del curso.



### 25 de Enero de 2022

- BLOQUE I. Conceptos básicos en Sexología.
- Información básica para manejarse con rigor científico.
- Historia sexológica.
- Reflexionar acerca de la patología y la normalidad.

#### BLOQUE II. Sexología evolutiva. Nociones mínimas.

- Procesos de adquisición de la Identidad sexual y sus implicaciones.
- Procesos de adquisición de la orientación sexual y las conductas más habituales en torno a la erótica.
- La construcción y vivencia de la realidad sexuada: hombre y mujer. Encuentros y desencuentros desde la diferencia como valor.



Imparte  
**Silberio Sáez Sesma**



Imparte  
**Celia Navarro Gil**



### 1 de Febrero de 2022

BLOQUE III. Atención a la sexualidad en el ámbito de la Matrona.

- Educación Sexual en el ámbito escolar ¿Qué podemos aportar las matronas?.
- Educación Sexual en el ámbito de Educación Secundaria. ¿Ahí también? Sí
- Educación Sexual en el ámbito no formal.
- La Consulta de la Matrona
- La Matrona en la Consulta de Fertilidad

#### BLOQUE IV. Sexualidad y Mujer.

- Cómo es la Respuesta sexual de la mujer.
- Cómo funciona el deseo sexual.

Silberio Sáez Sesma.  
Doctor en Psicología. Máster en Sexología.

Celia Navarro Gil. DUE-Matrona. Doctora en Psicología. Máster en Sexología, Educación Sexual y Asesoramiento Sexológico. Máster Universitario de Ciencias de la Enfermería

## 8 de Febrero de 2022

BLOQUE V.A. Intervención en Asesoramiento sexológico.

- El continuo de intervención Sexológica: Educación, Asesoramiento y Terapia. El tránsito aplicado de de lo educativo a lo asistencial; de lo grupal a lo individual; de la promoción, a los "problemas".
- Principios básicos de la atención sexológica desde el despacho: asesorías de sexualidad, consultas de atención primaria, centros de Atención a la Mujer.

BLOQUE V.B. Intervención en Asesoramiento sexológico.

- Análisis de casos prácticos.



Imparte  
**Silberio Sáez Sesma**



Imparte  
**Celia Navarro Gil**



## 15 de Febrero de 2022

BLOQUE VI. Sexualidad y Maternidad.

- Sexualidad y Maternidad:
  - a) Embarazo
  - b) Pérdida gestacional
  - c) Parto
  - d) Postparto, lactancia y crianza
- Trabajo específico con mujeres en el embarazo, postparto y crianza

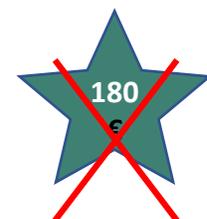
## Inscripciones

- Las inscripciones se pueden hacer cumplimentado el Google Doc disponible en la web [www.amaltea.org](http://www.amaltea.org) o bien escribiendo un email a [celia@matrosexologia.com](mailto:celia@matrosexologia.com)
- Una vez realizada la inscripción, te haremos llegar un email con la información para realizar el pago a través de Pay Pal o Bizum.
- La inscripción no se considerará efectiva hasta la realización del pago y recepción del email de confirmación de la plaza.



LOS SOCIOS DE LA  
ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
MATRONAS TIENEN  
DESCUENTO EN LA  
INSCRIPCIÓN AL  
CURSO

165€





## SIMAES REQUIERE A GALICIA PARA QUE MODIFIQUE EL PROYECTO DE CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERGAS E IMPIDA UN CONFLICTO COMPETENCIAL CON FAMILIAR Y COMUNITARIA.

La definición de nuevos roles en los equipos de atención primaria podría generar un conflicto competencial con enfermería familiar y comunitaria, por funciones que ya poseen las Matronas, que obligaría a impugnar el proyecto.

Conocido el contenido del documento denominado CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD, entre cuyos objetivos se especifica la “creación de equipos de atención primaria nos que se definan novos roles, marca como obxectivo a reordenación das competencias dos profesionais de atención primaria, establecendo como acción a creación dos grupos de traballo para a elaboración das carteiras de servizos das distintas categorías profesionais, entre as que está a de enfermería.”, en SIMAES creemos que genera un más que probable conflicto competencial derivado de la descripción de los nuevos roles que, claramente, entran en conflicto con determinadas competencias que ya poseen las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (MATRONAS), en relación a la salud de la mujer en todos los programas relacionados con la salud sexual, reproductiva y afectiva .

Recordando que la Matrona es un profesional con capacidad y autonomía en la toma de decisiones en la atención y el seguimiento de los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva sobre los que tiene plena responsabilidad en el marco de la interdisciplinaridad y multidisciplinariedad, tal y como también se recoge en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). Es la ley la que subordina el acceso a las actividades específicas de matrona y su ejercicio al correspondiente título, por otra parte especialidad única durante muchos años en este país que, a diferencia del resto de las actuales, no sólo tiene la más larga trayectoria de todas las existentes sino que, es la primera y única definida por directivas comunitarias específicas desde 1980 D CE(80/154), las cuales han sido modificadas a lo largo de más de dos décadas y finalmente traspuestas al derecho español por el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y Reglamento (UE) n.º 1024/2012.

Por ello se ha requerido que se proceda a la corregir y evitar errores importantes que determinarían un conflicto competencial que a nadie beneficia, advirtiendo que de no ser así nos veríamos obligados a impugnarlo por incumplimiento de la legislación vigente.

**Como prueba de cuanto advertimos y después de relacionar los puntos a revisar del documento, se informa al Consejero que existe jurisprudencia relacionada con este asunto, específicamente el relativo a la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección Cuarta, que en el año 2010 resolvió el recurso contencioso administrativo nº 985/2010, de 17 de Junio, interpuesto por la Asociación Española de Matronas contra la Orden SAS 1729/2010 de 17 de Junio, por la que se aprobaba el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, recurso en el que se interesaba la nulidad de su artículo 5.5 de dicho programa en lo referido a la atención a la salud sexual, reproductiva y de género, concluyendo en sentencia que determino que "la Orden SAS 1729/2010 no atribuye competencias para abordar materias relativas a la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica o Matronas", es decir, que aunque se incluye en la formación de los enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria algunos conocimientos de la salud reproductiva, sexual y de género, NO LES CAPACITA para dar atención profesional como especialistas porque no se les ha atribuido funciones.**

Nº 1642 ANDALUCÍA - PARITORIOS SIN MATRONAS EN CÁDIZ 21 DICIEMBRE 2021 

**SIMAES EXIGE AL CONSEJERO ANDALUZ QUE DEJE DE AVERGONZARNOS Y ADOpte MEDIDAS URGENTES EVITANDO LA EXISTENCIA DE PARITORIOS SIN MATRONAS EN LOS HOSPITALES CONCERTADOS DEL SAS EN CÁDIZ.**

El sindicato denuncia una situación ignominiosa, que contradice la evidencia científica y lo recomendado por la OMS, sin obviar que aumenta sustancialmente el número de cesáreas y reduce la satisfacción asistencial.





Una matrona en un paritorio de un hospital público de la Junta de Andalucía.

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

**SIMAES EXIGE AL CONSEJERO ANDALUZ QUE DEJE DE AVERGONZARNOS Y ADOpte MEDIDAS URGENTES PARA EVITAR LA EXISTENCIA DE PARITORIOS SIN MATRONAS EN LOS HOSPITALES CONCERTADOS DEL SAS EN CÁDIZ.**

El sindicato denuncia una situación ignominiosa, que contradice la evidencia científica y lo recomendado por la OMS, sin obviar que aumenta sustancialmente el número de cesáreas y reduce la satisfacción asistencial.

Sabedores de que en una sesión de control al gobierno andaluz en el Parlamento, se respondía a la pregunta de por qué en los hospitales de Cádiz del Grupo Pascual no hay Matronas (los hospitales de el Puerto de Santa María, Villamartín y Sanlúcar de Barrameda), con "... esos conciertos se hicieron en el anterior gobierno...", y en apoyo a las reiterados escrito de la Asociación Andaluza de Matronas denunciando durante años esta situación, SIMAES ha cursado un escrito requiriendo al Consejero de Salud y Familias de la Junta de Andalucía para que actúe urgentemente para evitar esta situación que nos avergüenza a todos.

Lo curioso de este tema es que en Mayo de 2018, meses antes de que el actual partido gobernante consiguiera la Presidencia de la Junta de Andalucía, éste presentó una moción provincial en Cádiz para que de manera inmediata se proveyera de Matronas en los hospitales mencionados. Transcurridos más de tres años, aún existen paritorios sin Matronas en esos tres hospitales que atienden a más de 280.000 personas y no hay ni una sola Matrona para atender los partos.

No lo merecen ni las Matronas ni las mujeres andaluzas, es ignominioso que esta situación se mantenga en el tiempo, sea quien sea el autor del atropello. Todas las mujeres tienen derecho a acceder a la atención especializada por parte de una Matrona en condiciones de igualdad, en su proceso de embarazo, parto y puerperio, independientemente de su lugar de residencia, no sólo porque es lo más idónea según la OMS y porque así lo determinan varias directivas comunitarias y normas españolas, sino por pura racionalidad.

Existen muchos informes nacionales e internacionales, que demuestran la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y fetal en los embarazos de bajo riesgo conducidos por Matronas, así como el aumento de la satisfacción de las familias, por lo que se adjunta al escrito diversos informes que prueban la idoneidad de las Matronas. Por el contrario, según AAM la situación en estos hospitales es muy grave por ser los que tienen más alto porcentaje de cesáreas, añadiendo que "hay sitios que están súper acostumbrados a que esto ocurra" y llevamos años denunciando y reivindicando un personal especializado de obstetricia en todos los paritorios.



Nº 1641 POLÍTICA SANITARIA - PROYECTO DE LEY DE REDUCCIÓN DE LA TEMPORALIDAD EN EL EMPLEO PÚBLICO. 20 DICIEMBRE 2021

**EL "INTERINAZO", SI NO SE MODIFICA, NO SÓLO RETRASA YA LAS OPE, SINO QUE PODRÍA SUPONER UN LARGO PROCESO CON SUFRIMIENTO PARA TODOS.**

Nada apunta hasta ahora que esta norma sea indolora, podría verse afectada por recursos "a discreción", incluso de inconstitucionalidad, y el proceso dilatarse generando incertidumbre y frustración.





MÁS INFORMACIÓN

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

**EL "INTERINAZO", SI NO SE MODIFICA, NO SÓLO RETRASA YA LAS OPE, SINO QUE PODRÍA SUPONER UN LARGO PROCESO CON SUFRIMIENTO PARA TODOS.**

Nada apunta, hasta ahora, que esta norma sea indolora, podría verse afectada por recursos "a discreción", incluso de inconstitucionalidad, y el proceso dilatarse generando incertidumbre y frustración.

El desarrollo efectivo del "interinazo" puede traer "cola". De momento la incertidumbre por la ley de Estabilización del Empleo Público lo que ha provocado es la paralización general de todas las Ofertas Públicas de Empleo (OPE) de estabilización. Esta norma (actualmente Proyecto de Ley de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público), aprobada el pasado día 2 de diciembre en el Congreso de los Diputados, se encuentra en tramitación en el Senado y, si no se regula bien, puede acabar en un largo periplo por los tribunales que podría retrasar muchas OPE's más de 5 años. Su actual redacción está llena de aspectos poco claros que pueden generar litigiosidad en forma de reclamaciones, impugnaciones o demandas, y tal y como se desenvuelven los juzgados, éstos procesos podrían dilatarse entre 2 y 5 años.

Entre los principales argumentos para impugnarla está la de que puede ser considerada "excluyente" e incluso "discriminatoria", puesto que no tiene intención de establecer sanciones contra el abuso de la contratación temporal, como establece la directiva comunitaria de reducción de la temporalidad, y se centra en unos colectivos muy concretos: interinos de larga duración con reconocimiento de puesto estructural desde antes del 1 de enero de 2016. Es decir, deja fuera a quienes llevan incluso más tiempo encadenando contratos pero que no cuentan con un vínculo ininterrumpido.

Se podría dar el caso de que muchos interinos perdiesen su plaza por cese porque interinos o, incluso fijos, de otras comunidades autónomas pueden querer cambiar de comunidad y presentarse a este proceso, con lo que quien lleve incluso años en un puesto lo pueda perder por otra persona de otra región que lo adquiera. Igual podría ocurrir con los fijos que realizan promoción interna, puesto que nada impide al fijo hacer una promoción interna y consolidar puesto. Además, no se van a generar nuevas plazas para que las ocupen interinos, lo que ocurrirá previsiblemente es que si el proceso es para todo el mundo sólo se consiga una especie de movilidad administrativa entre los ya empleados: si se va un fijo al puesto de un interino por concurso de méritos, se crea una nueva plaza temporal, porque la plaza del fijo queda vacante.

No conviene generar falsas expectativas, no va a ser fácil tener una plaza fija sin superar unas oposiciones, otra cosa es lo que los políticos tratan de vender para su propio beneficio. Hay intereses encontrados que podrían incluso interponer recurso de inconstitucionalidad, lo que retrasaría aún más el desarrollo efectivo en esta norma.

¿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?

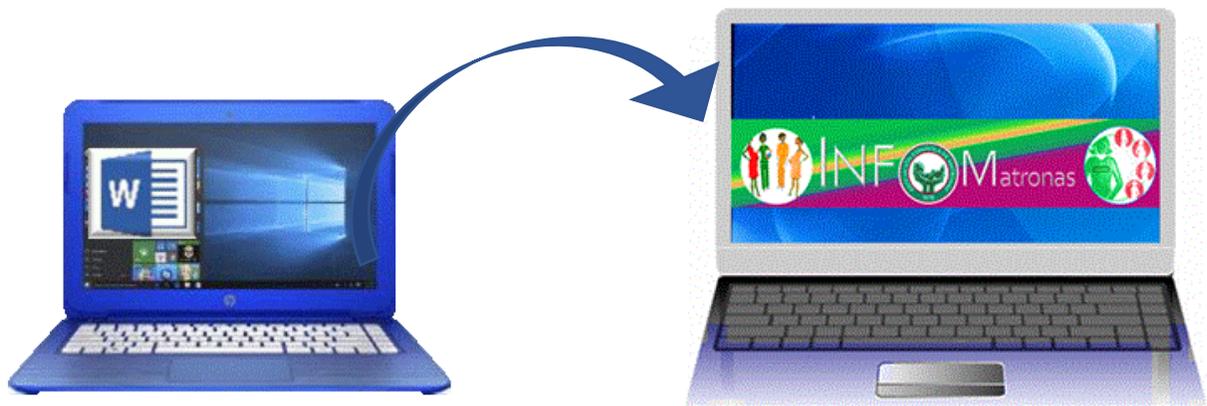
¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

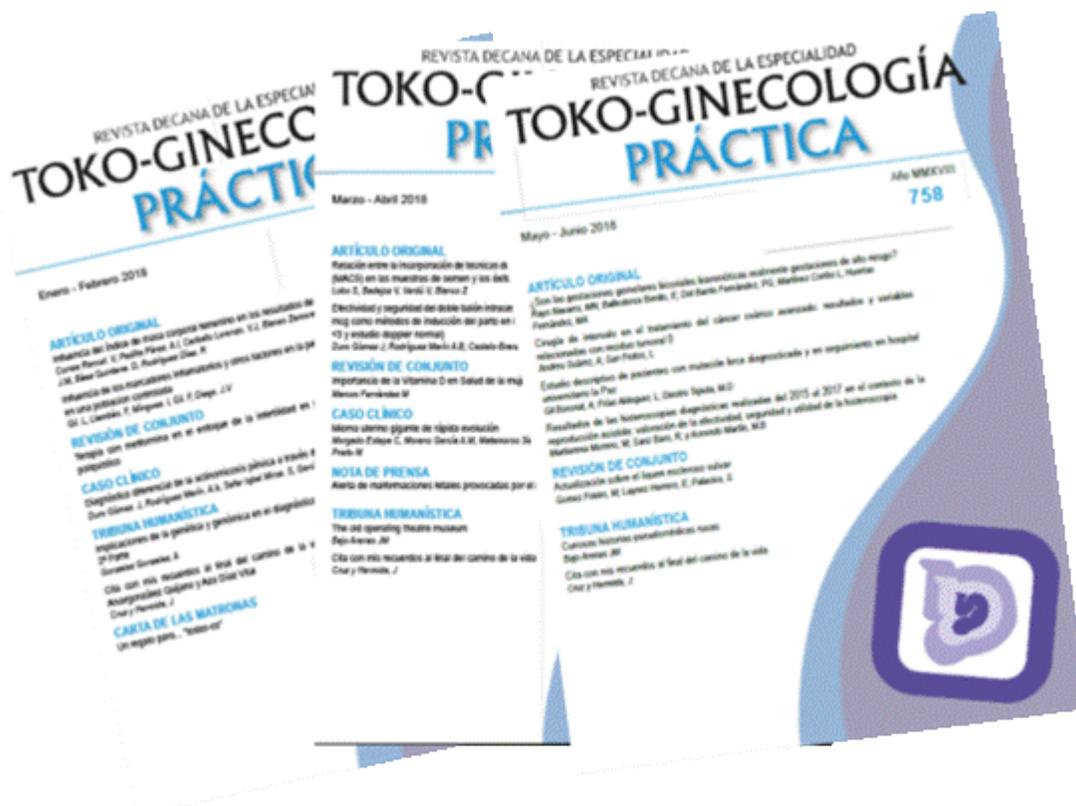
Si eres muy tímida/o, puedes crear tu seudónimo.  
Textos en Word. Extensión máxima hasta 1500 palabras

[infomatronas@gmail.com](mailto: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](mailto: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](http://www.aesmatronas.com)) se encuentra el archivo histórico de esta revista, 1º Etapa (1983-1986), 2º Etapa, (1992-2001) al que se van añadiendo las de la actual 3º 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.

Info  
MATRONAS



**¡ULTIMO NÚMERO!**  
**Descargar**  
**[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)**

## INAUGURADO UN MONUMENTO DEDICADO A LAS ENFERMERAS Y MATRONAS DE VIZCAYA

**El Colegio de Enfermería ha inaugurado en Bilbao un monumento dedicado a las enfermeras y matronas de Vizcaya, en un acto que ha contado con representación institucional política, sanitaria y social.**



La escultura, denominada **'Burdin arimak – Almas de hierro'**, obra del artista vasco Jesús Lizaso, se ubica en un parterre del parque de Botica Vieja, junto a la ría de Bilbao.

El lehendakari, Iñigo Urkullu, durante la inauguración, afirmaba que *“si algo define el trabajo de enfermeros, enfermeras, matrones y matronas es la cercanía a las personas, vuestra capacidad de adaptación y el compromiso con los valores que la sociedad reconoce. Cuidar, enseñar a cuidarse o enseñar a cuidar a otras personas, hace que vuestra aportación a la comunidad resulte de gran valor»*.

Apostillaba que *“en una sociedad cada vez más necesitada de cuidados, con el reto del envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas, con más personas mayores que viven solas, necesitamos profesionales que respondan con capacidad y cercanía, con conocimiento y humanidad. La sociedad os necesita”*.

Igualmente, el presidente del Gobierno vasco ha incidido en que, en relación con la pandemia, la labor de las y los profesionales de Enfermería y Matronas *“ está siendo esencial: atendiendo a las personas, en la red de vigilancia o en el despliegue de la vacunación masiva, con unos resultados excelentes”*.

Por su parte el Alcalde de Bilbao cuyo consistorio otorgó hace dos años la Medalla de Oro de la Villa —el máximo galardón del Consistorio— al Colegio de Enfermería de Vizcaya por su trabajo de más de un siglo en favor de la salud de toda la ciudadanía, expresó el reconocimiento a la profesión de Enfermería. Alabó *“su vocación de servicio a las personas, ejemplo de solidaridad profesionalizada que ha demostrado su importancia durante los meses más duros de la pandemia del COVID-19, pero también en el día a día de ambulatorios y centros asistenciales, en las visitas domiciliarias a personas mayores o pacientes con discapacidad o en situación de dependencia, en las unidades de cuidados intensivos, o en la atención paliativa en las fases finales de la vida”*.

La presidenta del Colegio de Enfermería de Vizcaya recordaba los momentos duros que ha vivido la profesión que, *“periódicamente, la han puesto a prueba. Baste recordar crisis tan importantes como la gripe de 1918, la Guerra Civil, la explosión de gas del colegio Marcelino Ugalde de Ortuella o, más recientemente, la pandemia de COVID-19”*. María José García Etxaniz continuaba su discurso afirmando que en todas las crisis *“las enfermeras y enfermeros de Vizcaya hemos respondido de manera comprometida con nuestra vocación y nuestra voluntad de cuidar. Poniéndonos al frente de la vanguardia sanitaria, proporcionando los cuidados de salud que la población del Territorio necesitaba de manera más imperiosa que nunca. Muchas veces con temor, sí. Pero en la primera línea del frente”*.

La crisis de LA covid-19 ha vuelto a poner en valor la vocación de servicio de los 9.000 enfermeros y enfermeras de Vizcaya han realizado en la atención sanitaria durante esta pandemia, lo que ha motivado a ~~la~~ la Junta de Gobierno de ese colegio a este homenaje para que perdure una huella indeleble en la capital de Vizcaya de esas *‘Almas de hierro’ que nos han precedido”* - ,ha concluido la presidenta haciendo alusión, al nombre con el que se ha bautizado la escultura en homenaje a este colectivo profesional de Vizcaya.

Arrojando a la presidenta del Colegio de Enfermería de Vizcaya ha estado Begoña Martínez Borde, como vocal de Matronas del Colegio, junto con toda la Junta de Gobierno y muchos otros profesionales invitados.



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-  
- XXFAME-

FAME  
Federación de Asociaciones de Matronas de España

APMEX  
ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS

@tolelonson



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

Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad

Info  
MATRONAS

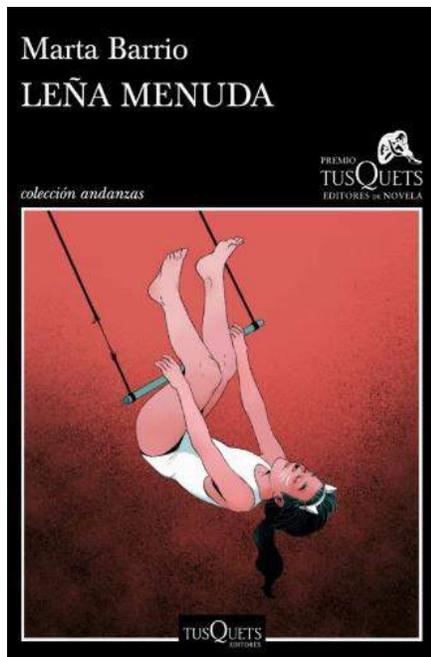


**iHAN**

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

TODA LA INFORMACIÓN:

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



## LEÑA MENUDA

- ISBN: 978-84-1107-013-3
- Encuadernación: Rústica
- Fecha de edición: 01/10/2021
- Año de edición: 2021
- Idioma: Castellano
- Autora: Barrio, Marta
- Número de páginas: 320
- Colección: Andanzas

La novela *Leña menuda*, escrita por Marta Barrio (New Haven, EE. UU., 35 años) es el libro ganador del XVII Premio Tusquets Editores de Novela 2021. El jurado fue presidido por Almudena Grandes e integrado por Antonio Orejudo, Eva Coscolluela, Bárbara Blasco (ganadora en su anterior convocatoria) y, en representación de la editorial, Juan Cerezo.

En el comunicado oficial, el jurado indica que la novela es «a desgarradora historia de una pérdida prematura». Almudena Grandes afirma que es «una novela de la que ningún lector puede salir indemne. Una crónica implacable del sufrimiento que es capaz de proyectar luz y esperanza en el futuro». Por su parte, Antonio Orejudo nos dice que es «una pesadilla sobrecogedora y traumática narrada con serenidad, humor y dulzura» y Bárbara Blasco declara que es «un inquietante viaje, físico y literario, a través del cuerpo femenino. Una novela sobria y sensible que atrapa desde el principio hasta el final.» Para Eva Coscolluela es «una historia desgarradora contada con extraordinaria lucidez. Marta Barrio transforma el dolor en literatura en una historia que sacude y conmueve».

Marta Barrio declara que decidió escribir esta novela inspirada en el secreto que le contó una amiga que había viajado con su pareja a interrumpir su embarazo y no se lo contó a nadie. Por lo tanto, con su relato quiere dar voz a las mujeres que han

vivido esta terrible experiencia, quiere luchar por los derechos de las mujeres sacando a la luz el hecho de que hay muchas que se enfrentan a problemas durante el embarazo y se sienten obligadas a silenciar un duelo tan profundo como tener que abortar y perder a un bebé sin contar con la ayuda psicológica necesaria para superar esta pérdida. Por ello, afirma que existe lo que le «parece una doble violencia tanto física como institucional» y que quiere que su relato sirva como agente de cambio social.

El libro, que se narra como un diario, es el relato de un embarazo que abarca desde que el test da positivo hasta la fecha en la que habría salido de cuentas la embarazada.

La protagonista de la novela es una joven de la que no conocemos su nombre que, tras la confirmación de su embarazo no planificado, empieza a vivir con ilusión su nueva situación. Describe cómo vive los cambios fisiológicos y emocionales que experimenta, su aceptación y adaptación, los mitos que giran en torno al embarazo, la búsqueda de información, su estricto cumplimiento de las recomendaciones para su embarazo y las expectativas que tanto ella como su pareja se crean: empiezan a pensar en el nombre de su bebé, se imaginan la vida con él, hacen planes para adaptar su vida...

Cuando ya está de 32 semanas de embarazo, yendo



a trabajar, le sorprenden unos perros que la tiran al suelo. En el hospital al que acude tras el incidente le confirman que el feto no ha sufrido daños, pero un doctor experimentado observa algo extraño en las ecografías y diagnostica una patología que debería haberse detectado previamente: acondrogénesis, una enfermedad que puede ser muy grave y no tiene cura. No saben si, tras el parto, el bebé lograría vivir y, si lo hace, en qué condiciones, por lo que decide ir a Bruselas a interrumpir el embarazo con el convencimiento de que es la mejor decisión. En el relato se aborda de manera valiente un tema tabú, invisibilizado y silenciado como es la muerte perinatal y muy especialmente las mal llamadas «interrupciones voluntarias del embarazo». La autora nos hace vivir con la protagonista los terribles días desde que percibe que algo pasa, porque cada vez hay más médicos a su alrededor mirando la pantalla del ecógrafo; y, lo que más le aterra: sin decirle nada a ella. Por fin le dan un diagnóstico, se plantea el aborto y lo lleva a cabo. Quedan expuestos sus miedos y su dolor al tener que tomar una dura decisión y perder de forma prematura a su hijo, algo para lo que ninguna mujer está preparada. Igualmente, destaca su fortaleza para enfrentarse a la situación, reponerse y reafirmarse ante la vida.

La lectura del texto plantea varias preguntas:

¿Estamos en un buen momento para que la juventud piense en tener descendencia? Nuestra protagonista afirma que este «no era un buen momento. En realidad, nunca lo sería».

¿Se hubiera podido detectar la enfermedad antes de la semana 32? La edad media del diagnóstico es de 23,7 semanas. Pero en la sanidad pública se suele seguir el protocolo para el control prenatal del embarazo normal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que indica la segunda ecografía alrededor de la semana 20 y la tercera ecografía entre las semanas 32 y 34, por lo que el diagnóstico de esta patología se realiza la mayoría de veces cuando el embarazo está más avanzado.

¿La protagonista recibe una información completa con las distintas opciones que tiene? El ginecólogo no se las ofrece, tan solo le dice que «es demasiado tarde para interrumpir el embarazo» y es una residente la que, de manera totalmente casual y extraoficial, le da la información de la posibilidad de acudir al comité de interrupciones de embarazo o de ir a otro país.

Si hubiera solicitado pasar por el tribunal médico,

¿le hubieran autorizado la interrupción del embarazo? En el texto la residente le informa que la mayoría de las veces la deniegan, incluso en situaciones en las que el bebé sufre patologías muy graves: «En teoría hay un comité de interrupción del embarazo, en la práctica, la manga es muy estrecha».

¿Ir a otro país a realizar una interrupción del embarazo es una opción factible para todas las mujeres que se encuentran en la situación de la protagonista de esta novela? Como dice la protagonista «poder interrumpir el embarazo se convierte en un “lujo” que no todas las mujeres pueden afrontar».

¿Por qué excluye al padre de acompañarla en el momento del aborto? Queda claro que, aunque consensua la decisión con su pareja, es la protagonista la que tiene que decir la última palabra y la que va a tener que asumir y vivir con la decisión tomada, que hará que siempre sea «esa chica que abortó embarazada de más de siete meses. Este acto me definiría a mi pesar».

¿El apoyo psicológico que recibe la protagonista se lleva a cabo en España en las parejas que toman esta decisión? Aunque cada vez hay más comunidades autónomas y hospitales que cuentan con protocolos para la atención al duelo gestacional, son muy pocas las parejas que reciben apoyo psicológico durante el proceso de toma de decisión o tras el aborto.

Os invito a leer este libro porque te atrapa desde la primera página y no lo quieres dejar de leer hasta que llegas al final, metiéndote en la piel de la protagonista y haciéndote vivir con intensidad todas sus emociones, sentimientos y vivencias.

Igualmente, como matronas nos ayuda a conocer con más profundidad el proceso que siguen una mujer embarazada y su pareja cuando les dan el fatídico diagnóstico de una patología en su bebé: sus dudas, temores, tomas de decisiones, apoyos, soledad, silencios... y, por lo tanto, puede contribuir a mejorar la atención y cuidados que les proporcionamos en esos duros momentos.

Teresa Martínez Molla  
Matrona

## B



## TRAS AGNODICE, ANGOLINA, ANTOINE, ARTEMISA, ASPASIA Y MADAME AUBERT... SEGUIMOS LA RELACIÓN ALFABÉTICA DE LAS BIOGRAFÍAS DE LAS CÉLEBRE MATRONAS DE A. DELACOIX (1834)

**BAIRSIN (dama Philbert Mangin, Anne)** maestra matrona jurada del Châtelet (\*) de París, en 1736, profesora de Marguerite Ducoudray. Entre los numerosos documentos dejados por madame Ducoudray y recogidos por madame Coutenceau, matrona jefe del hospicio de la Maternidad de Burdeos, hemos encontrado numerosas memorias de la dama **Bairsin**, sobre casos extraordinarios de partos, redactados con tanta precisión como exactitud y que denotan una práctica tan hábil como instruida. Una de estas memorias tiene por objeto una operación cesárea decidida y practicada contrariamente a su opinión, por J. Ruleau, y que ella había considerado inútil.

En todas estas circunstancias, el hecho apuntado por la dama **Bairsin** tiene tan gran analogía con lo que nosotros venimos de recoger, a parte de las consecuencias, que por exponer uno y otro no supiéramos hacer mejor que citar el más reciente, que nos es propio.

*“Al término de su segundo embarazo, madame Barre, de 30 años, el 2 de noviembre de 1833, a las cuatro horas de la tarde, era presa de dolores de parto, que continuaron con tal violencia que al cabo de 12 horas esta desgraciada estaba sin fuerzas y sin movimiento. Al cabo de este tiempo, aunque las aguas estuvieran rotas, el vientre había perdido poco de su volumen; a través de las paredes abdominales se percibía un tumor voluminoso y móvil; el cuello del útero, dilatado en una extensión como de una pieza de cinco francos, y todavía elevado, permite reconocer una de las nalgas del feto”.*

*“Un nuevo paroxismo de dolores volvió, la dilatación continúa, y al cabo de dos horas las nalgas se presentan en la vulva; las piernas*

*fueron desprendidas y enseguida el tronco salió; pero la cabeza estaba detenida aunque nosotros hubiéramos facilitado su salida con la ayuda de los brazos. Después de haber explorado las dimensiones de la cabeza deslizando los índices entre el cuello y los bordes del orificio uterino, era fácil reconocer que el encéfalo no tenía proporciones naturales, por la existencia de una hidrocefalia más o menos avanzada. El feto daba sin embargo signos de vida. Para la realización de la liberación se presentaban dos medios, la tracción forzada o la perforación del cráneo. El feto vivía, de entrada, el primer medio era el preferido y la cabeza salió no sin mucha violencia. El niño fue abandonado como muerto, pero dio pronto algunos signos de vida y se hicieron oír gritos, no gritos de un bebé recién nacido, sino los de un niño de un año. La cabeza perfectamente esférica tenía seis pulgadas de circunferencia en la línea desde la prominencia frontal a la occipital. Este ser vivió todavía hasta el quince día después de su nacimiento”.*

En el caso apuntado por la dama Bairsin, nada podía hacer suponer algún vicio de conformación por parte de la madre; lo que fue verificado y constatado por el examen del cadáver de ella y del niño que tenía una hidrocefalia menos avanzada, ya que el encéfalo no tenía más de quince pulgadas, ninguna duda de que en este caso la cabeza hubiera podido atravesar el estrecho superior puesto que el feto presentaba los dos pies. Con la ayuda de esta maniobra, hubiera resultado inútil la cesárea y se hubieran conservado los días a la madre.

*\*Châtelet de París. Fortaleza construida en 1130 en la margen derecha del Sena, en el eje del Gran Pont, que protegía el acceso a la Ciudad (respondiendo a ello, el Petit Châtelet en la margen izquierda). En 1190 se convirtió en la sede de la jurisdicción del preboste de*

B



*París. Albergaba un tribunal y una prisión, con su aparato judicial bien establecido, al que la policía específica de los terratenientes, los escribas de los carceleros, los médicos y las parteras, sin mencionar los tribunales de apelación de supervisión. El Châtelet, encarnaba la justicia real ordinaria de París, tenía un lugar grandioso y glorioso lugar, incluso al lado del Parlamento y a su sombra. Estaba, de hecho, encargado de mantener la seguridad en la capital, pronunciarse en muchas disputas, para contener y reprimir agitaciones principalmente populares, para regular corporaciones y comercios, para verificar la lega de pesos y medidas, para frustrar fraudes comerciales, para defender a menores y mujeres casadas, de contra-mantener las invasiones de jurisdicciones celosas de sus privilegios, para calmar la turbulencia de los escolares que confió en el preboste mismo para guardar los estatutos y los derechos universitarios, prerrogativas ancestrales e inmensas instituidas por sus reyes, confiadas por ellos a los magistrados.*

*En julio de 1635, se dictó sentencia para matronas y parteras. De hecho, se decidió entonces que dos de ellas prestarían juramento en el Châtelet para vigilar su profesión y desde 1664 se especificó el rol esperado de estas controladoras de matronas parisinas: supervisión de matronas, asistencia para examinar a las aspirantes ante los mismos jurados que los cirujanos, realizar visitas gratuitas a mujeres embarazadas, consultar a los cirujanos en casos difíciles, recibir lecciones de anatomía.*

**BALANCHON (Louise)**, matrona jurada del Châtelet de París, en 1739. Justo hasta 1775 se procedió con una especie de solemnidad a la recepción de matronas así como a la de doctores y maestros en cirugía. Para más seguridad y garantías, la beneficiaria se presentaba bajo el patrocinio de una matrona de renombre que en caso de necesidad argumentaba en favor de la neófito. En una de estas solemnidades, la dama Balanchon sostenía tan enérgicamente y con tanta ventaja, contra Jacques Mesnard\*, una de esas tesis ambiguas y paradójicas tan a menudo suscitadas en el seno de sociedades científicas, que la cámara de la jurisdicción de San Cosme, por el honor del cuerpo de los cirujanos, pidió por la autoridad de Martinière\* la abolición del uso del patrocinio, declinando la incompetencia de las mujeres en materia de ciencia.

El arte de los partos en las manos de las mujeres ¿hubiera quedado en un estado secundario, sin esta especie de control incompatible completamente

con sus obligaciones? Retirando a las matronas el privilegio de la iniciativa en todos los casos, limitando sus atributos y su responsabilidad, habían de ocuparse menos de los intereses de una ciencia que de los suyos en particular. Con más independencia habría habido más emulación y saber consecuentemente. Louise **Balanchon** no es conocida más que por el hecho susodicho, reportado en la Biblioteca escogida de medicina de Planque.

*\*JACQUES MESNARD Cirujano-Jurado, ex Preboste de la Comunidad de Cirujanos de la Ciudad de Rouen y Parteros de París Germain Pichault de La Martinière. Cirujano personal del rey Luis XIV y encargado durante casi treinta y siete años de la Academia de Cirugía desde 1749 en que se promulgaron sus estatutos.*

**BERECUNDE.** Aulio Gelio (\*) es el único autor antiguo que nombra y cita a Berecunde como célebre partera. Entre los romanos, ella gozaba de una gran reputación y pasaba por tener conocimientos muy entendidos en medicina. Nosotros no sabemos precisamente en que tiempo de Roma vive; pero todo lleva a creer que es en el tiempo de los emperadores. Se encuentra todavía en el libro de Mujeres Ilustradas de Boccaccio edición de Bérécunde. Esto da pie a pensar que esta matrona bien habría podido asistir a Agripina en sus numerosos partos, son las palabras de "matrone desxtre" que emplea Boccaccio con respecto a Bérécunde. No sabemos de qué fuentes lo ha extraído este autor.

**BETTE (de Frise).** Como tantas otras mujeres que se consagraron al alivio de la humanidad sufriente, Bette de Frise, nacida en Amersfort (Países Bajos, provincia de Utrecht) en 1698, adquirió una celebridad justamente merecida por su piedad y su abnegación en el socorro de sus semejantes. Eloi, (\*) en su diccionario histórico sólo citó el nombre de Bette, sin dedicarle un artículo particular. En una historia de Groningue (Países Bajos), impresa en 1726, nosotros leemos que ~~leemos~~ que Bette consagra una gran parte de su fortuna a la fundación de un hospicio de maternidad que ella misma administra con tanto celo como habilidad. La misma historia nos dice también que esta dama filantrópica es autora de una pequeña obra, escrita e impresa en Holanda sobre los peligros de dejar

B



dormir a las recién paridas.

*\*Eloi. Nicolas François Joseph Éloy, (Mons, Bélgica. 1714-1788), filósofo, médico y escritor, autor de un Diccionario Histórico de Medicina Antigua y Moderna .*

**BIDARD (EUDES-Anne-Marie-Elisabeth)**, nacida en 1791 Suresnes (Sena) maestra matrona, alumna y residente del hospicio de la Maternidad de París. Los reveses de fortuna decidieron a Madame Bidart por la profesión de matrona y a este respecto ella aporta mucho celo y aptitud en los diversos cursos que siguió bajo la dirección de los profesores Dubois (\*) y Lachapelle, puesto que ella era una de las alumnas más distinguidas. Después de haber obtenido sus títulos en 1814 y conseguidos numerosos premios en la Maternidad, ella se entrega a la práctica civil de los partos con tanto éxito como habilidad; su mérito y su saber le han hecho merecer en justicia la confianza del público, la estima y la consideración de todos los hombres del arte que la conocen. Con menos modestia y una mejor salud, madame Bidart, podía alcanzar una celebridad mucho más brillante.

**BIHERON (mademoiselle)** hija de un habitante de París, nació hacia 1730; murió en 1785. Desde sus más jóvenes años ella sintió una inclinación irresistible por estudiar anatomía humana; pero la posición poco acomodada de sus padres no le permitía seguir su inclinación. Ella tendría mucho empeño en procurarse algunos libros, y la ocasión de asistir a las disecciones no se ofrecería más que raramente a sus deseos. Su pasión por este estudio era tal que pagaba a personas poco escrupulosas por robar y llevarle cadáveres para diseccionar. Ordinariamente los cadáveres estaban en putrefacción cuando se los entregaban, y para esperar que se presentara la ocasión de examinarlos anatómicamente, estaba obligada frecuentemente a ocultarlos en su habitación durante varios días. Después de haber adquirido los conocimientos anatómicos que ella buscaba, mademoiselle Biheron se aplica a imitar en cera con un parecido perfecto, las diferentes partes del cuerpo humano y ella sería la única y la primera en este género de talento.

Ella trabajó durante treinta años perfeccionando este arte. Joseph de Jussieu, miembro de la Academia de las Ciencias, y Villoison, médico de París, fueron los únicos que apreciaron lealmente el

mérito de mademoiselle Biheron, quienes la alentaron y le prestaron su ayuda. Los otros médicos y cirujanos, al contrario, la persiguieron e indujeron contra ella la prohibición de hacer cursos públicos y de dedicarse a la enseñanza de las alumnas. El despotismo médico fuerza a mademoiselle Biheron a abandonar dos veces París: ella se va a Londres donde no encontró más estímulo que en su país. No obstante Hunter y Guillemau Hewson (\*) le dan la bienvenida como ella merece y le abrieron sus bolsas. Es después de haber conocido a mademoiselle Biheron que Hunter publicó su buen trabajo sobre la anatomía del útero. Sin duda que la protegida, que había hecho un estudio especial del útero y de sus anejos en estado de gestación, no ha sido la primera maestra del protector; pues cotejadas las obras de la una y el otro encontramos una analogía perfecta, y comparando los datos reconocemos que el trabajo del autor inglés es posterior siete años a un útero modelado en cera por mademoiselle Biheron que orna el museo anatómico de Göttingen.

A pesar de todo y contra todo, mademoiselle Biheron logró componer un gran número de piezas anatómicas y formar un gabinete que todos los viajeros ilustrados habían visitado. Sin embargo ella no tendría la suerte de presentar sus obras al rey de Francia Luis XVI o a algún otro príncipe. Una circunstancia imprevista, sería causa de nuevo de que el emperador José II, de feliz memoria, durante su estancia en París, no viera su gabinete anatómico.

Habiendo vivido siempre retirada, no recibió premio de aliento o recompensa alguna; ella buscó más bien adquirir conocimientos que riquezas. Todos los miércoles su gabinete estaba abierto al público, y después de haber pagado tres francos se tenía el derecho de permanecer allí a voluntad. El embajador de Catalina II compró este gabinete por cuenta de su soberana.

Mademoiselle Biheron es realmente la primera que habría creado el arte de modelar en cera las piezas anatómicas, arte que después ha adquirido tanto perfeccionamiento en las manos de Lemonnier y Lesueur, y en nuestros días en las del doctor Auzoux. Es aún a mademoiselle Biheron a quien se le debe el perfeccionamiento del maniquí apropiado para el estudio y la maniobra de los partos.

B

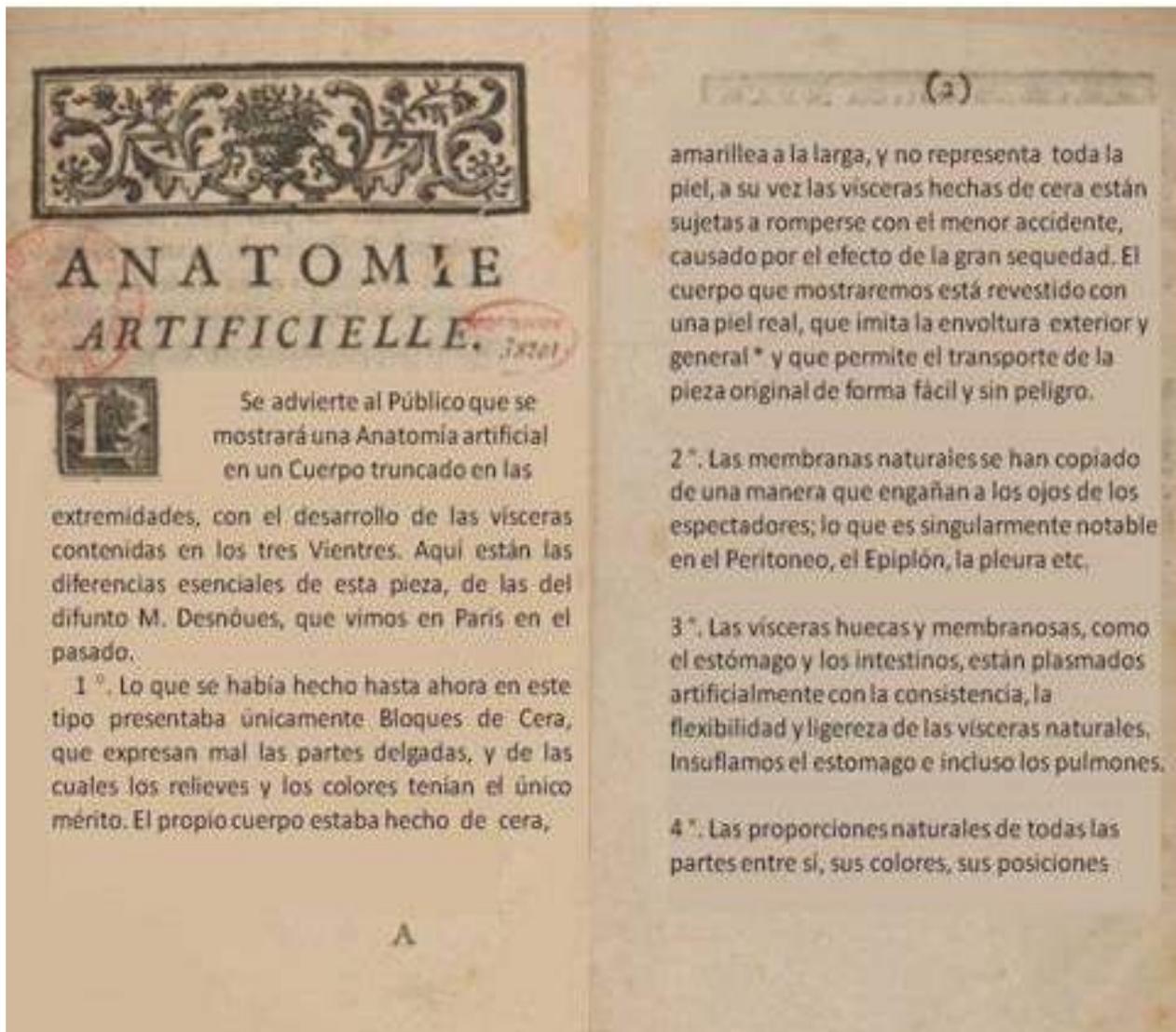


Esta matrona solicitó el permiso para anunciar su gabinete de modelos de cera con el texto que abajo reproducimos traducido sobre el documento original depositado en la Biblioteca Nacional de Francia. Bien ciertas y evidentes debían ser las extraordinarias características de sus modelos, ya que pasó la censura real y le fue permitida su impresión. ¡Marketing de Matronas en 1761! Sin embargo, y aunque se la menciona como pionera en la ceruloplastia, no se le ha dado la importancia que realmente tuvo y es evidente que, “otros” se aprovecharon de su arte y sus conocimientos anatómicos.

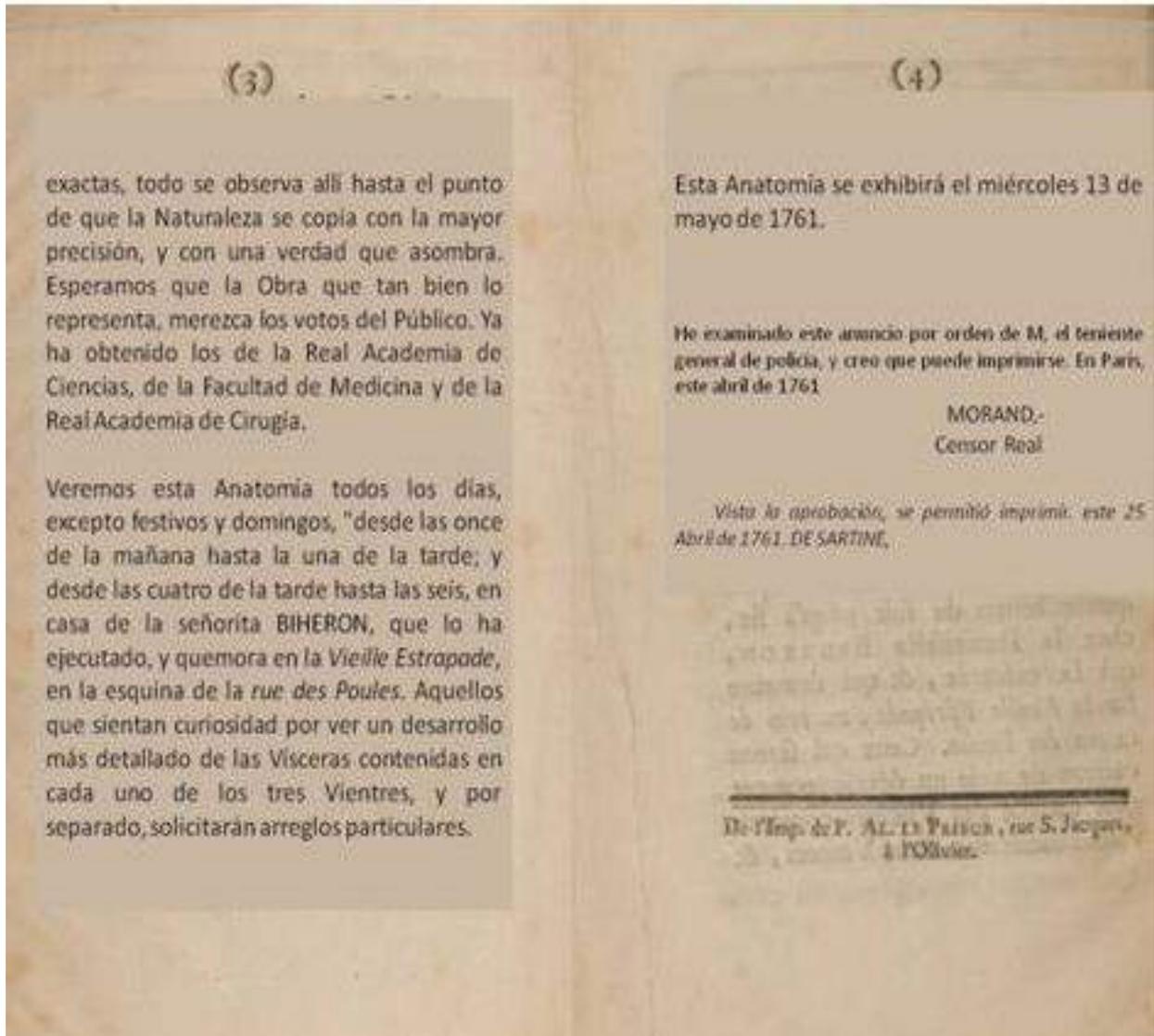
En el próximo número continuaremos con un buen número de ilustres y célebres matronas que han pasado a la historia y cuyo apellido comienza con la letra C.

ILITIA CRONISTA HISTORICA

Info  
MATRONAS



**B**



Info  
**MATRONAS**

## 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](mailto:matronas@asociación-nacional.com)

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

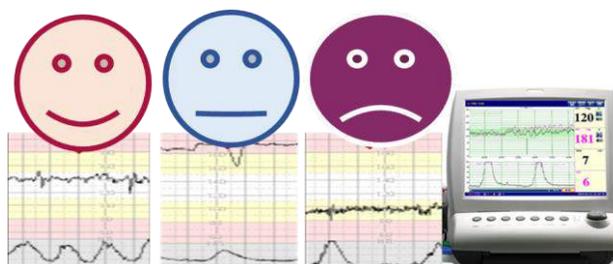
La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

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](mailto: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](mailto: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 43 AÑOS + de 43 LOGROS



