

Info MATRONAS

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Febrero 2022. N.º 66



“La mayoría de problemas de la vida son causados por dos hechos: actuamos sin pensar o seguimos pensando sin actuar”.

www.aesmatronas.com

Presentación:

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

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

Los contenidos originales proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas y de otros medios, pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que, puedan ser didácticas o aleccionadoras para los demás, enviándolos a: infomatronas@gmail.com

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

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M^a Plata Quintanilla

Isabel Castello López

Carmen Molinero Fraguas

Rosario Sánchez Garzón

Ana Martínez Molina

Andrea Herrero Reyes

Pilar Medina Adán

Lucia Moya Ruiz



En este número

❑ ESPECIAL I:

- ASPECTOS ÉTICOS DE LA VACUNACIÓN EN EL EMBARAZO

❑ ESPECIAL II:

- LECCIONES NO APRENDIDAS, DESCONSIDERACIÓN, DESCONOCIMIENTO

❑ HEMOS LEIDO QUE:

- CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN TORNO AL MOMENTO DEL PARTO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.
- LAS GAFAS 'INTELIGENTES' PARA CORREGIR PRESBICIAS Y QUERANTOCOS Y YA ESTÁN AQUÍ

❑ MUY INTERESANTE:

- LAS NUEVAS TERAPIAS GÉNICAS Y SU APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL
- EL RETO SOCIAL DEL CÁNCER DE OVARIO
- 22 ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y MEDICINA DE LA MUJER
- CURSO ANTICONCEPCIÓN PARA MATRONAS

❑ ENTREVISTA CON:

- M.^a JOSE ALEMANY ANCHEL

❑ BREVES:

- ENCUESTA SOBRE INTERVENCIONES Y CUIDADOS
- V CONGRESO CROG EN VALENCIA
- CURSO SEXUALIDAD PARA MATRONAS (ON LINE)
- NOTICIAS DE SIMAES

❑ BUENAS NOTICIAS:

- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- SUSCRIPCIÓN GRATUITA A TOKOGINE PRACTICA
- MATRONAS HOY
- CREANDO CONCIENCIA SOCIAL FRENTE A LA VACUNA COVID-19 PARA EMBARAZADAS
- EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA ALERTA DE LA ESCASEZ DE MATRONAS EN ESPAÑA
- 100 AÑOS DE CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS
- EL AYUNTAMIENTO DE GERONA Y LA FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE GERONA, CREAN UN SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES PARA ESTUDIANTES

❑ LECTURA RECOMENDADA:

- DUELO PERINATAL

❑ MATRONAS CELEBRES:

❑ AGENDA A.E.M.:

- PRÓXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

www.aesmatronas.com

Diseño gráfico:

Logotipo Info Matronas y portada

Meritsell Ballester de www.masquerojoestudio.es



ASPECTOS ÉTICOS DE LA VACUNACIÓN EN EL EMBARAZO

Dos años más tarde del inicio de esta “maldita” pandemia, seguimos con muchos temas pendientes de mejorar, pero lo que es indudable es que esta “sexta ola” era de esperar tras las fiestas navideñas. No creo que haya pillado a nadie de sorpresa, bueno sí, por lo visto y vivido, a los gestores y a la administración, a los que imagino detrás de una puerta con los dedos cruzados para que les saliera bien la jugada, mantener la economía a flote y banalizar a “Omicron” como una gripe sin causar pánico en la población ni crisis en la hostelería, claro que como siempre, sin dotar de recursos a la Sanidad Pública.

Se retomaron medidas ya relajadas como la mascarilla en espacios abiertos, limitación de comensales, etc. Pero lo que realmente nos ha “salvado” de no tener que lamentarlo con una alta incidencia de fallecimientos, es el hecho de llevar un año con la vacunación de la población. La vacuna no evita la infección ni su transmisión pero Sí la gravedad de la enfermedad y en concreto, con esta variante más infectiva pero menos letal.

Respecto a las gestantes, personalmente, he visto muchos más contagios y más sintomáticas que en olas anteriores si bien menos graves pero no por ello menos preocupantes. La cuestión es que, cuando una mujer gestante llega a puertas de urgencias obstétricas se le hace la respectiva anamnesis que incluye la pregunta del millón: “¿te has puesto la vacuna de Covid-19?”, la respuesta sorprende cuando es: “la matrona me dijo que no me la pusiera, que si acaso después”.



Una respuesta como esta puede ser cuestionada si es o no cierta o se escuda en la matrona con su propia reticencia a la vacuna, pero cuando son varias mujeres, de diferentes centros y de las mismas matronas, ya no es “casual” sino que es “causal”.

VACUNAS Y EMBARAZO

¿CUÁLES DEBO PONERME?

- Embarazo:**
 - Tosferina (Difteria, Tétanos y tosferina)
 - Gripe
 - Covid-19
- Lactancia:**
 - No hay contraindicación para vacunarse durante la lactancia.
- Tratamiento de fertilidad:**
 - Evitar la vacunación durante el tratamiento de fertilidad.

¿CÓMO FUNCIONAN ESTAS VACUNAS?

ADMINISTRACIÓN:

- Administración intramuscular.
- EFICACIA:**
 - La vacuna es eficaz contra la enfermedad y la transmisión.
 - La efectividad es alta.
- CONTRAINDICACIONES:**
 - Reacción alérgica grave a una vacuna o a uno de sus componentes.
 - Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
 - Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
 - Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
- EFECTOS ADVERSOS:**
 - Reacción alérgica grave a una vacuna o a uno de sus componentes.
 - Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
 - Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
 - Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.

ASPECTOS TÉCNICOS DE LAS VACUNAS

MODALIDAD:

- Una dosis única a las 27 y 32 SG.
- La vacuna es eficaz contra la enfermedad y la transmisión.
- La efectividad es alta.

CONTRAINDICACIONES:

- Reacción alérgica grave a una vacuna o a uno de sus componentes.
- Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
- Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
- Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.

EFECTOS ADVERSOS:

- Reacción alérgica grave a una vacuna o a uno de sus componentes.
- Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
- Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.
- Reacción alérgica grave a un componente de la vacuna.

SE PUEDE LA COADMINISTRACIÓN SI COINCIDEN EN FECHAS, SI NO COINCIDEN NO HAY QUE ESPERAR NINGÚN INTERVALO ESTABLECIDO ENTRE ELAS

Todas sabemos que durante el embarazo hay vacunas permitidas: la de la tosferina (Tdap), entre la 27 y la 32 SG, y la gripe en su temporada de invierno. Sobre la vacuna de la Covid-19, aunque en un principio de la pandemia no estaba muy claro el tema, no había mucha evidencia al no ser un grupo que se incluyera en los estudios y no se contempló la posibilidad de vacunar a las gestantes, que en su mayoría eran asintomáticas. Estudios posteriores^{1 2} han demostraron su eficacia para la protec-

ción de la madre y de su hijo/a sobre todo de cara a evitar las posibles complicaciones³ en el final del embarazo y todos los riesgos que ya conocéis.



MARCO ÉTICO

No voy a hacer un artículo “científico” de las vacunas pero sí una reflexión ética de algunos comportamientos “nada” éticos y si me apuras, “inmorales” de algunos/as profesionales de la salud, y en concreto de las/los matronas/es que lejos de cumplir con una de las obligaciones éticas básicas de cualquier profesional de la salud, es decir, estar bien informado con la evidencia científica, se dedican a “opinar” (criterio subjetivo) negando por un lado el derecho a la información^{4 5} de la gestante y la consecuente falta de toma de decisiones respecto a la vacuna, en resumen, vulnerando el principio de autonomía que también se recoge en la ley 41/2002.



Veamos detenidamente el tema:

1.-Incumple el artículo 1 del capítulo I del Código Deontológico de las Matronas Españolas (AEM): *“La matrona realizara todas sus actuaciones basándose en los principios de la Bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, viniendo a proteger a las mujeres y sus hijos de intervenciones que puedan ocasionarles algún daño, poniendo especial énfasis en desarrollar actuaciones en prevención, primaria, secundaria, terciaria (...)”.*



- a) No respeta la autonomía cuando no da la información correcta y verídica según la evidencia científica o no la facilita (omite) sin dejar opción a elegir voluntaria y libremente a la gestante.
- b) No hace beneficencia pues los riesgos de contraer la enfermedad y sus consecuencias en el embarazo superan a los riesgos de la vacunación.
- c) Incumple la no maleficencia, pues el daño ocasionado si contrae la enfermedad por no estar vacunada pone en riesgo, no solo la salud de la madre sino la de su hijo/a.
- d) No es justo o de justicia, porque priva de un derecho, proteger la salud, de ella y de su hijo/a ante una infección por la Covid-19 y el acceso a recibir un servicio ofertado en la Sanidad Pública. Además de la posibilidad de poner en riesgo a otras personas de su entorno. Con esto, también incumple el artículo 2 de este mismo capítulo *“La matrona trabajará en pro de la salud de las mujeres y sus hijos, desde la adolescencia hasta el climaterio, poniendo todos los medios y utilizando todos los recursos a su alcance para lograr este fin (...)”.*

2.-Además incumple varios artículos más como ya he referido antes, el deber de dar una atención basada en la evidencia científica (art.3 Cap.I Código AEM) y el de informar a las mujeres (o sus representante legales)



verazmente sobre la situación (art.5 Cap. I Código AEM).

3.-Por otro lado, se han dado casos de profesionales que apelan a la “**objeción de conciencia**” frente a la vacunación, no solo en gestantes, sino además en menores (infantil) cuando no existe dicha objeción ni se contempla en ninguna ley ese derecho del profesional más allá de la ley de interrupción voluntaria del embarazo y de la ley de la eutanasia.

4.- Otra cuestión es la falta de actualización, del desconocimiento de la información, es decir, una persona que no se actualiza sobre los avances que la ciencia emite respecto a una materia, en nuestro caso, embarazo y vacunación, no tiene excusa por ser de obligación (deber) legal y ética. “Ser competente” en los conocimientos que del ejercicio profesional se derivan, sean científicos, técnicos, metodológicos o éticos, es exigible en cualquier profesional sanitario, incluidas las matronas.

5.- Lo que sí existe por parte de estas o estos profesionales es una dejación de funciones o competencias que deben comunicar a las direcciones para poder garantizar que la persona es atendida por otro profesional mientras se abre un expediente disciplinario, pues la responsabilidad se tiene por acción u omisión de las funciones reconocidas en un profesional sanitario como es la prevención de la enfermedad. Los adultos competentes deben dar su consentimiento oral implícito cuando uno acude a vacunarse y por escrito, de los padres, cuando es un menor al que se le pone esta vacuna, al igual que otras fuera del calendario oficial de vacunación infantil.

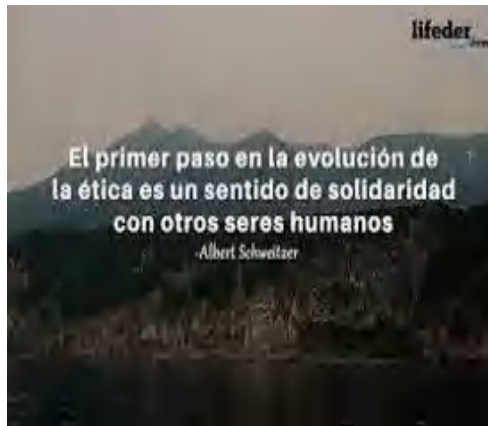


Otro tema sería si la vacunación debe ser o no obligatoria. En España, de momento no lo es, pero sí es moralmente obligada por cuestiones de solidaridad, y de salud pública, porque debe prevalecer el bien colectivo por encima del individual como dice el Dr. Diego Gracia⁶ en su artículo “*El problema moral de las vacunas*”, cuya lectura recomiendo.

CONCLUSIÓN

Que es un derecho, hoy por hoy, pensar libremente con conciencia ideológica o religiosa nadie lo va a cuestionar y así está recogido en la Constitución Española en su artículo 16:1.

Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley; pero que esto vaya en contra de la salud pública, en una pandemia como la que estamos viviendo durante estos dos años, es como mínimo, amoral, pues es un acto de egoísmo, insolidario y basado en creencias “tóxicas” no contrastadas con la evidencia, sin reflexión crítica y cuyo fondo psicoemocional puede estar basado en el miedo, un miedo que les



obliga a aferrarse a una realidad “construida” (manipulada) a conveniencia de justificar la creencia errónea, en el tema que nos ocupa, la vacunación, o cualquiera de los suscitados durante estos dos años en un número importante de personas en nuestro país.

Pero si a esto le adjudicamos profesión sanitaria, es decir, que puede ser “el argumento” por parte de una matrona en la que una de sus competencias es la de asesorar, prevenir la enfermedad y promover la salud, haciendo educación sanitaria, es, por así decirlo, inmoral, pudiendo constituir una falta ética grave y suponer, además de un flaco favor a la población que atiende, una sanción por parte de la entidad competente.

Y para finalizar, la frase del mes que como diría Sócrates ***“No puedo enseñar nada a nadie, solo les puedo hacer pensar”*** y añadido, !! que no es poco!!

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

Referencias:

1. [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey)
2. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.html>
3. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>
(actualizado 6 de diciembre 2021)
4. Art.3 Cap. I Código de ética de la Matronas Españolas AEM
5. Art.5 Cap. I Código de ética de la Matronas Españolas AEM
6. Diego Gracia “El problema moral de las vacunas”

LECCIONES NO APRENDIDAS, DESCONSIDERACION, DESCONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO.

Con fecha de 14 de Enero, nos comunican la decisión de la Gerencia del Hospital de Toledo, de prohibir el **acompañamiento a las parturientas Covid-19 positivo**.

El compromiso que la Asociación Española en este tema ya ha quedado demostrado a lo largo de toda esta pandemia, encabezando las reclamaciones ante las diferentes gerencias que tomaron decisiones equivocadas al respecto y no iba a ser menos en esta ocasión.

De forma inmediata y a pesar de tener un fin de semana por medio, se dirigieron cartas al Consejero de Sanidad, Directora Gerente...etc.

Recordemos que al inicio de la pandemia en 2020, la AEM envió mas de 80 cartas a direcciones, consejeros, etc. **reclamando el derecho de las mujeres a tener acompañamiento durante el proceso del parto y puerperio y, afortunadamente se resolvió en la mayoría de los establecimientos hospitalarios.**

En el caso de Toledo, se envió la correspondiente carta a todo el staff de la Consejería y gerencia. A las 48 horas se resolvió.

Transcribimos el contenido de la carta dirigida a:

EXCMO. SR. D. JESÚS FERNÁNDEZ SANZ
CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA LA MANCHA
 SRA. DÑA. MARÍA TERESA MARÍN RUBIO
DIRECTORA GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
 SR. D. JUAN JOSÉ CAMACHO PAREJO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
 SR. D. JUAN BLAS QUÍLEZ
GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO
 DRA. DÑA. CARMEN YERA BENGUA
SRA. SUBDIRECTORA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Madrid, 14 de enero de 2022

“Nos ponemos en contacto con ustedes en representación de la Asociación Española de Matronas, entidad sin ánimo de lucro, de carácter científico, fundada en 1978 y con representatividad en todo el territorio nacional.

*El objeto de esta comunicación es, una vez más, la defensa de los derechos de las usuarias de esa Comunidad Autónoma en relación con el acompañamiento en el parto y nacimiento. La NOTA INTERIOR dirigida a jefes de servicio y supervisiones, emitida por Dña. Carmen Yera Bergua (subdirectora médica) con fecha 20 de diciembre de 2021, ha producido un estado de alarma entre profesionales y usuarias ante la prohibición real (o supuesta) que les impediría compartir con sus parejas el momento único y excepcional de la llegada al mundo de sus hijos en los casos de parturienta Covid+ o sospechosa. Cuando indicamos “supuesta” apuntamos la posibilidad de que la redacción de la nota interior mencionada, no tenga la claridad suficiente y origine un problema que no es real. Pedimos aclaración a este punto, porque a pesar de que leemos que las mujeres en proceso de parto y otros expresamente detallados, no entran en la restricción del acompañamiento de un familiar, también indica la excepcionalidad, en casos de ingresos prolongados: **“todo paciente ingresado en zona COVID o de sospechas, tiene prohibida las visitas a excepción de situación de los últimos días”.***

*Por nuestra parte distinguimos lo que son visitas (las cuales la prevención en la situación actual aconseja sean restringidas); sin embargo, circunstancia bien distinta es en el caso del parto y nacimiento, el acompañamiento continuado a lo largo de todo el proceso hasta el alta hospitalaria. **Este último es absolutamente inaceptable***

negarlo, es un derecho que avala y recomienda la OMS y su negación contradice derechos consagrados que ni siquiera esta nueva situación puede justificar ya que son mayores los beneficios del acompañamiento que los posibles riesgos de contagio. Y decimos posibles, porque tomando las medidas higiénicas de prevención indicadas, es bastante improbable el temido contagio. Llevamos cerca de dos años conviviendo con esta pandemia y actualmente hay suficiente evidencia científica sobre los mencionados beneficios constatados del acompañamiento en el parto. Además, la situación singular de una parturienta ante el escenario actual provoca un miedo acrecentado que solo puede paliar el acompañamiento de la persona de su elección, evitando mayores trastornos y alteraciones en los mecanismos del parto en relación al complejo sistema hormonal, que en el escenario normal fuera de la pandemia actual.

(https://www.cochrane.org/es/CD011516/PREG_evaluacion-y-apoyo-durante-el-trabajo-de-parto-temprano-para-mejorar-los-resultados-del-parto)

Es cierto que ha sido necesario implementar medidas excepcionales de prevención ante la nueva situación, pero estas, ya han sido protocolizadas con base en la evidencia científica por los propios profesionales expertos en la materia, similares para todos los centros hospitalarios a partir del Documento del Ministerio de Sanidad, elaborado y emitido "ad hoc" para profesionales.

(https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf)

Este documento está consensuado por las entidades de carácter científico más autorizadas en la materia de nuestro país e indica las medidas necesarias a tomar ante esta situación respecto al manejo de los procesos de embarazo, parto y recién nacido. Las medidas implantadas en todo el territorio nacional por dicho documento NO PROHIBE el acompañamiento durante el parto por una persona de elección de la parturienta.

En el establecimiento sanitario que nos ocupa, el Hospital Universitario de Toledo se quebraría en el caso de prohibición del acompañamiento, aun en casos de infección confirmada o sospechosa, el principio de proporcionalidad, previsto en el artículo 54 de la Ley General de Salud Pública porque se puede evitar el riesgo con las medidas de protección necesarias. (<https://leyes.org.es/art-54-de-la-ley-33-2011/>),

Por todo lo expuesto y ante la duda razonable sobre la intencionalidad implícita de la orden transmitida en la NOTA INTERIOR mencionada, rogamos una aclaración a la misma a fin de evitar conflictos y alarma entre profesionales y usuarias".

Atentamente

Rosa M.ª Plata Quintanilla
Presidenta de la Asociación
Española de Matronas

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén
Relaciones Institucionales de la
Asociación Española de Matronas



CALIDAD DE LA ATENCION MATERNA Y NEONATAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS EN TORNO AL MOMENTO DEL PARTO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

(ENCUESTA EN LINEA QUE INVESTIGA LAS PERSPECTIVAS MATERNAS EN 12 PAISES DE LA REGION EUROPEA DE LA OMS).

The Lancet (Regional Health Europe) recién acaba de publicar un interesante artículo con el título traducido con el que encabezamos esta noticia (Quality of facility-based maternal and newborn care a round the tume of childbirth during the Covid-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the Who European Region).

En la introducción del artículo se afirma que la pandemia de COVID-19 ha aumentado los desafíos existentes de todos los sistemas de salud, y la calidad de la atención materna y neonatal (QMNC) en todo el mundo se ha visto particularmente afectada. Durante la pandemia, incluso entre los países de altos ingresos de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), múltiples estudios, incluida una revisión sistemática han documentado un deterioro en indicadores clave, tales como: reducción de la utilización de los servicios de salud materna y neonatal, mayor número de mortinatos, mayor medicalización de la atención (más cesáreas e inducción del trabajo de parto), menor participación familiar, bajo apoyo y adopción de la lactancia materna y aumento de la ansiedad y el estrés materno.

La capacidad del sistema de salud para resistir la pandemia COVID-19 ha variado entre países y dentro de los países a lo largo del tiempo. Muchas instituciones, organizaciones y agencias reaccionaron rápidamente y reconocieron la importancia de seguir los procedimientos apropiados de atención maternal y neonatal, y pidieron acción para apoyar la atención respetuosa centrada en la familia durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, especialmente en las primeras fases de la pandemia COVID-19, en muchos escenarios se aplicaron protocolos inadecuados para el manejo del embarazo, parto y puerperio, y se documentaron violaciones a los derechos humanos, como la separación innecesaria del recién nacido de la madre. Sin embargo, faltan estudios multinacionales que documenten el

impacto de la pandemia en diferentes dominios de la QMNC en el momento del parto.

Incluso antes de la pandemia de COVID-19, la evidencia de grandes encuestas nacionales y otras fuentes habían destacado las brechas en el QMNC en los países de la Región Europea de la OMS. Según informes recientes, si bien la mortalidad materna es cada vez más rara en la región europea de la OMS, hasta la mitad de esas muertes están asociadas con una atención deficiente, y por lo tanto, prevenibles. Del mismo modo, antes de la pandemia de COVID-19 se había documentado el maltrato de las mujeres durante y después del parto en centros de salud.

La gestión inadecuada de los casos y la mala calidad de la atención pueden ser perjudiciales para las mujeres y sus recién nacidos, violar los derechos de las mujeres y los recién nacidos, disuadir a las mujeres de buscar atención médica en el futuro y tener implicaciones para la salud mental y física de las madres y los recién nacidos.

En 2016, la OMS desarrolló una lista de Estándares para mejorar el Quality of facility-based maternal and newborn care (QMNC).

Un cuestionario basado en los Estándares de la OMS para medir QMNC desde la perspectiva de los usuarios clave del servicio (madres) a nivel del establecimiento de salud fue desarrollado y validado recientemente. El uso de un método estandarizado para medir las perspectivas de los usuarios del servicio en el QMNC permite la comparación de datos entre entornos y a lo largo del tiempo.

Este estudio tuvo por objetivo analizar las



perspectivas maternas sobre el QMNC en torno al momento del parto a nivel del establecimiento durante la pandemia de COVID-19, y comparar los hallazgos entre los países de la Región Europea de la OMS. Así mismo se evalúan los factores individuales (es decir características clínicas o sociodemográficas) se asociaron de forma independiente con el índice QMNC a través de modelos de regresión multivariante.

Finalmente, fueron 21.027 las mujeres incluidas en la encuesta cumpliendo los criterios de inclusión. Hubo gran variedad en la participación entre países: la máxima, Italia con 4813 mujeres y la menor, bajo el epígrafe "otros países" se agrupan Bélgica (n=122), Reino Unido (n=36), Finlandia(n=28), Bosnia Herzegovina(n=27), Suiza (n=21), Dinamarca (n=15). Grecia, Irlanda, Países Bajos, Ucrania, Andorra, Montenegro, Federación Rusa, Lituania, Islandia, Polonia Turquía, Hungría, Albania, Chipre, Letonia, Macedonia y R. Checa, cada uno con 10 casos, lo que en conjunto representa 345 mujeres cifra cercana a la de la participación de España con 347 mujeres (1,7%).

Por la gran extensión del estudio que está disponible (en inglés) extractamos los resultados que sitúan a España a la cabeza de la clasificación:

España es el segundo mejor país en atención a la maternidad de Europa según los resultados del estudio presente. A pesar de la conmoción que ha supuesto la Covid-19 dentro del sistema sanitario que ha obligado a afrontar una situación peligrosa e inesperada con cambios rápidos y muchas veces con alta inseguridad a la espera de conocimientos sobre la Covid-19 para asegurar cada nueva medida sanitaria, España, según The Lancet, ha obtenido una nota de sobresaliente, sólo por detrás de Luxemburgo que ha encabezado la clasificación y por delante del resto de países participantes.

Evidentemente no todo es bueno: han cifrado un 20,8 % de violencia obstétrica percibida entre parturientas en España, uno de los tres países con mayor tasa, aunque también apuntan los autores "que la evidencia ha demostrado que el maltrato de las mujeres, incluida la falta de

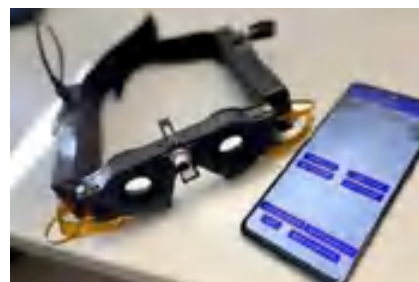
respeto y el abuso, puede normalizarse y, por lo tanto, no se denuncia en algunos entornos mientras que en otros entornos donde la población está más empoderada y tiene mayores expectativas de QMNC, las mujeres pueden ser más críticas con los sistemas de salud". Este indicador, como algunos otros QMNC, también afirman los autores, "carecen de validación sólida y muchos están abiertos a la subjetividad o al sesgo del recuerdo".

A pesar del tiempo pasado, las evidencias y los esfuerzos por mantener el acompañamiento en los partos, acción que la Asociación Española de Matronas, sola y en ocasiones conjuntamente con otras asociaciones de matronas ha realizado y sigue realizando, ha habido un 12,6% de mujeres españolas a quien se les restringió este derecho. Bien es cierto que en el resto de Europa se elevó esta cifra a más de la mitad como en el caso de parturientas de Italia, Noruega, Alemania o Suecia. Un ítem negativo también fue el porcentaje total de cesáreas, del que un 45% corresponden a urgencia antes del parto en España, frente a la media del 33% en Europa, y el de la falta de consentimiento para el parto vaginal instrumental que se elevó al 79% frente al 54% que se obtuvo de media.

Fuente : The Lancet

(Disponible en red el artículo completo en inglés: *(Quality of facility-based maternal and newborn care a round the time of childbirth during the Covid-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the Who European Region).*

LAS GAFAS 'INTELIGENTES' PARA CORREGIR PRESBICIAS Y QUERANTOCONOS YA ESTÁN AQUÍ



El día 15 de enero Diario Medico, firmado por Gema Suarez Mellado publicaba el siguiente artículo que reproducimos parcialmente por su interés:

"Gafas inteligentes que son capaces por sí solas de corregir las aberraciones oculares y proporcionar una mejor visión a las personas que las sufren. ¿Realidad o ciencia ficción? Gracias al trabajo de un grupo de investigadores liderados por Pablo Artal Soriano, de la Universidad de Murcia, y a la ayuda económica que han recibido de la Fundación La Caixa, este dispositivo será muy pronto una realidad. De hecho, si todo sale como esperan sus impulsores podría estar en el mercado en tan solo cuatro años.

¿Cuál es el impacto que puede tener el desarrollo de estas gafas?

Al parecer mucho. Y es que, alrededor de 100 millones de personas en todo el mundo padecen trastornos visuales que no se pueden corregir totalmente con gafas o lentes de contacto. Algunos son consecuencia de lo que se conoce como aberraciones oculares de alto orden. "Ningún sistema óptico es perfecto, en el sentido de formar imágenes completamente nítidas, y el ojo humano no es una excepción; incluso en ausencia de las ametropías comunes, como miopía y astigmatismo, no forma imágenes perfectas -explica a este medio Artal Soriano-. La razón de esas imperfecciones se encuentra en la forma de las superficies del ojo y se conocen como aberraciones ópticas".

Estas aberraciones pueden producir resplandores molestos, halos y dificultad para ver con poca luz, lo que provoca una reducción general de la independencia y la calidad de vida de los pacientes. De hecho, según el experto, hay personas con severos problemas visuales sin soluciones más allá de posibles cirugías complicadas. "Por ejemplo, -continúa-, aquellas que tienen una deformación de la córnea, conocida como queratocono, podrían beneficiarse de este tipo de dispositivos".

Artal Soriano señala que el primer prototipo que han hecho está indicado para la presbicia. "Las nuevas versiones por desarrollar pretenden proporcionar una mejora visual a los pacientes con patologías asociadas a deformaciones corneales".

Según el experto, estas gafas inteligentes podrán ser utilizadas por todo el mundo. "La mejora visual que se obtenga dependerá del grado de aberraciones oculares y el estado del resto del sistema visual en el paciente (retina, etc.). También podrán ser usadas por personas con una visión peor de lo normal que quieran mejorarla para alguna actividad especial".

Por qué son inteligentes

Pero, ¿por qué son inteligentes? Estas gafas están basadas en moduladores espaciales de luz (dispositivos utilizados para modular la amplitud y la fase de las ondas luminosas) y está todo controlado por el seguimiento de la pupila del ojo en tiempo real. "La versión que tenemos operativa para la corrección de la vista cansada, hace un seguimiento automático de las pupilas de los ojos y, a partir de esa información, controla unas lentes optoelectrónicas. Funcionan de manera independiente, sin ningún control, adaptándose a las situaciones de cada persona. De ahí, el término inteligente. No son un elemento pasivo, como las gafas normales, sino que se va adaptando", detalla el experto.

Por ahora, han desarrollado varios prototipos de una versión para presbicia y cuentan con un sistema de demostración, todavía en banco óptico, sin miniaturizar, además "en una de las versiones el control lo realiza un teléfono móvil". Sin embargo, Artal Soriano reconoce que su aspecto es el de "unas gafas un tanto feas y grandes y todavía con mucho cableado".

LAS NUEVAS TERAPIAS GÉNICAS Y SU APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

Después de décadas de desarrollo, las terapias génicas actualmente se postulan como una de las áreas más prometedoras en la búsqueda de tratamientos eficaces y seguros. En este sentido, recientemente se aprobó en España la primera terapia génica de dosis única para el tratamiento de la atrofia muscular espinal (AME). Este nuevo tratamiento constituye un gran avance, ya que al necesitarse una única dosis se convierte en una interesante opción frente a los tratamientos crónicos administrados durante toda la vida del paciente.

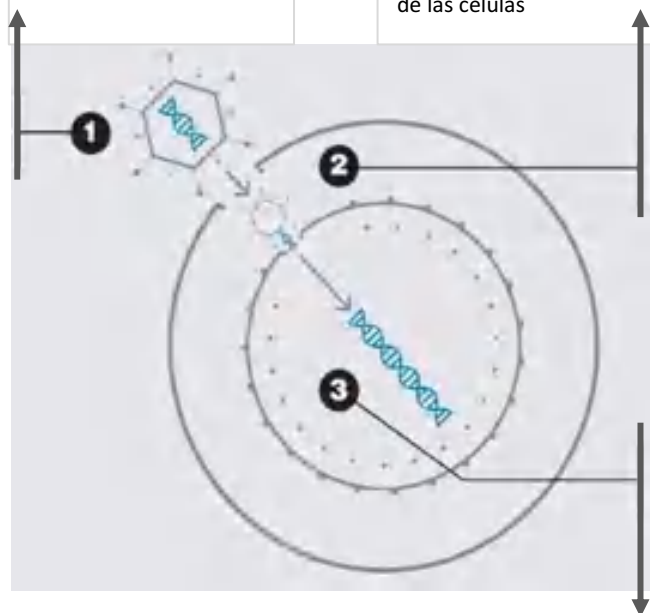
La AME es una enfermedad genética rara, y afecta aproximadamente a 1 de cada 10.000 recién nacidos^{1, 2}. Se divide en varios tipos, según la edad de inicio y la gravedad clínica, y la causa radica en la alteración (deleción o mutación) del gen SMN1, que provoca una disminución de la producción de la proteína SMN (supervivencia de las motoneuronas), dando lugar a la pérdida precoz, irreversible y progresiva de estas células.

Esta degeneración de las motoneuronas produce debilidad muscular, atrofia y pérdida progresiva del movimiento e incluso parálisis, viéndose afectados los movimientos básicos (control de la cabeza, sentarse sin apoyos) y funciones como la deglución o la respiración², y produciéndose hipotonía generalizada. No se afecta la función cognitiva ni la capacidad de sentir dolor.

La AME tipo 1 es la forma más incidente, corresponde al 60% de las AME, afecta de forma severa a los lactantes, usualmente empiezan a presentar debilidad a las pocas semanas de nacer, antes de los 6 meses de vida, que va aumentando de forma progresiva, produciendo debilidad generalizada, y llegando a afectar a su capacidad para comer y respirar.

1. El nuevo gen se coloca dentro del vector (AAV9), que actúa como una envoltura para transportar y entregar el gen funcional a las motoneuronas

2. El vector se administra al paciente y entra en las células, donde se descompone, lo que permite que el nuevo gen funcional se incorpore en el núcleo de las células



3. Con el nuevo gen en forma de episoma dentro del núcleo, las células comienzan a producir la proteína necesaria.

Ya que la pérdida de las motoneuronas no se puede revertir, es importante diagnosticar la AME y comenzar el tratamiento lo antes posible para detener la progresión de la enfermedad³. Si no se trata, la AME tipo 1 provoca la muerte o la necesidad de ventilación permanente a la edad de dos años en más del 90% de los casos⁴. Por todo ello, la AME está considerada como la principal causa genética de muerte infantil⁵.

¿Cómo funciona la nueva terapia génica?

En las enfermedades genéticas se producen defectos

en el funcionamiento de los genes; estos se componen de ADN y su misión es la de producir proteínas necesarias para la estructura y función de los tejidos y órganos^{6,7}. Algunas enfermedades genéticas son monogénicas, lo que significa que son causadas por un defecto hereditario en un solo gen, lo que las convierte en un candidato ideal para la terapia génica^{1,2}. Esto ocurre en el caso de la AME.

El fármaco recientemente aprobado en España para el tratamiento de la atrofia muscular espinal, con una sola dosis de administración intravenosa, está diseñado para abordar directamente la causa genética de la enfermedad: sustituye el gen SMN1 que está alterado con una nueva copia funcional del gen consiguiendo así restaurar su función^{6,8,9}. Para llevar el nuevo gen a las células, se utiliza un vector⁹: un virus adenovirus asociado (AAV). En este sentido, se han desarrollado y estudiado varios vectores que puedan ser utilizados y sean óptimos para el proceso de entrega de genes, pero los AAV, en concreto el serotipo AAV⁹, se ha convertido en uno de los más favorables, ya que no causan enfermedades en los seres humanos y tienen la capacidad de cruzar la barrera hematoencefálica⁸ y trasducir el gen funcional en las células del sistema nervioso central, introducirse en ellas y transferir el material genético^{6,8,9}.

A medida que la investigación en terapias génicas avance, aparecerán más tratamientos que ayuden a los pacientes con otras enfermedades genéticas de forma que sus efectos sean más eficaces y mejoren su calidad de vida, como ya está sucediendo con la AME.

Referencias bibliográficas:

1. Qué es la AME - FundAME
2. Spinal Muscular Atrophy - NORD (National Organization for Rare Disorders) (rarediseases.org) (consultado en diciembre de 2021)
3. Glascock J, Sampson J, Haidet-Phillips A, et al. Treatment Algorithm for Infants Diagnosed with Spinal Muscular Atrophy through Newborn Screening. J Neuromuscul Dis. 2018; 5:145-58
4. Finkel RS et al. Observational study of spinal muscular atrophy type I and implications for clinical trials. Neurology. 2014;83(9):810-7
5. Schorling DC et al. Advances in Treatment of Spinal Muscular Atrophy – New Phenotypes, New Challenges, New Implications for Care. J Neuromuscul Dis 2020; 7:1-13. DOI: 10.3233/JND-190424
6. Global Genes. A Guide to Gene Therapy. https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2016/03/Guide-to-Gene-Therapy_DIGITAL_spread-1.pdf.
7. National Human Genome Research Institute. FAQ about Genetic Disorders. <https://www.genome.gov/19016930/faq-about-genetic-disorders/> (consultado en diciembre de 2021)
8. Saraiva J et al. Gene therapy for the CNS using AAVs: the impact of systemic delivery by AAV9. J Control Release. 2016; 241:94–109.
9. NIH. How does gene therapy work? <https://ghr.nlm.nih.gov/primer/therapy/procedures>.



La Dra. María Antonia Grimalt Calatayud, Médico especialista en Pediatría, con dedicación total en Neuropediatría, en la Unidad de Neurología Pediátrica, servicio de Pediatría, en el Hospital de Universitario Son Espases, de Palma de Mallorca.

Es Socio agregado de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica, desde 13 de octubre 2006.



Asociación de Afectados por Cáncer de Ovario



COMUNICADO: “EL RETO SOCIAL DEL CÁNCER DE OVARIO”

Pacientes y profesionales advierten: un reconocimiento rápido de los síntomas y la cirugía especializada son determinantes para el pronóstico del cáncer de ovario

- A pesar de su relevancia en el pronóstico, el acceso a cirugía especializada no está implementado de forma generalizada en España
- El desconocimiento sobre los síntomas es una de las causas de que el 80 % de los diagnósticos sea en una fase avanzada de la enfermedad
- Los tabúes y desinformación sobre la salud ginecológica dificultan el autoconocimiento del cuerpo y la identificación de síntomas

Madrid (25.01.22).

Mujeres con cáncer de ovario, familiares y profesionales de trece disciplinas sanitarias y sociales se han unido en la iniciativa “El reto social del cáncer de ovario” para reflexionar sobre el papel de la sociedad civil ante los retos de las personas afectadas por esta enfermedad. La mayoría son invisibles para la población, siendo fundamentales la divulgación y la sensibilización para lograr un mayor apoyo a nivel social.

El acceso a la cirugía especializada se plantea como el reto prioritario. En primer lugar, por su impacto en el pronóstico y calidad de vida de las pacientes y, en segundo lugar, porque la derivación a cirugía oncológica continúa sin estar incluida en los protocolos asistenciales de la práctica clínica del cáncer de ovario.

Además, las personas participantes de la iniciativa afirman, de forma unánime, la importancia de divulgar sobre los síntomas del cáncer de ovario entre la población y los colectivos sanitarios. El desconocimiento de estos es una de las causas que explica que el 80 % de los diagnósticos se produzca en fases avanzadas de la enfermedad. Y, por otro lado, también coinciden al destacar la necesidad de mejorar las campañas de educación y concienciación sobre la salud ginecológica, sexual y reproductiva, ya que continúa existiendo mucha desinformación y tabúes en relación con estas esferas de la vida.

Esta iniciativa ha contado con la colaboración altruista de la **Asociación Española de Matronas**, la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS), la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), el Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario (GEICO), la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), y el patrocinio de Clovis Oncology.

El reto social del cáncer de ovario

Esta iniciativa, liderada por la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Ovario y Ginecológico (ASACO) y la Fundación MÁS QUE IDEAS, tiene como propósito favorecer la reflexión a nivel social y sanitario acerca de los retos y dificultades que experimentan las personas afectadas por un cáncer de ovario.

A través de entrevistas a diez mujeres con cáncer de ovario y varios grupos de trabajo y encuestas a un comité multidisciplinar, formado por pacientes, familiares y profesionales, se ha logrado recoger en este informe los principales desafíos y demandas. Además, incluye una propuesta de estrategias y acciones de educación, reivindicación y concienciación a llevar a cabo para avanzar en cada uno de los retos identificados: el acceso a cirugía especializada, el conocimiento de síntomas y la promoción de la salud ginecológica, sexual y reproductiva.

La sociedad tiene un papel fundamental para hacer frente a los retos asociados al cáncer de ovario. Por ello, “esta iniciativa pone la mirada en todo aquello que, como sociedad, podemos hacer para conseguir diagnósticos más precoces y mejores resultados en supervivencia y calidad de vida de las mujeres con cáncer de ovario”, afirma Diego Villalón, trabajador social y cofundador de Fundación MÁS QUE IDEAS.

Favorecer el diálogo social en torno al cáncer de ovario es una prioridad porque, tal y como señala Charo Hierro, paciente y presidenta de la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Ovario y Ginecológico (ASACO), “este tipo de cáncer es un gran desconocido, tanto para la mayoría de las mujeres como para la sociedad en general. Es necesario que se conozca y se pueda sospechar de su existencia a fin de detectarlo en etapas más tempranas”.

Reto prioritario: Acceso a cirugía especializada

Una de las principales conclusiones del informe es el insuficiente abordaje multidisciplinar de las personas con cáncer de ovario, señalándose como principal desafío la integración efectiva de la ginecología oncológica. Esta especialidad es muy desconocida y, al mismo tiempo, fundamental para el abordaje del cáncer de ovario por la complejidad de la intervención quirúrgica.

La experiencia en la cirugía del cáncer de ovario es un factor clave, tal y como señala la Dra. Mercedes Herrero, ginecóloga de Gine4 en el Hospital Universitario Sanchinarro – Centro Integral Oncológico Clara Campal, manifestando que “se necesita habilidad quirúrgica y costumbre para realizar esta cirugía minimizando riesgos y posibles secuelas. La evolución depende de lo precisa y extensa que sea la extirpación del tejido tumoral. No podemos pensar en tejido limitado a un órgano, ya que puede haber afectación en órganos vecinos”.

Es una operación compleja e importante que debe realizarse por cirujanos/as de centros especializados. Sin embargo, el acceso a la cirugía especializada continúa sin estar implementada de forma generalizada en nuestro país. Esta iniciativa pone de manifiesto la urgencia de reivindicar centros de especialización y favorecer su acceso a mujeres diagnosticadas de un cáncer de ovario. *“Dar la mejor oportunidad de tratamiento requiere organización y centralizar a las pacientes por área geográfica o por centros con una cualificación adecuada. Es mejor que se concentren los tratamientos y conseguir esa superespecialización”*, destaca la Dra. Herrero.

Según Charo Hierro, la concienciación e implicación de los colectivos sanitarios es necesaria para lograr que los equipos médicos *“deriven a toda paciente con cáncer de ovario a un centro experto en la cirugía y tratamiento de este tipo de cáncer. Un centro donde se encuentren especialistas en la cirugía (ginecología oncológica) y un equipo multidisciplinar que lleve a cabo todas las pruebas y protocolos necesarios para un abordaje óptimo”*.

Reto prioritario: Conocimiento de síntomas

El 80 % de los casos de cáncer de ovario se diagnostica en fases avanzadas de la enfermedad, lo cual impacta de forma determinante en el pronóstico. Lograr diagnósticos en fases precoces es prioritario y, para ello, es necesario mejorar el conocimiento de los síntomas en la población general. De esta forma *“seremos conscientes de que puede haber una causa ginecológica en aquello que se está experimentando. A veces se confunde con dificultades digestivas y saber que hay otras posibles causas ayudará a identificarlo antes. Es fundamental formar a la población para saber discernir cuándo debemos acudir a consulta médica a la mayor brevedad”*, señala Villalón.

Las personas participantes de la iniciativa subrayan que las campañas de educación deben ir dirigidas a toda la población, no solo a las mujeres, y encaminadas a informar sobre la presencia y persistencia en el tiempo de los síntomas más comunes del cáncer de ovario: dolor o molestias abdominales, sensación de plenitud, distensión abdominal y alteración del tránsito gastrointestinal.

Así mismo, pacientes, familiares y profesionales participantes, de forma unánime, advierten de las dificultades para el reconocimiento de los síntomas por parte de los colectivos sanitarios. En este sentido, la Dra. María Pilar Rodríguez Martínez, médica de familia y miembro del Grupo de Atención a la Mujer de la Sociedad Española de

Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), manifiesta que las causas son, por un lado, *“la sintomatología inespecífica de la enfermedad, que requiere buscar diferentes causas relacionadas con la misma, retrasando el diagnóstico”* y, por otro, *“la elevada sobrecarga asistencial que soporta Atención Primaria, con falta de recursos, principalmente de profesionales y de tiempo”*. Además, señala la necesidad de fomentar el conocimiento entre el personal sanitario *“para tener presente el cáncer de ovario como posible causa de esos síntomas”*.

Reto prioritario: Promover la salud ginecológica, sexual y reproductiva

Los tabúes y el desconocimiento social sobre estas esferas dificultan encontrar soluciones ante dudas o malestares que se pueden tener en estos ámbitos. Todavía persisten ciertos sentimientos de vergüenza y pudor que dificultan que sean abordados en las consultas con el personal sanitario.

Esta iniciativa pone de manifiesto la importancia de educar a nivel social sobre cuestiones como la menstruación, el embarazo, los anticonceptivos o la menopausia, ya que tienen implicaciones importantes en las vidas de las mujeres. Según las personas participantes, una mayor educación a nivel ginecológico, sexual y reproductivo facilita un mejor autoconocimiento del cuerpo, lo cual permite prestar más atención a cambios que puedan producirse en él y acudir al personal sanitario, cuando sea necesario.

Tal y como indica la Dra. Rodríguez, es importante hablar de la salud en las mujeres ya que “por su propia fisiología, a lo largo de la vida de las mujeres se van a producir cambios relacionados con los ovarios y su función, que van a repercutir en su salud y calidad de vida. Por esto es necesario hablar de salud ginecológica para conocerla y saber cómo afrontarla”.

Informe: “El reto social del cáncer de ovario”: www.asociacionasaco.es Y www.fundacionmasqueideas.org





DISPONEMOS DE 100 BECAS PARA MATRONAS

Solicitar en:

matronas@asociacion-nacional.com

INDICAR EN ASUNTO: BECAS SAMEM

PRIORIDAD ABSOLUTA PARA LOS SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Y ASOCIACIONES VINCULADAS

INSCRIPCIONES:

<https://www.samem.es/inscripciones-2022>

PROGRAMA**MIÉRCOLES 16 / MARZO / 2022 MAÑANA**

HORA	SESIÓN
08:45 - 09:00	APERTURA CONGRESO
MESA 1	
09:00 - 09:30	CLORURO DE DECUALINIO EFECTOS SOBRE EL BIOFILM Y EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES VAGINALES
MESA 2	
09:30 - 10:00	MANEJO CON PRODUCTOS NATURALES DE LA CASCADA SINTOMÁTICA DE LA MUJER DE MÁS DE 50 AÑOS
MESA 3	
10:00 - 11:00	PAPEL DE LOS HIDRATANTES VAGINALES EN EL MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER
11:00 - 11:30	DESCANSO
MESA 4	
11:30 - 12:30	MANEJO DEL DÉFICIT DE HIERRO EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MESA 5	
12:30 - 14:00	CONSENSO DE LA GINECOLOGÍA SOBRE ANTICONCEPCIÓN CON SOLO GESTAGENOS
14:00 - 16:00	COMIDA LIBRE
MESA 6 TARDE	
16:00 - 17:00	COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DE LA LECHE Y SU PAPEL EN LA MUJER
17:00 - 17:30	DESCANSO, CAFÉ
MESA 7	
17:30 - 18:15	PROTOCOLOS DE USO DE PROBIÓTICOS EN PATOLOGÍAS FRECUENTES DE LA MUJER
MESA 8	
18:15 - 19:00	NUEVA POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO CON ROMOSUZUMAB EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA

PROGRAMA

JUEVES 17 / MARZO / 2022 MAÑANA	
HORA	SESIÓN
MESA 9	
08:45 - 10:00	RECOMENDACIONES DE USO DE LA TERAPIA HORMONAL EN LA MENOPAUSIA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA (AEEM)
MESA 10	
10:00 - 11:00	ESTETROL UN NUEVO ESTROGENO NATURAL, BASE DE UN MEJOR PERFIL METOBOLICO EN LA ANTICONCEPCION HORMONAL ORAL
11:00 - 11:30	DESCANSO
MESA 11	
11:30 - 12:30	POSICIONAMIENTO DE LAS SOCIEDADES PARA EL DIAGNOSTICO DE CLAMIDIA Y GONORREA EN LA MUJER
MESA 12	
12:30 - 14:00	EN QUIEN SOSPECHAR NIVELES BAJOS DE VITAMINA D Y PAUTAS DE ACTUACIÓN SEGÚN LA SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE OSTEOPOROSIS Y METABOLISMO MINERAL OSEO
14:00 - 16:00	COMIDA
MESA 13 TARDE	
16:00 - 17:00	IMPORTANCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN PATOLOGIAS FEMENINAS
17:00 - 17:30	DESCANSO
MESA 14	
17:30 - 18:00	INDICACIONES Y PROTOCOLO DE USO DEL IMPLATES ANTICONCEPTIVOS
MESA 15	
18:00 - 18:30	COMPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA LA REPARACIÓN Y EL MANTENIMIENTO ADECUADO DE NUESTRO ORGANISMO
MESA 16	
18:30 - 19:00	OSTEOPOROSIS, DECISIÓN COMPARTIDA CON EL PACIENTE DR. SANTIAGO PALACIOS



Créditos de Formación Continuada (12,2 créditos FC)

DIRECTORA ACADÉMICA:

Dra. M^a Jesús Cancelo Hidalgo

DIRIGIDO A: Licenciados/ Grado Enfermería

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

FORMATO: Online

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

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

Matricula: 250€

MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN

MÓDULO 2: BIOLOGÍA Y FARMACOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

MÓDULO 3: ASPECTOS TEÓRICOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÓDULO 4: MANEJO PRÁCTICO DE LA ANTICONCEPCIÓN

MÓDULO 5: OTROS ASPECTOS EN ANTICONCEPCIÓN

MÓDULO 6: CASOS CLÍNICOS EN ANTICONCEPCIÓN

INFORMACION:

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

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

MÓDULO 4: MANEJO PRÁCTICO DE LA ANTICONCEPCIÓN

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

MÓDULO 5: OTROS ASPECTOS EN ANTICONCEPCIÓN

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

MÓDULO 6: CASOS CLÍNICOS

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



M.ª JOSÉ ALEMANY ANCHEL, JEFA DE ESTUDIOS DE LA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS (UDM) DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Nuestra entrevistada de este número es una matrona con largo recorrido profesional, en la que destaca toda su labor como profesora de la UDM de la CV desde sus inicios y posteriormente, como Jefa de Estudios. Defensora de los derechos las mujeres, como buena feminista que es, y de las matronas.

Mª José, para muchas compañeras de la Comunidad Valenciana, es un referente como persona y como profesional por su gran implicación en la mejora de la formación dentro de la UDM que dirige, desprende una gran integridad cuando se trata de la defensa de los derechos de las mujeres, en general, y de las gestantes en particular. Fiel a sus principios, a su familia y amistades y por supuesto, a la profesión de matrona.

P: Hola Mª José, bueno me resulta extraño y agradable a su vez, poder hacerte esta entrevista, somos compañeras pero además amigas, así que te agradezco de corazón que hayas aceptado esta invitación para compartir algunos aspectos de tu larga trayectoria con el resto de personas que no te conocen tanto como creo te mereces. Eres una mujer muy comprometida en muchas áreas con tus diferentes facetas que intentaré darles luz a través de esta entrevista.

Eres de las matronas de la “vieja escuela” como dirían hoy, del modelo de formación anterior al de Enfermera Interna Residente (EIR), ¿crees que ese “modelo” marcó a algunas generaciones en la manera de ver la profesión? ¿Cómo?

R: Si, la verdad es que soy matrona desde 1979 y la formación era de un año intensivo además de la formación teórica dos días a la semana. Las clases eran impartidas por ginecólogos y, solo en alguna ocasión venía una matrona para explicarnos aspectos de la práctica asistencial. Esa presencia, casi exclusivamente masculina, fue lo que inició mi proceso crítico de pensamiento porque no entendía por qué si los partos los asistían las matronas, la formación la impartían los médicos obstetras y ginecólogos.

P: ¿Crees que este tipo de formación tenía alguna peculiaridad más?

R: Pues veras, en mi promoción estábamos 6 meses en el paritorio del Hospital Clínico (HCUV) y 6 meses en el Hospital Provincial (ahora Hospital General Universitario) de Valencia (HGUUV). Se pretendía que nos formáramos en dos tipos de partos, los partos “complicados” -o no tanto-, que se conducían con monitor y medicación en el HCUV y los partos espontáneos en el HGUUV. En este último iban a parir mujeres de la Beneficencia y eso hacía que acudieran mujeres de etnia gitana que llegaban, con frecuencia, en dilatación completa.

P: ¿Pero tu trabajaste de enfermera antes de ser matrona, no?

R: Si, mientras hacía la especialidad y durante varios años más estuve trabajando como enfermera en una Unidad de Cuidados Intensivos. Luego fue cuando ya hice algunas sustituciones de matrona en el Hospital La Fe y en el Hospital Dr. Peset y después, me incorporé como interina en una plaza de Atención Pública Domiciliaria (APD) en Requena, un pueblo a 70 km de Valencia.

P: ¡Vaya!, matrona de APD en una zona rural y en los años 80 ¿puedes contarme como fue esa experiencia?

R: Aquella plaza de matrona de APD (1984-1988) tenía el requisito de que había que vivir en el pueblo, porque la normativa legislativa era de varias décadas anteriores, cuando las mujeres parían en sus domicilios. Como en los años 80 del siglo pasado las mujeres daban a luz en los hospitales, escribí una carta al director general del Insalud (las transferencias en sanidad fueron en 1986). Planteé mi compromiso de pasar una consulta de matrona 3 días a la semana, hacer educación maternal y hacer dos guardias de 24 horas en el paritorio del hospital de Requena.



P: Así que tomaste la iniciativa para dar contenido a la labor de matrona de APD, incluida la educación maternal, eso en aquella época debió ser complicado ¿Puedes ampliarme un poco más cómo se hace eso de innovar?

R: Bueno, entonces, las pioneras en la educación maternal en Valencia (preparación al parto, se llamaba) eran matronas del Hospital La Fe. Recuerdo con especial cariño a Fina Segarra y Pepi Soriano que me ofrecieron todo el material que utilizaban. Con el visto bueno del directivo del Insalud comencé a trabajar del modo que, inmediatamente después, con las transferencias en sanidad, se convirtió en “matrona de Atención primaria”.

P: Y tras esa experiencia como APD ¿volviste a trabajar al hospital, cómo fue?

R: Pues porque en 1988 obtuve la plaza de matrona en el Hospital La Fe. Era todo un reto trabajar en el Hospital que, ya entonces, se consideraba el más importante de la Comunidad Valenciana. Lo que más llamó mi atención fue la jerarquización que existía. Allí los ginecólogos eran los que mandaban sobre las cosas y sobre las personas.



P: Sé que también te has dedicado a la docencia durante muchos años en la Escuela de Enfermería del Hospital La Fe, ¿qué materias impartías?

R: Si, primero en 1995 me fui a la Escuela de Enfermería La Fe a impartir “Salud Maternal” y estuve dos años. Después me incorporé otra vez al paritorio hasta el 2004, cuando me presenté a la plaza que había quedado libre en la Escuela de la asignatura que yo había impartido. En 2010 comenzamos con el Plan Bolonia y he sido profesora de Salud de la Mujer, de la Sexualidad y de la Reproducción y de Sociología, Género y Salud.

P: Tú estuviste desde el inicio de la formación de la UDM de la CV, ¿Siempre has estado implicada, incluso como docente, en el mundo de la mujer? ¿Cómo fueron esos inicios en esta UDM? ¿Qué destacarías de esa época?

R: Si, desde la primera promoción de residentes de matrona (1994-1996) soy profesora de esta Unidad Docente. Me he ocupado de la Unidad Didáctica que trataba todo lo relacionado con “Asistencia y cuidados a la mujer durante el parto y de la Historia de la profesión de matrona desde una perspectiva de género”.

La primera Directora de la Unidad Docente fue Clara Moreno. Todo mi reconocimiento al gran mérito que tuvo iniciar la formación desde unos parámetros nuevos y poner todo en marcha. También hay que destacar el importante papel que tuvo Ana Martínez, que en esos momentos era profesora de Enfermería y nos facilitó mucho material y muchas “tablas” para que pudiera llevarse a cabo el cometido.

Fue un hito que las propias matronas nos incorporáramos a la docencia de las profesionales que nos iban a sustituir cuando terminaran la residencia. El sistema de Enfermera Interna Residente (EIR) consiguió que por primera vez en la historia las matronas cobraran un salario mientras se formaban, igual que en el caso de los médicos, ya que estaban contratadas por el hospital durante los dos años que duraba la especialidad.



P: M^a José, tu asumes la Jefatura de Estudios en 2018, cuando aún seguías como profesora en la EU del hospital La Fe y en la propia UDM, eres la tercera Directora o Jefa de Estudios, ¿Puedes aclararme la diferencia? ¿Cómo te sentiste al asumir ese cargo?

R: Sí, después de Clara Moreno la siguiente directora de la Unidad Docente ha sido Laura Fitera, quien durante más de 20 años ha llevado el timón de la UDM-CV con total diligencia y entusiasmo consiguiendo que nuestra Unidad Docente esté tan bien valorada, tanto dentro como fuera de nuestra comunidad.

Yo me incorporé después del verano de 2018 como Jefa de Estudios tras la jubilación de Laura Fitera. Tengo que decir que desde 2010, aproximadamente, cuando la legislación solo contempla las Unidades Docentes como Multiprofesionales, se retira lo de Directora y solo existe la nomenclatura de Jefa de Estudios.

Al hacerme cargo de la gestión de la UD conté con el apoyo explícito de la Comisión de Docencia, con el soporte fundamental de su secretaria, Soledad Carregui, con el apoyo de la Asociación de Comares de la CV, en aquel momento Josefa Santamaría y con el respaldo de la vocal matrona del Colegio de Enfermería, Maribel Castelló.



P: Supongo que como en todas partes, cada Directora en su momento o Jefa de Estudios tendrá unos objetivos, un estilo o impronta en la forma de gestionar la unidad, ¿Cuál es el tuyo M^a José, qué filosofía podría definirse en esta UDM?



R: Mi planteamiento de la Unidad Docente y que está compartido con todas las matronas que colaboramos tanto en docencia teórica, en la tutorización, como las colaboras docentes es horizontal, es decir, tenemos el absoluto convencimiento de que las que tenemos que gestionar la formación de nuestras residentes somos las matronas y todas estamos comprometidas en que éstas terminen la especialidad con una conciencia clara de que somos las profesionales que estamos mejor preparadas para cuidar y acompañar a las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital. También de que somos profesionales con autonomía para tomar las decisiones que competen al acompañamiento y cuidados de las mujeres durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia.

Formamos matronas comprometidas contra la violencia que se ejerce hacia las mujeres tanto la que ejercen sus parejas como cualquier tipo de violencia estructural. Nuestras residentes tienen formación sobre cualquier problema que

puede presentarse en el transcurso de una gestación o de un parto, pero nos esforzamos en atender a las mujeres respetando su fisiología e intentando no intervenir en el transcurso de los nacimientos que evolucionan con normalidad. Esa es la filosofía que transmitimos a nuestras residentes.

P: Bueno, tengo que recordar a nuestras compañeras lectoras, que esta UDM sobrevive tal cual desde sus inicios, pero cuéntanos mejor tú como Jefa de Estudios que ha pertenecido a ésta desde sus inicios

R: Sí, creo que somos de las pocas Unidades Docentes que todavía no somos Multiprofesionales. Tengo que decir que dentro de los distintos hospitales acreditados para la docencia en la CV para la formación de matronas tenemos 5 Multiprofesionales. Estos departamentos se han integrado en nuestro modelo porque han comprobado que de este modo, todas las residentes de la CV tienen la misma formación básica que ya está organizada, teniendo en cuenta la actualización del profesorado en la mejor evidencia científica disponible.

P: Otra actividad tuya es la de asumir la dirección de tesis doctorales ¿cierto?

R: Si, la verdad es que he codirigido dos tesis doctorales y he formado parte del tribunal de tesis de matronas en tres ocasiones. Todo un honor participar del crecimiento académico de compañeras.

P: Y volviendo un poco más a ti, sé que te licenciaste en Historia, bueno ahora ya doctora, y que tu tesis está relacionada con el mundo de las matronas, cuéntanos.

R: Si, durante los años que estuve de APD realicé mi licenciatura en Historia, que finalicé en 1993. En 2014 defendí la tesis doctoral "Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX". Quise profundizar en la percepción de las mujeres que habían dado a luz en la segunda mitad del siglo pasado y en las matronas que habían trabajado durante esos años. El estudio se centró en matronas que habían trabajado en La Fe, aunque también entrevisté a algunas compañeras que trabajaban en otros hospitales y en otras ciudades del país para poder establecer similitudes y divergencias. Pregunté sobre su formación, su trabajo, su relación con los ginecólogos, cómo habían llevado sus maridos que trabajaran fuera de casa, cómo se vivió el cambio de casa al hospital, etc. De la entrevista a las matronas publiqué un libro en 2016: "De mujeres y partos".



P: Muy interesante, la verdad, y tengo que decir que pude presenciar la lectura de tu tesis, una exposición magistral, pero M^a José, me llama la atención que también estás muy comprometida no sólo en el inicio de la vida sino en el final de la misma, en una asociación, ¿puedes contarnos en qué trabajas dentro de la misma?



R: Claro, el otro frente en el que estoy comprometida es el de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida. Actualmente soy presidenta de Derecho a Morir Dignamente (DMD) en la CV. Como sabes, la asociación trabaja por promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla. De manera especial defendemos el derecho de las personas con enfermedades terminales e irreversibles a morir sin sufrimiento, si ese es su deseo expreso. El 2021 ha sido el año de la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) con lo que las personas que cumplen los requisitos establecidos pueden solicitar esta prestación sanitaria.

P: ¿Cómo es eso de estar comprometida con el inicio y el final de la vida, que tienen en común?

R: Tanto en la asistencia a los partos como en el proceso final de la vida, buena parte de la ciudadanía es todavía heredera del modelo paternalista de la época franquista, donde "el médico es quien sabe lo que hay que hacer". Con la Ley General de Sanidad de 1986 se apostó por un modelo autonomista, acorde con otros países de nuestro entorno. Los dos hechos más importantes de nuestra vida, nacer y morir, tienen que suceder con las máximas garantías de respeto a la voluntad/autonomía, de la madre en el primer caso y de cada persona en sus días finales.

P: M^a José, se me hace corta esta entrevista pero hay una pregunta obligada que hago a casi todas las personas que entrevisto y más siendo tú la responsable de la UDM en la CV ¿Cómo ves el futuro de la profesión de Matrona? ¿Qué nos falta, de ser así, para ser realmente autónomas y/o más respetadas entre otros profesionales?

R: Yo creo que es imprescindible organizar la formación de matronas como un grado y no como una especialidad de enfermería. Los rotatorios habría que hacerlos fundamentalmente en centros de nacimientos donde las líderes sean matronas y también en servicios de obstetricia y ginecología hospitalaria para ver la patología. También hay que dar el paso de comprometerse políticamente para ocupar puestos donde está la posibilidad de tomar decisiones. En la Consellería o en el Ministerio es donde tenemos que conseguir que se creen los puestos de trabajo adaptados a nuestras competencias.

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: Pues yo tengo total confianza en las profesionales que se han formado en las últimas décadas. Tienen una sólida formación, dominan las TIC'S, están accediendo al tercer ciclo con tesis doctorales muy importantes y son emprendedoras. Esos valores individuales hay que ponerlos en valor en las Asociaciones de Matronas y no dar un paso atrás.

En nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio agradecerte 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. Eres una persona cariñosa, amable, amiga de sus amigas y exigente con la profesión, con la que sigues tan comprometida. Te deseo que el camino que te queda por recorrer sea tan gratificante como el ya vivido.

Expresarte, personalmente, que ha sido un placer para mí compartir este rato y descubrir para otras compañeras, a matronas como tú, tan comprometidas con su profesión, con las mujeres y en general con la vida. Eres un ejemplo de que se puede llegar muy lejos, aunque sea peleando en el día a día, para ofrecer la mejor formación posible para nuestro futuro relevo de profesionales, muchas gracias M^a José.

ATENEA Redactora AEM

**LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS SE ADHIERE A LA INICIATIVA
DEL GRUPO 40 ENFERMERIA**
EN RELACIÓN AL RD 46/2022 DE 18 DE ENERO



ENFERMERIA Y UNIVERSIDAD
1977-2017

“Ante la publicación del Real Decreto 46/2022, de 18 de enero, del Ministerio de Educación, que crea una nueva cualificación profesional de Supervisión de la atención sociosanitaria para la promoción de la autonomía personal, la Asociación Española de Matronas, quiere hacer las siguientes puntualizaciones:

1- Resaltamos en primer lugar la improcedencia de crear una nueva cualificación en un área de trabajo profesional en la que ya existen otras cualificaciones adecuadas y eficientes, especialmente las enfermeras que, incluso disponen de una especialidad oficial en el campo de los cuidados a personas adultas mayores y/o con dependencia, con muy pobre incorporación en las residencias. Una nueva titulación, por si sola, no traería mejoras en la atención, sino confusión laboral y de ámbitos de trabajo.

Hay que señalar que la profesión enfermera, regulada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 24/2003) tiene reconocidas las competencias que en el Artículo 7 del citado RD 46/2022 se atribuyen a la nueva cualificación, lo cual plantea un caso de grave colisión entre ambas titulaciones y un posible conflicto de jerarquía entre ambas normas.

2- Nos sorprende que esta cualificación profesional se sitúe en la familia de Formación Profesional de Servicios socioculturales y a la comunidad, lo que entendemos supone un total desconocimiento de la realidad de la atención sociosanitaria por parte de los políticos que se han encargado de su desarrollo y publicación. Queremos recordar que este tipo de atención se encamina principalmente a la atención sanitaria de las personas en situación de dependencia, el mantenimiento de su bienestar, la adecuación de cuidados necesarios y el seguimiento de los problemas de salud frecuentes en este grupo, más allá de lo sociocultural.

3- Manifestamos nuestra preocupación ante lo que puede suponer encargar tareas de supervisión de una atención compleja a personas que tendrán una formación inferior a la conveniente y con un enfoque administrativo, que puede alejar el énfasis en los cuidados precisos para atender a personas mayores en situación de dependencia física y mental.

4- La improcedencia de creación de esta titulación también se justifica por el número de profesionales necesarios. Para un total de unas 6.116 residencias de mayores (datos de 2020 del IMSERSO), con una media de 70,5 camas por centro, cabe preguntarse cuáles son los números de profesionales de este tipo que serán necesarios a largo plazo o si se trata de crear una nueva formación que tendrá escaso nicho de trabajo.

5- No podemos encontrar otros motivos para esta normativa que los de atender a las presiones de las empresas privadas (también algunas públicas) que gestionan mayoritariamente la atención en residencias, para abaratar costes de prestación de cuidados en las mismas, lo que nos hace temer que esto repercuta en un mayor deterioro del ya existente en estos centros.

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS SE ADHIERE A LA INICIATIVA DEL GRUPO 40 ENFERMERIA

EN RELACIÓN AL RD 46/2022 DE 18 DE ENERO



ENFERMERIA Y UNIVERSIDAD
1977-2017

Por todo ello,

Instamos al Ministerio de Educación y Formación Profesional y a su titular, Doña Pilar Alegría, a la suspensión de esta norma y su reconsideración en todos sus extremos.

Solicitamos encarecidamente al Ministerio de Sanidad y a su titular, Doña Carolina Darías, la intervención en este tema de claros matices de atención a la salud y prestación de cuidados.

Creemos que este es un gravísimo momento para la profesión enfermera y la calidad de la atención sociosanitaria, por lo que entendemos que la unión de todos los profesionales (Consejo General de Enfermería, Colegios Oficiales de Enfermería, las sociedades científicas enfermeras y otros grupos de opinión) debe conducir a una acción decidida y coordinada, sin excluir ninguna medida de presión, que ponga fin a esta situación y a otras muchas de menosprecio a la profesión enfermera que se vienen repitiendo por parte del Gobierno de la nación y algunos gobiernos autonómicos”.

27 de ene de 2022

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



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

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

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

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

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

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

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

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

https://docs.google.com/forms/d/1dslBgpJbJ3lRPhGrIMoGlbxtHRAVfiMTUrQvfVz6QM/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.

ENCUESTA

INFLUENCERS EN LA MATERNIDAD. VISIÓN Y PERSPECTIVAS DE LA ENFERMERÍA. LA IMPORTANCIA DEL ASESORAMIENTO ENFERMER@ (MATRONAS, PEDIATRÍA)

Universidad Nacional a Distancia. TFM

Cuestionario dirigido a enfermeras matronas, y de pediatría. GRACIAS POR ADELANTADO POR PARTICIPAR. En primer lugar, agradecerle el tiempo que va a dedicar a responder esta consulta, el objetivo de esta es poder incorporar de una forma activa y anónima las respuestas que facilite a una serie de preguntas. Estas respuestas, se van a incorporar a un trabajo de investigación para la UNED, dentro del Máster universitario de comunicación y educación en la red como parte del Trabajo Fin de Máster.

Es también finalidad de este estudio, reflejar en un artículo de investigación, los resultados y conclusiones del mismo, en el que sin duda, quedará reflejada la importante labor asistencial de la enfermería en el ámbito de estudio y la importancia del mensaje de la enfermera.

Por favor, agradecería su respuesta.

Contacto: eduardogarcia1976@icloud.com

Encuesta:

<https://forms.gle/6vtyW6oUB3w4W6UeA>

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>

Hospital Universitari i polítècnic 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

www.matronas-cv.org



LA APLICACIÓN DEL DECRETO DE TEMPORALIDAD EN EL SNS PENALIZA INTERINIDADES SUPERIORES A 3 AÑOS, PERO PUEDE GENERAR CONFLICTIVIDAD Y CRONIFICACIÓN DE LA TEMPORALIDAD.



Según la Ley, antes de junio de 2022 deberían estar identificadas y publicadas las plazas objeto de los procesos extraordinarios de estabilización, y antes del 31 de diciembre de 2022 deberían estar publicadas las convocatorias de los procesos.

Ya lo anunciábamos en nuestra NI 1641, de no introducirse importantes modificaciones en el trámite parlamentario, la casuística y la disparidad autonómica de nuestro SNS generará una litigiosidad imposible de evaluar, que podría paralizar las OPE's y, en consecuencia, cronificar la temporalidad que pretende atajar. En el BOE del día 29 de Diciembre, se publicó la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público que sin duda nos puede traer un año movidito porque, lejos de solventar el enorme índice de temporalidad laboral que aqueja al sector sanitario, lo más probable es que agrave aún más el problema. Lo leído en el BOE mantiene las dudas sobre cómo se llevará a cabo los procesos extraordinarios de estabilización que contempla.

En ley establece que para acceder a una plaza fija siempre habrá que pasar un proceso selectivo con examen, si bien, en casos excepcionales se realizará un concurso de méritos. Estos casos serán muy excepcionales (para los interinos que lleven en su plaza cinco años) y solo podrán realizarse una vez. De éste modo establece un concurso (excepcional y único) para estabilizar aquellas plazas temporales "ocupadas de forma ininterrumpida con anterioridad al 1 de enero de 2016" y, obviamente, el primer escollo para llevar a cabo este proceso es identificar de qué plazas estamos hablando, algo bastante difícil dada la redacción aprobada y que las plazas hospitalarias y de A.P., especialmente las de Matronas, no son nominales y su ocupación puede generar "mucho litigiosidad" por expectativas frustradas, por derechos sobrevenidos, por infinidad de casuística.

El primer problema que podía suscitarse es que las plazas que ocupan las Matronas en los hospitales no son nominales, son asignadas a plantillas orgánicas, con un número de puestos establecido para la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica. En el caso de las Matronas su plaza es el paritorio (en la mayoría de los casos), la planta de maternidad, la unidad de urgencias obstétricas, etc., pero no tienen un código asignado individualmente ni una Matrona "propietaria" asignada concretamente a ese código con unas funciones concretas. Así las cosas, a efectos prácticos, la determinación de la condición de ininterrumpidamente por los interinos es más que dudosa, porque no sabemos cuál es la plaza que constituye la base de su computo. Lo mismo ocurre con las Matronas de A.P., que en la inmensa mayoría de las CC.AA. tienen plaza asignada a un Área, son Matronas de Área, elementos de apoyo a los equipos de AP, por lo tanto sin un código asignado individualmente a un centro de salud.



En éste caso, por ejemplo, podría surgir la duda de si al cambiar de centro de salud (puesto asignado) se podría interrumpir o no el cómputo.

Si este escollo no fuera importante cabe sumársele el que se suscita para los sanitarios interinos posteriores al 1 de Enero de 2016, es decir, las plazas ocupadas "de forma temporal e ininterrumpida" al menos en los tres años anteriores al 31 de diciembre de 2020, un contingente para el que la norma también prevé un proceso específico de estabilización laboral, pero con la peculiaridad de que son plazas de libre concurrencia y por tanto pueden optar a ellas quienes la hayan ocupado como interinos en ese plazo, pero también especialistas de otros centros u otras comunidades, que, en caso de acumular más méritos, podrían desplazar a quienes las ocuparan hasta el inicio del proceso, lo que produciría sin duda conflictos y litigios por doquier.

Pero es que aquí no acaba el asunto, debe tenerse en cuenta las posibles impugnaciones de los sanitarios que estando pendientes de concurso de traslados se produzca la ocupación de su puesto de trabajo, frustrando la expectativa de optar a esa plaza.

Con todo, el tiempo corre y antes de junio de 2022 deberían estar identificadas y publicadas las plazas objeto de los procesos extraordinarios de estabilización, y antes del 31 de diciembre de 2022 deberían estar publicadas las convocatorias de esos procesos. No son pocos los que auguran que este tiempo no es suficiente para conseguir consensuar un proceso homogéneo y único para todo el SNS. Ya hay comunidades que han paralizado sus OPE's en marcha hasta saber el sentido de la ley, pero también ha habido otras como Madrid, Castilla y León, La Rioja o Aragón, que tienen en proceso sus OPE's a pesar del riesgo de impugnación que pudiera suscitarse.

En esta situación deberá ser la Comisión de Recursos Humanos del SNS la encargada de solventar, con criterios generales transversales y homogéneos, todos los escollos que indudablemente irán surgiendo, permitiendo que se puedan conseguir consensos en cada una de las Mesas de Negociación de las CC.AA. para establecer las condiciones de los procesos de selección y la provisión de las plazas a estabilizar en cada ámbito territorial.

Como punto positivo destacamos que esta ley endurece la duración máxima del nombramiento del personal interino, como medida preventiva para evitar un uso abusivo de esta figura para ejercer funciones de carácter permanente o estructural, de forma que establece que se podrá ser interino durante un máximo de 3 años, de modo que si se incumple este plazo máximo, habrá una compensación económica para el personal temporal, "que será equivalente a 20 días de sus retribuciones fijas por año de servicio, prorrateándose por meses los períodos de tiempo inferiores a un año, hasta un máximo de 12 mensualidades".

Enlace con la Ley: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/12/29/pdfs/BOE-A-2021-21651.pdf>



CASTILLA Y LEÓN ESTABLECE UNA CUOTA FIJA DE 40 CITAS COMO AGENDA DIARIA COMPLETA PARA PROFESIONALES DE A.P., PERO QUE ES PRÁCTICAMENTE INAPLICABLE PARA LAS MATRONAS.

Fija en 40 el número máximo de citas de primaria en jornada ordinaria para médicos y enfermeros para prolongar voluntariamente su jornada por la tarde donde cobrarán el doble que hasta ahora, pero deberán hacerlo durante al menos dos meses y siempre que no haya profesionales disponibles en bolsa.

Cuando se pide inusualmente planificación y decisión para atajar el colapso de la Atención Primaria, el recientemente nombrado nuevo Consejero de Sanidad de Castilla y León plantea, en su Mesa Sectorial, fijar un máximo de 40 pacientes por consulta en jornada ordinaria (frente a los 50 establecidos hasta ahora) y reducir de 40 a 30 el cupo máximo por las tardes. Establece, además, que este horario será voluntario y retribuido para el médico con 314,16€ por 4 horas de trabajo, y con 209,04€ para el personal de Enfermería (antes pagaban 152 y 101€ respectivamente).

La norma publicada en el BOCYL puedes consultarla en: <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2022/01/07/pdf/BOCYL-D-07012022-12.pdf>

La compensación económica pactada para ambos colectivos profesionales, por la asunción voluntaria del trabajo de tarde, es compatible con el cobro de las acumulaciones ya existentes y aunque esta pensado inicialmente para afrontar la saturación ocasionada por la pandemia, deja abierta, no obstante, su duración en el tiempo.

Según la Orden publicada, “los profesionales del equipo y el correspondiente personal de área adscrito al mismo, podrán participar en la realización de la medida señalada de acuerdo con los siguientes criterios:

- ✓ A partir de 40 citas a demanda en horario de mañana, todas aquellas que no sean demorables conformarán una agenda común del equipo que se atenderá en horario de tarde.
- ✓ En todo caso, la realización de esta actividad será voluntaria y se repartirá entre los profesionales adscritos al equipo (incluido los de área) que manifiesten su deseo de participar.
- ✓ La asignación se realizará atendiendo al acuerdo alcanzado entre los profesionales voluntarios y, en su defecto, se iniciará por aquéllos cuyo primer apellido comience por la letra «Q», continuándose sucesivamente por orden alfabético.



- ✓ En caso de que con los voluntarios del equipo no sea suficiente, se podrá abrir la posible participación a los profesionales de la correspondiente área.
- ✓ Dada la situación excepcional y el carácter temporal de la medida, la manifestación de optar por participar supone para el profesional el compromiso de su aceptación durante dos meses o durante el tiempo de vigencia de esta medida si fuera inferior.
- ✓ Esta actividad se realizará en horario de tarde de 16 a 20 horas y estará dedicada a la atención de consultas de carácter presencial.
- ✓ Esta actividad debe ser planificada con el objetivo de atender 30 consultas presenciales en las tardes que se establezcan.
- ✓ Esta actividad será objeto de constante evaluación y en el caso de que se advierta un incremento de, al menos, el 25% de la derivación de la agenda a la consulta ordinaria de la enfermera de la tarde, se podrá establecer una consulta extraordinaria de tarde por cada dos consultas médicas que coincidan en el tiempo en el centro. La participación en este caso también será voluntaria.
- ✓ La planificación será aprobada por el respectivo gerente, a propuesta de las direcciones médica y de enfermería de atención primaria, y deberá contar antes de su implantación con la autorización de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
- ✓ El control de esta actividad de tarde se realizará por el coordinador del centro que enviará semanalmente a la gerencia el número de tardes completas realizadas por cada profesional. Esta información se remitirá por parte de la gerencia correspondiente a la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
- ✓ La realización de esta actividad respetará el régimen de descansos establecido en la normativa vigente, no eximiendo de la realización de la jornada ordinaria al día siguiente si éste es laborable.
- ✓ Su realización no se computará dentro de la jornada ordinaria establecida, si bien dicho horario se considerará al efecto de no superar la duración máxima de 48 horas semanales de trabajo efectivo.”

Es evidente que este acuerdo está hecho a medida para los médicos, que pasan a tener contingentadas sus citas o consultas estableciendo su duración como base de cálculo para la prolongación de jornada. En SIMAES entendemos que no es comparable ni homologable una consulta o cita de facultativo con una consulta de Matrona, ni en su duración ni en su dedicación, menos aún cuando no se tiene en cuenta actividades como la preparación al parto, que poco tiene que ver con la contabilización exclusiva de consultas, motivo por el cual consideramos este acuerdo como inaplicable a la actividad que desarrollan las Matronas en Atención Primaria.

Se da la paradoja de que, como a las Matronas se las considera personal de área, en caso de que no haya suficientes voluntarios en un equipo de A.P. de su área, se puede voluntariamente participar en la prolongación.



A FALTA DE IDENTIFICAR LAS PLAZAS AFECTADAS, A LAS CCAA QUE HAN LLEVADO AL DÍA SUS CONVOCATORIAS, PODRÍA NO AFECTARLES EL “INTERINAZO”.

Con esta premisa, sería lógico considerar que estarían exentas de pasar interinos a fijos las CCAA que hubieran cumplido con los plazos en las convocatorias y cubierto el 100% de tasa de reposición.

La Ley de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, a la espera de concretar cómo se aplicará en las diferentes comunidades autónomas, adelanta interpretaciones como la de que no afectaría a las comunidades autónomas que han estado convocando las ofertas de empleo público (OPEs) en tiempo y forma. Tiene su razón lógica, puesto que no habría plazas con las condiciones que le ley determina (5 años ocupadas) porque teóricamente ya habrían sido convocadas. Este punto de vista confirmaría la correcta interpretación de las regiones que han continuado con las convocatorias que tenían en marcha, a pesar del “interinazo”.

Dicho así, el problema de seguir con el proceso del “interinazo” lo tendrían las CC.AA que no han convocado OPE’s en años, porque tendrían plazas que no han convocado y que ahora tienen que resolver por la obligación impuesta del plazo de los 5 años. Para el resto, que son la mayoría de las CCAA, se ha seguido con las convocatorias en curso, al margen del “interinazo”, por lo que la nueva ley no les afectaría, sólo tendrían que ampliar las plazas a convocar incluyendo las del plazo indicado.

Sea como fuere, lo importante es que lo antes posible se identifiquen las plazas a las que afecta la ley en cada CA, porque no creemos que la intención del legislador sea generar una mayor incertidumbre o una nueva discriminación, y porque es necesario contar con seguridad jurídica que evite largos procesos judiciales. Lo que menos necesita nuestro SNS es generar falsas expectativas para los compañeros interinos.

Más información en:

https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-100-de-tasa-de-reposicion-en-sanidad-exime-de-pasar-interinos-a-fijos-5895?utm_source=redaccionmedica&utm_medium=email-2022-01-22&utm_campaign=boletin

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?

INVITACIÓN

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



¿Cuales son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

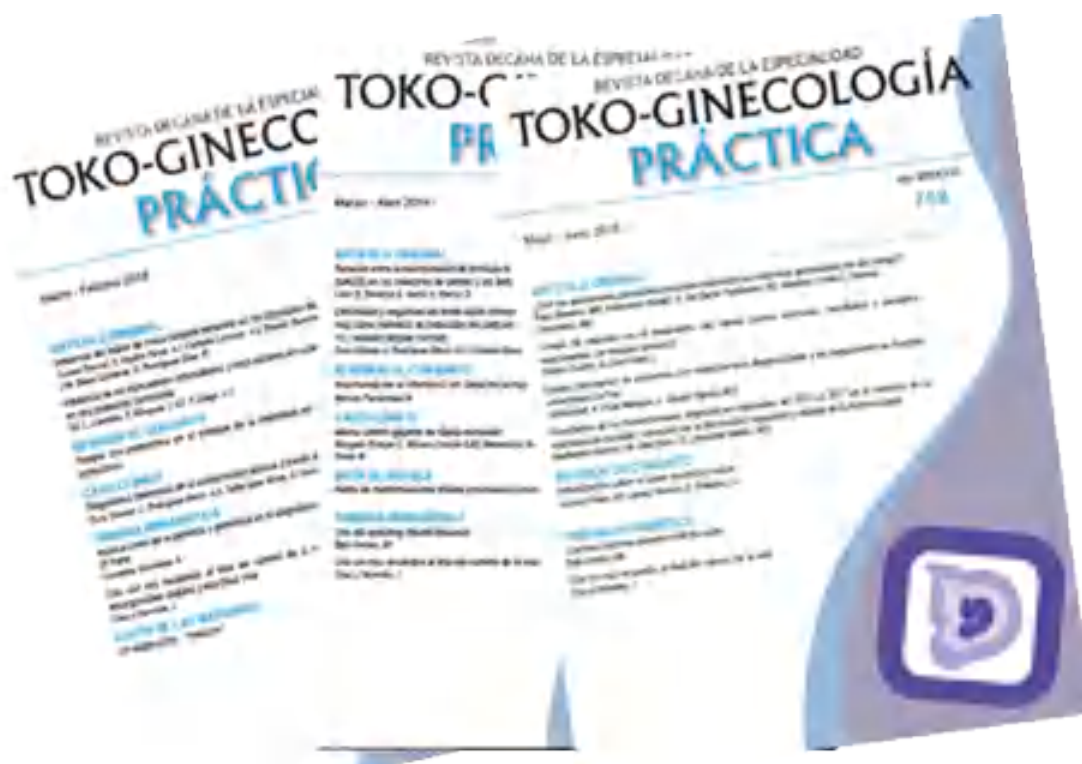
¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

infomatronas@gmail.com

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

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

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



¡ULTIMO NUMERO!

DESCARGAR:

<https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2022/01/Matronas-9-3-alta-res-ENERO-2022-1.pdf>

ALICANTE DEDICA UN ESPACIO A RECORDAR LA MUERTE GESTACIONAL TRAS LA PETICIÓN DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA Y DE DOS MADRES AFECTADAS POR ESTA VIVENCIA



El Colegio de Enfermería de Alicante ha estado presente en el acto de inauguración de la palmera y placa instalados por el Ayuntamiento de Alicante en el parque de la avenida de los Países Escandinavos en recuerdo de la muerte gestacional. La representación colegial ha corrido a cargo de su presidenta, Montserrat Angulo.

Una iniciativa municipal que fue propuesta meses atrás por el Colegio de Enfermería de Alicante y por dos madres de dos bebés fallecidos. Junto a diferentes representantes municipales como el alcalde de Alicante, Luis Barcala, y el concejal de Medio Ambiente, Manuel Villar, el acto se ha desarrollado con unos emotivos discursos tanto de la presidenta del Colegio de Enfermería como del alcalde y de la matrona Teresa Martínez, miembro del Grupo de Duelo Perinatal del Colegio de Enfermería, y las dos madres que padecieron la pérdida de sus bebés.

El primer edil ha aludido a la palmera plantada como “símbolo de victoria, triunfo, paz, vida eterna e inmortalidad”. Ha significado, al mismo tiempo, que “son muchas las personas que han sufrido una muerte perinatal, gestacional o neonatal. Por ello pretendemos que este sea un lugar donde las familias que hayan atravesado por esa situación puedan recordar a sus pequeños fallecidos”.

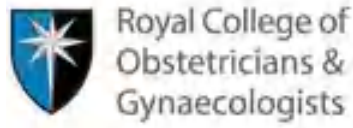
También ha significado que “este es un homenaje al recuerdo y al dolor. Pero también hacia el amor, puesto por esas familias y madres que habían puesto toda su ilusión por su bebé y que se frustra. Es muy bonito que, en un espacio público como este parque, haya un lugar para el recogimiento y la añoranza”.

Una placa con la leyenda “En recuerdo de los bebés que nos dejaron demasiado pronto” se puede leer en este espacio que podría albergar, ha explicado Montserrat Angulo, cada 15 de octubre el acto institucional del Día Mundial de la Muerte Gestacional. La presidenta del Colegio de Enfermería agradeció al Ayuntamiento su sensibilidad hacia la petición realizada por la entidad y por las dos madres y recalcó que “cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas. No se trata solamente de una pérdida física, también se trata de la pérdida de un proyecto de vida, de una ilusión. Es una paradoja para la que nadie está preparado y por eso es tan delicado saber qué decir o hacer. Tampoco existen rituales que legitimen, faciliten y reconforten a los progenitores. Los familiares y amigos evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio. Mientras, los padres viven su experiencia en soledad”.

Alicante se suma, con la iniciativa de este viernes, a otras localidades españolas que tienen espacios conmemorativos de la Muerte Gestacional. Son los casos de, entre otras, Madrid, donde la Asociación Ummamanita plantó un roble en 2015 en el Parque Juan Carlos I; Artés, en Barcelona, donde en el cementerio hay un árbol que recuerda a los bebés fallecidos; en Narón (La Coruña), o en el Parque Genovés (Cádiz).

Publicado en “Papeles de Enfermería”
Autorizado para Infofebrero





CREANDO CONCIENCIA SOCIAL FRENTE A LA VACUNA COVID-19 PARA EMBARAZADAS

La sociedad de fisioterapeutas CSP del Reino Unido ha unido fuerzas con el Royal College of Obstetricians y Gynecologist (RCOG) y el Royal College of Midwives (RCM) para resaltar los graves riesgos de contraer la Covid 19 y los beneficios que aportan las vacunas para proteger a madres y recién nacidos.

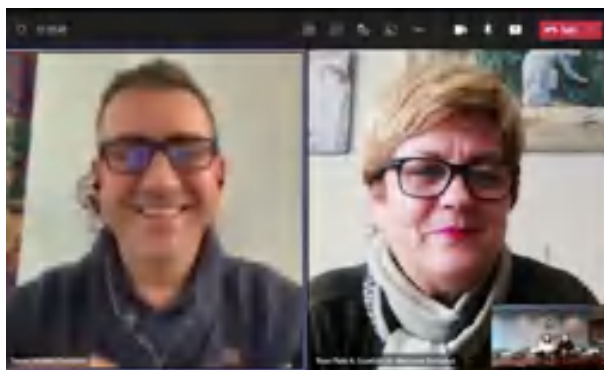
Los datos más recientes de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) muestran que las vacunas contra la Covid 19 brindan una fuerte protección contra el virus a las mujeres embarazadas. También muestra que las vacunas son seguras para las mujeres embarazadas, con resultados de nacimientos similares entre las que recibieron la vacuna y las que no.

El director de políticas de Chartred Society of Phisiotherapy (CSP) transmitía el apoyo total al derecho de las mujeres a elegir si vacunarse o no, y matizaba que no podía ***“pensar en una mejor fuente de asesoramiento para las mujeres embarazadas que las matronas”***.

El CSP que es el organismo profesional, educativo y sindical de los 60.000 fisioterapeutas colegiados, estudiantes de fisioterapia y trabajadores de apoyo del Reino Unido, respalda completamente el consejo de los colegas profesionales de la obstetricia e insta a los miembros de su sociedad que están embarazadas o tratando de engendrar a que se vacunen.

El mensaje es importante, sin duda, porque ayuda a crear conciencia social y resalta la importante labor de las matronas en su faceta de promoción y protección de la salud de las mujeres.

LAS REPRESENTANTES DE LAS MATRONAS EN EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA CONVOCAN UNA REUNION CON LAS MATRONAS



DANIEL MORILLAS. FAME

ROSA M.ª PLATA. AEM

El pasado lunes 24 de enero tuvo lugar la presentación de las representantes matronas del pleno del Consejo General de Enfermería, Montserrat Angulo y M^a Sol Montenegro, para lo cual mantuvieron una reunión con la Asociación Española de matronas (AEM), representada por su presidenta, Rosa M^a Plata; y la Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME), representada por su vicepresidente Daniel Morillas, para conocer de cerca su labor y apuntar posibles líneas de trabajo conjunto.

Posteriormente mantuvieron otra reunión virtual con las representantes de las matronas de los 52 colegios provinciales de España.

Uno de los temas más importantes y en el que coincidieron todas las representantes fue destacar la escasez de matronas que tenemos para cubrir todos los puestos de trabajo y llevar a cabo todas las competencias que nuestra profesión nos confiere, así como la falta de homogeneidad de las mismas entre las distintas autonomías.

Tenemos unas competencias muy marcadas en la atención al parto, en la que debemos lograr el 'one to one' (una matrona por mujer), pero muchas veces se olvida que no sólo trabajamos en el paritorio. En Primaria tenemos un abanico muy grande de atención a la vida sexual y reproductiva de la mujer, en el que se incluye a la adolescencia, anticoncepción, embarazo, parto y postparto, menopausia... sin contar con otros escenarios donde la matrona es la profesional mejor capacitada para trabajar en ellos. En definitiva, es imprescindible poner sobre la mesa el número de matronas que hay actualmente, las que se van a jubilar y ver cuántas mujeres en edad fértil hay, para así calcular el déficit que tenemos. Esta escasez es uno de los principales problemas a los que se enfrenta la profesión a corto plazo porque a la situación de escasez que ya empieza a percibirse en varias comunidades, se suma la alta tasa de jubilación estimada para los próximos años.

Hay que buscar medidas de compensación mientras que se siguen formando especialistas. Se deben aumentar las plazas de especialistas de obstetricia y ginecología en las convocatorias al EIR, y pedir a las administraciones, que no se pongan de perfil ante esta situación ya que la falta de estas profesionales en el Sistema Nacional de Salud pone en riesgo la buena calidad de la atención a la vida sexual y reproductiva de la mujer.

Múltiples estudios evidencian que las mujeres están mucho más satisfechas, la atención es más eficiente y se obtienen mejores resultados en salud cuando son tratadas por una matrona en lo que a su salud reproductiva se refiere.

Durante la reunión se ha acordado realizar un informe para enviar a los Ministerios de Sanidad y de Universidades para que conozcan la situación y aumenten la cifra de plazas de formación en las próximas convocatorias.

Además, también se ha debatido sobre la necesidad de abordar la prescripción enfermera en este ámbito. En la actualidad se está trabajando en el desarrollo de protocolos relacionados con la asistencia a embarazo, parto y postparto. Estos se analizarán a medida que la información se nos vaya trasladando y aportaremos todo nuestro conocimiento para que sean lo más completos posibles.

Para finalizar, se abordó el importante papel que los Colegios tienen en la formación continuada y se pidió que nos aportaran temas demandados por el colectivo o que hayan detectado deficitarios en la formación para plantearlos y que desde el Consejo se pueda ayudar a su realización.

Un compromiso alcanzado entre las representantes del Consejo General, las Sociedades científicas y las vocales matronas es mantener reuniones periódicas donde plantear ideas y propuestas para tratar de mejorar y caminar unidos en estos próximos años.

COMUNICADO DE PRENSA DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

La escasez de matronas
pone en riesgo la salud
reproductiva de las mujeres
ÁNGEL M. GREGORIS



Atender a la mujer en toda su vida reproductiva es una de las principales funciones de las matronas, que denuncian escasez de profesionales y piden a las administraciones que se impulse esta figura de manera clara y con la creación de más puestos EIR. Para analizar y debatir la situación, las representantes de las matronas en el Consejo General de Enfermería y los 52 colegios provinciales se han reunido y advierten de que la falta de estas profesionales en el Sistema Nacional de Salud pone en riesgo una buena calidad de la vida reproductiva de la mujer.

“Acompañamos a la mujer en todo el proceso reproductivo y no sólo en las funciones de parto y puerperio. Las administraciones deben conocer esta situación y no deben hacer oídos sordos a la falta de profesionales. Este escenario de escasez nos puede relegar a trabajar exclusivamente en el paritorio, que muchas veces parece que es el único lugar que es de nuestra competencia. Nada más lejos de la realidad, tenemos reguladas desde hace muchísimos años todas las funciones para ayudar y acompañar a la mujer”, apunta Montserrat Angulo, presidenta del Colegio de Enfermería de Alicante y vocal titular matrona del CGE.

Atención Primaria

En esta misma línea se expresa Marisol Montenegro, vocal suplente y vicepresidenta del colegio de Pontevedra, que recalca la necesidad de potenciar la atención personalizada durante el parto y no olvidar que las matronas deben estar en la Atención Primaria. “Tenemos unas competencias muy marcadas en la atención al parto, en la que debemos lograr el ‘one to one’ (una matrona por mujer), pero muchas veces se olvida que no sólo trabajamos en el paritorio. En Primaria tenemos un abanico muy grande de atención a la vida sexual y reproductiva de la mujer, en el que se incluye a la adolescencia, anticoncepción, embarazo, parto y postparto, menopausia... En definitiva, es imprescindible poner sobre la mesa el número de matronas que hay actualmente, las que se van a jubilar y ver cuántas mujeres en edad fértil hay para así calcular el déficit que tenemos”, explica Montenegro.

Durante la reunión se ha acordado realizar un informe para enviar a los ministerios de Sanidad y de Universidades para que conozcan la situación y aumenten la cifra de plazas de formación en las próximas convocatorias. “Hay estudios que dicen que las mujeres están mucho más satisfechas, la atención es más eficiente y se obtienen mejores resultados en salud cuando son tratadas por una matrona en lo que a su salud reproductiva se refiere. Tenemos un plus de formación que las mujeres demandan y deben conocerlo también las unidades docentes a la hora de decidir cuántas plazas piden a sus comunidades autónomas para que en próximas convocatorias saquen las máximas posibles”, especifica Angulo.

Jubilación

Según aseguran, esta escasez es uno de los principales problemas a los que se enfrenta la profesión a corto plazo porque se estima una alta tasa de jubilación en los próximos años. “Hay que buscar medidas de compensación mientras que se siguen formando especialistas. En estas reuniones buscaremos ideas y propuestas para ver cómo

podemos mejorar en estos próximos años”, apunta Montenegro.

El presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, se ha mostrado completamente de acuerdo con las reivindicaciones de las matronas y considera fundamental apostar por esta figura. “Las administraciones no pueden ponerse de perfil en este asunto y deben ser conocedoras que la falta de matronas pone en riesgo la salud de todas las mujeres de nuestro país. Debemos ampliar el número de plazas EIR para mejorar las ratios de matronas y poner solución a una escasez que se acrecentará mucho más en los próximos años”, ha subrayado el presidente de las más de 325.000 enfermeras y enfermeros de España.

Prescripción

Además de la falta de profesionales, las matronas también han debatido sobre la necesidad de abordar la prescripción enfermera en este ámbito. *“Hemos analizado la información que tenemos y queremos aportar todo nuestro conocimiento para que los protocolos y guías que se están preparando sean lo más completas posibles”*, explica la vocal suplente.





100 AÑOS DE CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS



¡Bienvenidos al centenario de la ICM!

Hace 100 años se creó en Bélgica el Sindicato Internacional de Matronas (IMU, por sus siglas en inglés), precursora de la **Confederación Internacional de Matronas (ICM)**. Desde entonces, la ICM se ha transformado en lo que es hoy: una organización mundial, no gubernamental, que representa a más de 140 asociaciones de matronas (AM) en más de 120 países; en conjunto, estas asociaciones representan a más de un millón de matronas y matrones en todo el mundo. No podríamos estar más orgullosos de representar a las matronas, los matrones y a sus asociaciones en su defensa de los derechos, la dignidad y la salud de las mujeres y los recién nacidos globalmente. Vemos este hito como una oportunidad para reconocer de dónde venimos como organización y, al mismo tiempo, explorar los próximos 100 años de la ICM y lo que significaría para la salud mundial, si las matronas y matrones recibieran el entorno propicio que merecen.

Actividades para un mayor reconocimiento

En nuestro esfuerzo por fomentar y promover la inclusión y la diversidad como valores organizacionales fundamentales, la ICM llevará a cabo una serie de Escucha y Aprende a lo largo de 2022, creando un espacio para explorar y aprender juntos en un esfuerzo por salvaguardar la confianza que las mujeres y las familias tienen en nuestra profesión. Un componente clave de este trabajo será el llevar a cabo conversaciones abiertas entre nuestra comunidad de partería, junto con expertos y personas con experiencia vivencial, sobre una serie de temas relacionados con la equidad y la inclusión. El objetivo de estas conversaciones será aprender de diferentes perspectivas y garantizar que todas las matronas, los matrones y las personas a las que cuidan se sientan escuchados y representados.

Seguimos creciendo

Este año lanzaremos formalmente la organización benéfica With Women, un esfuerzo de la ICM para asegurar una mayor inversión individual en la profesión de partería. Esta organización benéfica promoverá la sostenibilidad de la organización y mejorará drásticamente nuestra capacidad para apoyar a las asociaciones de matronas y a sus miembros. Permanezca atento a los detalles del lanzamiento.



Estamos de celebración

2022 será un año de celebraciones y tenemos previsto hacerlo en intervalos clave durante el mismo, incluido el Día Internacional de la Matrona (mayo 5 de 2022). En breve, recibirá noticias nuestras con recursos para apoyar su celebración del DIM.

Así pues, ¿están preparados para iniciar esta celebración de un año de duración? Hemos desarrollado pósteres para redes sociales y la página web para apoyar a nuestra comunidad mundial de partería en la celebración del aniversario. Esperamos que las matronas, los matrones y quienes los apoyan en todo el mundo, vean este hito como una oportunidad para celebrar y promover esta labor, la cual salva y mejora vidas.

Informe de la Junta Directiva correspondiente a diciembre de 2021

Saludos por parte de los miembros de la Junta Directiva de la ICM. Soy la Dra. Roa Altaweli, miembro de la Junta Directiva de la ICM para la región del Mediterráneo Oriental. Es un placer para mí presentar los aspectos más destacados de la reunión de la Junta, llevada a cabo en diciembre de 2021.

Durante la reunión, la junta tuvo el placer de recibir una visión general de los resultados del Congreso Trienal Virtual 2021 y comentarios sobre el reporte del Comité de Finanzas, Auditoría y Riesgo (FAR). El FAR apreció dicho reporte y el resultado positivo que se logró gracias al extraordinario trabajo del C-IN, así como del equipo de la Oficina Principal de la ICM - estamos profundamente agradecidos por sus esfuerzos.

A la luz de la evolución de la situación del Covid-19, la Junta Directiva mantuvo un largo debate sobre la planificación del Congreso de 2023 y las distintas opciones para su celebración, incluidas las opciones virtuales e híbridas. Tras sopesar estas opciones, decidimos planificar una opción híbrida para 2023, siempre y cuando el componente presencial del Congreso en Bali siga siendo una opción segura. Como somos conscientes de los posibles cambios en la situación, tomaremos una decisión definitiva, al menos seis meses antes de que comience el Congreso.

Nos alegramos de que todos los miembros de la Junta aprobaran la solicitud de una nueva asociación miembro: la Asociación Nacional de Matronas de Uganda. Esta asociación cuenta con un fuerte apoyo del UNFPA y ha dirigido la recopilación de datos para el reporte SoWMy 2021; además, tienen una buena colaboración con nuestra actual asociación de matronas en Uganda.

Por último, pero no por ello menos importante, la Junta discutió sobre la celebración de los 100 años de la ICM. Promete ser un año alegre y lleno de acontecimientos, así que permanezcan atentos a este espacio para obtener más información sobre la participación de los miembros de la Junta en las celebraciones.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Informe de la Junta, no dude en dirigirse a cualquiera de los miembros de la misma, a través de la información de contacto del sitio web de la ICM.

¡Muchas gracias! Un saludo cordial en nombre de la Junta Directiva y de mi parte.

EL AYUNTAMIENTO DE GERONA Y LA FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TURISMO DE LA UNIVERSIDAD DE GIRONA, CREAN UN SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES PARA ESTUDIANTES



El Ayuntamiento de Girona y la Universitat de Girona (UdG) han firmado un convenio para poner en marcha un nuevo servicio de atención en prevención de adicciones y en materia de salud afectiva y sexual. El objetivo del mismo es la promoción de la salud afectiva y sexual y la prevención de conductas adictivas de riesgo (ludopatías, drogodependencias y alcoholismo).

Este servicio se ofrece en el Centro Joven de Salud Integral y tendrán acceso todos los estudiantes, una vez a la semana, con una matrona y un psicólogo en un espacio del Campus de Motilivi. Como es obvio se garantiza la intimidad de todos los estudiantes que acudan a este servicio.

Con esta iniciativa el centro quiere convertirse en una "puerta de entrada" a la atención individual, responder a las necesidades del colectivo de estudiantes y darles recursos especializados. Esta oferta se suma al Servicio de Atención Psicológica que la Universidad ya ofrece para toda la comunidad universitaria y que se reforzó con el estallido de la pandemia.

Este nuevo servicio empezará a funcionar en el mes de febrero y está reservado exclusivamente para el alumnado de la UdG, que accederá sin ningún coste. Además de ser gratuito, también será un servicio anónimo y confidencial. Las personas que quieran pedir cita lo podrán hacer a través del web de la UdG y podrán escoger si prefieren una atención presencial o telemática.



APMEX
ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS





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

Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad



iHAN

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

TODA LA INFORMACIÓN:

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



DUELO PERINATAL

Autoras: Pilar Gómez-Ulla y
Manuela Contreras García
ISBN: 9788413571522
Número de páginas: 314
Fecha de publicación: 15
diciembre 2021
Precio: 25 €

Pilar Gómez-Ulla es madre, psicóloga, terapeuta familiar y cofundadora de la Red el Hueco de mi Vientre. Trabaja en consulta privada y colabora con el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. **Manuela Contreras García** es madre, matrona, máster en Investigación y cofundadora de la Red el Hueco de mi Vientre. Doctoranda en Ciencias de la Salud.

Este libro forma parte de un camino de ruptura del silencio y avance colectivo en conciencia y mejora de la atención en el duelo perinatal.

Entendemos el duelo perinatal de forma amplia en las diferentes realidades de enfermedad, muerte o separación de la madre y la criatura a lo largo de la gestación, en el parto y el periodo neonatal. Proponemos una serie de cuidados basados en la investigación y la experiencia clínica. Los cuidados van desde el momento de dar la noticia o el diagnóstico, pasando por el embarazo, el parto y el encuentro con el bebé como evento central que puede ser de enorme belleza en medio del dolor, hasta los cuidados en el posparto. Se trata de la atención y cuidados del bebé, cuando procede, de la madre y la familia, así como los cuidados al profesional que acompaña en el duelo perinatal.

Nuestra mirada quiere integrar la experiencia de duelo en todos los niveles: corporal, afectivo y espiritual, social y político. Del mismo modo, también los cuidados requieren atención médica de calidad, seguimiento de la salud física, atención psicológica, y una sociedad e instituciones que lo hagan posible.

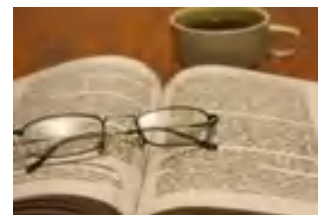
<https://www.sintesis.com/data/indices/9788413571522.pdf>

BLACKWELL (ELIZABETH)



Los biógrafos han hablado desigualmente de esta mujer cuya ternura conyugal fue tan célebre como sus talentos. Hija de un pobre granjero de los alrededores de Lincoln, nació en 1712, y estuvo vinculada muy joven todavía, en calidad de señorita de compañía, a una dama de posición habitante de Londres. Dotada de una viva imaginación, Elisabeth consagró la mayor parte de su tiempo a la lectura, leyendo de preferencia libros relacionados con la medicina. Habiendo en su vecindario un farmacéutico que le proporcionaba las obras de su arte, ella pronto hubo leído todo lo que él poseía en libros sobre la historia natural y la farmacología. A los veinte años Elisabeth se casa con Alexandre Blackwell, médico poco adinerado, habitante de los alrededores de Londres, que había agotado su fortuna y contraído deudas al hacer imprimir una obra sobre agricultura que publicó en 1731. Para atajar los golpes de suerte, Blackwell quiso iniciar a su joven esposa en los misterios de Lucina, y le hizo seguir los cursos públicos que entonces empezaba Smellie. Elisabeth conoció bien pronto la teoría de este Arte y quiso lanzar se a la práctica

B



particular; pero por razón de prejuicios y costumbres de nuestros vecinos de ultramar, ella se asquea de una práctica que está abandonada, como todavía en nuestros días, a la ignorancia popular y que no es ejercida más que por las mujeres más vulgares y en más desgraciadas condiciones de la sociedad. Implacables acreedores hicieron encarcelar a Blackwell. Su mujer Elisabeth concibió el proyecto de dibujar plantas medicinales cuya recopilación se deseaba mucho en Inglaterra.

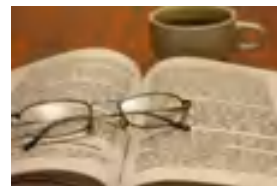
Mead y Sloane (*), la animan fervientemente en esta empresa. Dos años le bastaron para acabar un primer trabajo del que ella aparta dinero para liberar a su marido y proporcionarle los medios para pasar a Suecia donde él termina sus días de la manera más deplorable.

Esta viuda infortunada continuó sus trabajos y persiguió su empresa, único recurso que pudo ponerla en guardia contra la adversidad, dibujó y pintó plantas, ayudada no obstante de las luces de los más famosos botánicos de Londres y de los consejos de Rand y de Miller (**). Elisabeth por ultimo adquirió suficiente talento para publicar 500 planchas cuyo conjunto bajo el título de "Curious Herbal", fue publicado en Londres en 1736, 3 vol. in-fol; y reimpresso en 1739, 2 vol. in-fol. En Nuremberg en 1750 y 1760, la misma obra fue traducida y publicada en latín. Todas las planchas de Elisabeth Blackwell no son igualmente buenas; pero esto no puede impedir admirar el coraje y la perseverancia de la autora. Esta celebre mujer murió en Londres a la edad de 58 años.

* Sir Richard Mead (1673-1754) fue uno de los médicos más eminentes de su día y fundador del Hospital Foundling. También era un hombre de gran aprendizaje y un coleccionista apasionado. A diferencia del contemporáneo de Mead, Sir Hans Sloane, dejó su colección al Museo Británico. El consejo médico de Mead fue muy demandado en su época, lo mismo que sus magníficas colecciones, que incluyeron monedas, libros, antigüedades y bellas artes. Era un hombre social y afable, famoso por su hospitalidad, humanidad y generosidad. El lema elegido de Mead refleja su espíritu generoso: 'no sibi sed toti' - 'No por uno, sino por todos'.

**Philip Miller (1691-1771) fue un botánico británico, de ascendencia escocesa, jardinero en jefe del Jardín Botánico de Chelsea desde 1721 quien mantuvo una correspondencia importante con los botánicos de su tiempo, obteniendo numerosos especímenes procedentes del mundo entero que introdujo en UK.

B

**BOLDIN (DENANS CLARISSE)**

Nacida en Marsella en 1792, hija de Denans, cirujano distinguido de la misma villa. Alumna de la Maternidad de París, en 1881, mademoiselle Denans se hizo notar durante sus cursos de partos, por su aptitud para el estudio, su asiduidad a las lecciones de los profesores de este establecimiento, su celo para servir a las parturientas, y por la inteligencia y la instrucción que ella ha demostrado en la redacción de numeroso boletines clínicos que entregó al profesor Chaussier, entonces médico jefe en este establecimiento. Mademoiselle Denans había recibido la más admirable educación: ella dominaba no solamente el lenguaje que hablaba con tanta elegancia como pureza; sino que sabía, italiano, inglés, de forma que podía enseñar estos dos lenguajes que le eran tan familiares como el suyo propio.

Nadie era más capaz que Mademoiselle Denans, de dar a la humanidad consuelo, de ofrecer a la sociedad más garantías, hoy madame Boldin, si ella hubiera perseguido una carrera en la que hubiera querido brillar. Para satisfacción de Chaussier, tradujo del inglés la obra de Rewley sobre la inflamación de mamas y otras afecciones de estos órganos.

BOVIN

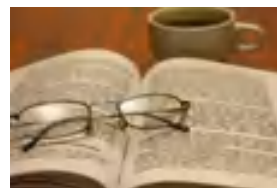
Nacida Gillain,(viuda), matrona jefe del hospicio de la Maternidad de París, dimisionaria voluntaria, doctora en medicina de la Universidad de Marbourg*; condecorada con la medalla de oro del mérito civil de Prusia, miembro correspondiente de la Real Sociedad de Medicina de Burdeos, miembro de la sociedad médica de emulación , de la sociedad médica practica, del Ateneo de Ciencias y Artes de París etc. Nadie mejor que madame Boivin merece todos los títulos honorables vinculados a su nombre, nadie tampoco se valió de eso menos que ella; ninguno fue buscado o solicitado, todos, por así decir, vinieron a agruparse a su espalda y sacar de su merito un

nuevo realce. No admitir a las mujeres a concurrir a los puestos más elevados de la ciencia es una denegación de la razón, un verdadero anacronismo en un tiempo de progreso. Para nosotros la diferencia de educación explica todas las diferencias de inteligencia y de capacidad.

La teoría y la práctica de los partos eran insuficientes para la inteligente actividad de Madame Boivin; tan pronto hubo medido y determinado toda la extensión de su arte, puso menos tiempo en profundizar en todas las cuestiones que hacen falta ordinariamente para conocer las generalidades. En 1812, comenzando en la carrera que ya ha ilustrado, se presentó con el Memorial des accouchements, que sucesivamente ha tenido tres ediciones. La honorable acogida hecha a la primera obra de madame Boivin debió animarla y darle la justa medida de su brillante futuro. Sería con ocasión de esta primera obra que un ilustre profesor, mal juzgado demasiado a menudo, atribuyó a la ciencia de su joven



B



discípula una marca de la más brillante generosidad. Lamentamos no poder transcribir el relato que de madame Boivin hizo de un modo tan conmovedor.

Madame Boivin apunta que habiendo comenzado, para su propio orden, la selección de figuras y diseños que debían acompañar su obra, fue sorprendida un día en esta ocupación por el célebre Chaussier, que habiendo examinado su trabajo, se imaginó cuan útil podría llegar a ser para las personas que se destinan al Arte de los Partos. Independientemente de objeciones sugeridas por la modestia, respondió que estaría siempre alejada del pensamiento de publicar esos diseños, por el motivo que había impedido a Baudeloque añadir a su obra este medio de utilidad, a saber: el temor de elevar el precio hasta el punto de ponerla fuera del alcance de las personas para quienes era más necesaria. “Confíeme- dijo Chaussier, estos diseños, yo los examinaré con tiempo”. Madame Boivin le remitió su selección, y un año después ella recibió los grabados con el recibo del grabador y la invitación apremiante de publicar este fruto de su ocio. Este rasgo describe el corazón de un hombre cuya memoria nosotros honramos y cuyas formas eran tan agrias para quienes en absoluto le conocían. En 1819 madame Boivin publica una Memoria sobre las hemorragias durante el embarazo; una memoria sobre las enfermedades tuberculosas de las mujeres, los niños y los primeros productos de la concepción. En 1827, ella hizo publicar un trabajo del más gran interés sobre la mola vesicular.

En 1848, otras dos Memorias, la una sobre las causas más comunes del aborto y la otra sobre la medición interna de la pelvis. En 1829 una disertación sobre el caso de absorción de la placenta. Todas estas obras traducidas en alemán, tienen por objeto la exposición de hechos circunstanciales pero todas revelan

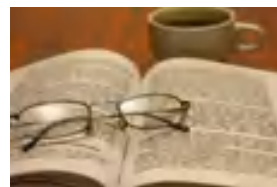
tanta sagacidad para el diagnostico como conocimientos sólidos y positivos en fisiología. En diversos periódicos, madame Boivin ha hecho publicar raramente, es verdad, artículos del más alto interés.

Bajo su apellido, muchos han sido comentados en la Gazette de Santé, tanto por la pureza de la dicción, la elegancia de estilo como por el interés del asunto. Le Journal des sciences médicales, le Journal hebdomadaire, le Bulletin de la Société de médecine pratique, han estado, frecuentemente, enriquecidos de memorias y observaciones realizadas por Madame Boivin.

Estaba reservado a madame Boivin rellenar una laguna en la ciencia y ofrecer a los practicantes una guía segura en el estudio de un orden de enfermedades cuyo diagnostico había sido tan mal establecido hasta el momento. Asociando sus conocimientos a los de un joven profesor, M. Dugès, puede dotar mas ricamente la literatura médica donándole el *Traité des maladies de l'uterus et de ses annexes* (Tratado de las enfermedades del útero y sus anejos), dos volúmenes en 1833, con un atlas de 41 planchas grabadas y coloreadas. Esta obra tan monumental no puede pasar desapercibida para todos los que dominan el amor al Arte y el deseo de instruirse. Dos autores tan experimentados y brillantes como Madame Boivin y M. Dugès no podían hacer nada mejor que asociar sus nombres a un trabajo de tan gran interés. Cuando dos autoridades en medicina están de acuerdo sobre un punto patológico, la conclusión preliminar a sacar es que después de ellos no queda nada más que aclarar.

Familiarizada con las principales lenguas extranjeras, madame Boivin ha enriquecido nuestra literatura con varias traducciones.

Le debemos una del inglés, *Traité des hémorrhagies utérines* de Rigby y Duneau, con anotaciones; dicha traducción realizada en 1812, ha sido puesta en lengua rusa; en 1825 ella ha



publicado otra traducción del inglés de la obra de Baron, titulada: Recherches sur le développement naturel et artificiel, des tubercules, du scrophule, et du cancer. Varias otras Memorias han sido traducidas del italiano por Madame Boivin, particularmente dos de F. Ferrario, la una sobre el parto artificial, el otro sobre dos casos de operación cesárea; los dos han sido insertados en el Journal des Sciences Médicales n^{os} 137 y 141.

Si nosotros nos hubiéramos impuesto la tarea de señalar todos los tipos de mérito de Madame Boivin, sería ampliar mucho el marco que nos hemos trazado. Los trabajos tan importantes como esos a los que su nombre está vinculado le han dado una reputación europea. Es a estos mismos trabajos, mejor apreciados quizás en países extranjeros que en el suyo propio, que ella debe los títulos honorables que le han sido concedidos por la universidad de Marbourg y la de Berlín. La primera de sus obras ha llegado a ser un clásico en una parte de Alemania y ha sido adoptada para la instrucción de las alumnas de matronas de la escuela de la Maternidad de Berlín. Estos son los conocimientos variados que posee madame Boivin, sea en las ciencias, sea en las lenguas antiguas o vivas que le han hecho merecer la alta consideración de todos los eruditos, y de ser buscada por las corporaciones ilustres de las villas del norte. Su mérito científico le valió para ser apodada la Agnodice francesa, nombre que le ha legado el ilustre Wittembach, profesor de literatura griega de la universidad de Leyde: es únicamente por el deseo de ver, de conocer a la Agnodice francesa, que la viuda del sabio helenista, del que tendremos ocasión de hablar, hizo el viaje a París: es después de este acercamiento, que se establece entre las dos mujeres célebres la correspondencia más amable e interesante, correspondencia que el destino interrumpiría al llamar a la eternidad a la señora Wittembach.

Es necesaria toda la modestia de la que estaba dotada Madame Boivin para no haber sacado jamás vanidad de los homenajes elogiosos que le rinden y se empeñan en dirigirle todas las personas que están suficientemente dichosos de cultivar su sociedad. Que ella nos perdone haber querido compartir con el lector el entusiasmo del que nosotros estamos orgullosos con la idea pequeño, ya que ella ocupa uno muy destacado en los anales médicos para que deba mostrarse envidiosa de nuestro débil incienso.

ILITIA CRONISTA HISTÓRICA

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 pendiente modificación:

Socios y vinculados: 30 €

Residentes: ... €

No asociados: ... €

Plazos de inscripción

PENDIENTE FECHA 2022

LUGAR : Se indicará a los matriculados en su día

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

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

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



CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

FORMACIÓN CONTINUADA



FECHAS PENDIENTES DE LA SITUACIÓN COVID-19 /2022

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 pendiente modificaciones:
Socios y vinculados: 20 €
Residentes: ... €
No asociados: ... €

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE POR COVID-19/ 2022

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

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



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

**ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16 ALUMNOS

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3
Colegio de Enfermería de Madrid

HORARIO:

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

Carga lectiva presencial 9 horas.

**LAS PRACTICAS SE REALIZAN CON
GESTANTES.**

**SOLICITUD ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

Mediante mail:

matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

Pendiente modificación precios

SOCIOS Y VINCULADAS..... 20 €

NO SOCIOS:€

EIR: €

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 (Práctica)
- Gestantes entre Semana 8-12 de gestación

- Ecografía segundo trimestre . Estudio anatómico fetal. (Teoría)

- Ecografía segundo trimestre (Práctica)

- 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:

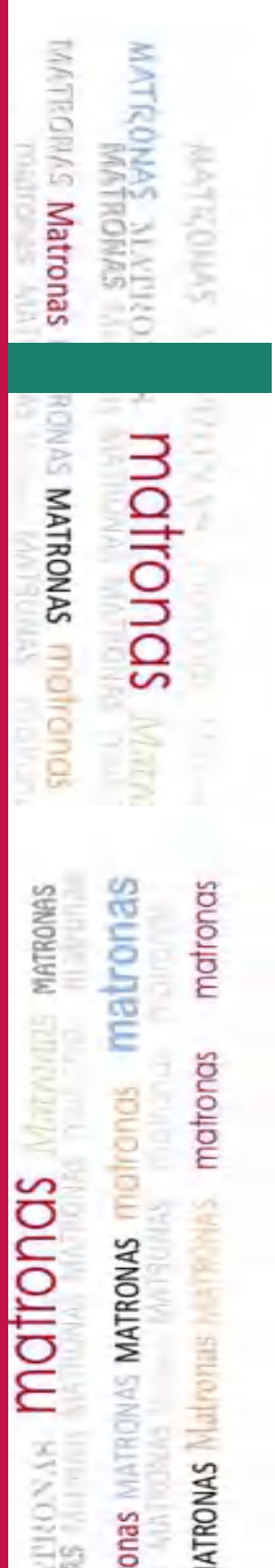
- Ecografía tercer trimestre (Práctica)
- Gestantes entre semana 36-38 de gestación:

- Conclusiones.
- Ruegos y preguntas.
- Resumen puntos importantes.



+ de 43 AÑOS + de 43 LOGROS





Info
MATRONAS

