

Info MATRONAS

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

ABRIL 2022. N.º 68



" HAY MOMENTOS EN LA VIDA DE TODO POLÍTICO EN QUE LO MEJOR QUE PUEDE HACER ES NO DESPEGAR LOS LABIOS".

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 numero estrenamos nuevo formato siguiendo nuestra línea de modernización continua.

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

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



En este numero

□ ESPECIAL I:

- MAL ENTENDIDO "COMPAÑERISMO", A PROPÓSITO DE UN CASO

□ ESPECIAL II:

- OTRO GOLPE BAJO:
MALTRATO RETRIBUTIVO A LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

□ HEMOS LEIDO QUE:

- NUEVO TRATAMIENTO PARA LA RESTAURACIÓN DEL TROFISMO VAGINAL

□ MUY INTERESANTE:

- INTERESANTES NOVEDADES SOBRE LA VITAMINA D
- QUÉ HE APRENDIDO EN EL WEBINAR ATENCIÓN A LA SALUD PSIQUIÁTRICA PERINATAL

□ ENTREVISTA CON:

- DOLORES VIÑAS ALVAREZ

□ BREVES:

- RECUERDO A D^{ÑA.} JOSEFINA GISBERT BUIS
- OFERTA DE TRABAJO
- XXI CONGRESO DE SEXOLOGIA Y EDUCACIÓN SEXUAL
- CURSO SALUD REPRODUCTIVA
- ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LAS MATRONAS, EN UN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
- ENCUESTA SOBRE ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO "PERCEPTIONS OF EMPOWERMENT IN MIDWIFERY SCALE (PEMS)
- NOTICIAS DE SIMAES

□ BUENAS NOTICIAS:

- NOVEDADES DE "LOS CONSEJOS DE TU MATRONA"
- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- COMUNICADO DE LA AEM Y LA FAME
- LA AEM CREA UNA NUEVA COMISIÓN
- CONGRESO ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS Y FAME
- SEGUNDA EDICIÓN DEL CURSO ON-LINE SOBRE VACUNAS

□ LECTURA RECOMENDADA:

- TEO DESCUBRE EL CANCER

▪ MATRONAS CELEBRES

□ AGENDA A.E.M.:

- PROXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
www.aesmatronas.com

Diseño grafico:

Logotipo Info Matronas, portada y contraportada
Meritxell Ballester de www.masquerojoestudio.es



MAL ENTENDIDO “COMPAÑERISMO”, A PROPÓSITO DE UN CASO

Hace justo un año que escribí un artículo donde hablaba del silencio profesional¹ de algunos/as profesionales como una manera de ser cómplice de un hecho, a veces delictivo o de mala praxis cuanto menos en tiempos de pandemia. Posiblemente, este silencio sea aplicable a otros casos como el que voy a abordar en este artículo, en el que lejos de saber cuál es nuestra responsabilidad frente al cuidado de una gestante, nos amedrentamos cuando se trata de proteger la seguridad de la gestante frente a otro estamento, en concreto los médicos en general y obstetras-ginecólogos en particular.

He dicho “amedrantamiento”, del verbo amedrentar si, que significa “**infundir miedo o atemorizar**” según la RAE. Y ¿qué pinta en este contexto? Es posible que muchas/os ya hayáis intuido que nuestra profesión y a lo largo de su historia, dejó de ser una profesión autónoma para convertirse en una profesión feminizada y sumisa a las órdenes de los médicos, si, varones, que se creían en posesión de todos los conocimientos y la autoridad que dictaban las normas imperantes en aquella sociedad.



Pasamos de tener conocimiento pleno y autonomía a ser las “auxiliares del médico”, por cierto, aún vigente en la Orden Ministerial del Estatuto del Personal² del 26 de abril del 73 (art 58.1) que no se ha derogado pese a la LOPS³ que nos confiere plena autonomía en el desempeño de nuestras funciones.

Sabemos que el desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento y en deontología tampoco, la legislación y la ética van casi siempre de la mano. Por lo tanto, ¿es excusable en una profesión como la nuestra, dónde cuidamos del bienestar, de la salud y de la propia vida de dos personas no saber cuáles son nuestras responsabilidades respecto al desempeño de nuestro trabajo?.



La seguridad profesional se adquiere con la experiencia y con la práctica si, por supuesto, pero también con el conocimiento, y no sólo científico o técnico, si no también legal y ético. Pero pasemos al caso práctico que explique el argumento del artículo.

CASO PRÁCTICO

Gestante (G1P0) en la semana 39+5 que acude a Urgencias de Maternidad de un hospital público (comarcal) con dinámica espontánea a las 19h. Bolsa íntegra y embarazo de bajo riesgo. Se hace MNE, que muestra dinámica regular y a la exploración, aún no está en PAP. A las 21h. avisa de que ha aumentado la dinámica, la matrona realiza TV y confirmando que ya está en PAP la pasa a dilatación con evolución espontánea. La evolución transcurre lentamente, y sobre las 3h. de la mañana, se produce la amniorraxis espontánea, LA claro, y con 6 cm. de dilatación. Una hora más tarde el registro presenta deceleraciones tempranas, durante 30 min. la matrona pone en aviso a la ginecóloga de guardia. A las 5h. las deceleraciones son tardías (tipo DIP II) y vuelve a avisar a la ginecóloga para valoración del registro mientras realiza las maniobras oportunas.



El criterio es que “está bien” “que es una exagerada” y la orden es continuar. Así continua hasta el cambio de turno de las 8h. en la que la matrona comenta la situación al equipo entrante, incluida la ginecóloga que se hace cargo de la guardia. Transcurre unos 90 minutos más sin ningún tipo de actuación de emergencia ni control (no se realiza pH de calota). La matrona saliente había dejado registrado todo en la historia electrónica y en el registro que también es electrónico, en el ordenador. A las 09:45h. se realiza un parto instrumentado mediante vacuum, y nace un varón de 3.900g. con dos circulares y un Apgar de 3/5/5. Los pediatras presentes (por parto distócico) hacen la reanimación, pero no consiguen recuperarlo al 100%. Se estabiliza al RN y se traslada a un hospital de referencia de primer nivel. El RN fallece 24h. más tarde.

Hacer constar aquí que la matrona que estuvo hasta el cambio de guardia, insistió reiteradamente en hacer alguna otra acción, como por ejemplo una cesárea, pero ni la ginecóloga de su turno ni del siguiente lo consideró procedente.

ANÁLISIS DEL CASO: ENFOQUE ÉTICO

Hoy por hoy la situación es la siguiente: los padres recurrieron a la vía penal, que perdieron y actualmente está en la vía civil. No voy a comentar los aspectos legales ni a emitir juicio pero si quiero que reparéis en un aspecto que tiene que ver con lo legal, pero también con lo ético.

Vuelvo a recordar algunos artículos del Código ético del Consejo General de Enfermería (CGE), del Código de ética y deontología del CECOVA, y del Código deontológico de las Matronas Españolas de la AEM, que si bien no tiene carácter sancionador si probable:

- Artículo 61 (CGE) que dice: *“La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros de equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan delibera y culpablemente sus deberes profesionales”.*
- Artículo 7 del Código de Ética y Deontología de la C.Valenciana dice: *“La enfermera garantizará el derecho a la seguridad de la persona atendida, protegiéndola de prácticas incompetentes o no seguras: a) Si llegase a advertir prácticas inapropiadas, negligentes o que puedan poner en riesgo innecesario la vida o integridad de la persona, lo comunicará de inmediato a su superior jerárquico. b) Si se mantienen esas prácticas por parte de algún profesional sanitario, sin que se adopten medidas para atajarlas, dará cuenta de ello al Colegio Profesional al que dicho profesional esté adscrito.*

Y del código deontológico de matronas (AEM):

- Artículo 1: *“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 ocasionarle algún daño,(....).*
- Artículo 3: *“La matrona proporcionará sus servicios basados en la mejor evidencia científica y desde la perspectiva holística del proceso sexual y reproductivo”.*
- Artículo 11: *“La matrona, como responsable de sus actuaciones, garantizará el derecho a la seguridad de la mujer y/o familia que atiende, protegiéndolos de prácticas incompetentes o no seguras”.*





Las preguntas a realizarse, ¿obró conforme a estos artículos? ¿Podía haber hecho algo más? En parte si y en parte no. Ella registró todo en la historia, sí. Comunicó de la situación al ginecólogo responsable de la guardia, sí. Manifestó al equipo entrante lo que ocurría, sí. ¿Dónde estuvo pues el “error”? Pues en el único código que refiere cómo proteger de esas prácticas es el código del CECOVA, tal cual dice el art.7 en su punto b), NO LO PUSO EN CONOCIMIENTO del superior jerárquico, y no se refiere al médico, sino al supervisor general o al máximo responsable médico del hospital ese día.

Posiblemente, no habría cambiado ningún resultado, nadie se “atreve a contradecir a otro médico” por ese sentido del corporativismo tan pernicioso, pero seguramente la matrona, no tendría la angustia y la preocupación por un lado, de saber que hizo todo lo que pudo y debía (deber ético/ obligación moral) y por otro, el de tener que ir a declarar a un juzgado con la pena de “banquillo”.

CONCLUSIÓN

No podemos eximirnos de nuestras responsabilidades por “miedo” a no ser creídas, a que tomen represalias por cumplir con nuestro deber, por evitar que nos llamen malas/os compañeras/os de un equipo que en la mayoría de ocasiones no lo es.

Se es compañero o compañera, que no amigo/a en el trabajo cuando todos y todas reman en una misma dirección, cuando se comparte no solo el lugar de trabajo en este caso, si no cuando ambos se escuchan y aprenden mutuamente de los aciertos y los errores, cuando se apoyan en la toma de decisiones por difíciles o fáciles que sean.



Proteger a la gestante de este tipo de “mala praxis” es prioritario frente a la “protección” del médico, seguramente este colectivo no proteja a las matronas en caso de vérselas en el juzgado ni ante otra entidad u organismo. Ellos/as responden solo a sí mismos y se protegen entre ellos/as por un mal entendido compañerismo. Tener la conciencia tranquila de saber que has hecho tu trabajo correctamente, y bien argumentado compensa, en mi modesta opinión, todos los paseillos que debas hacer para exponer los motivos cuando te pidan las explicaciones de tus actos. Como decía mi abuela, *“más vale un rato la cara colorada que años de llorada”*.

Y para finalizar, la frase del mes del escritor argentino José Narosky *“Compañerismo no siempre es amistad, pero la amistad siempre es compañerismo”*.

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

Referencias:

- 1-Infomatronas N^o 56 (marzo 2021)
- 2-<https://www.boe.es/boe/dias/1973/04/28/pdfs/A08519-08525.pdf>
- 3-Ley 44/ 2003 del 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias



**OTRO GOLPE BAJO:
MALTRATO RETRIBUTIVO A LAS MATRONAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Una vez más, las matronas discriminadas respecto a cualquier mejora para los médicos y a las enfermeras y no es la primera ni única vez. Posiblemente, todo empezó en 1987 cuando se modificó el modelo retributivo de todos los profesionales sanitarios y, precisamente, las matronas perdimos mucho de nuestro salario que nunca se recuperó del todo porque, entre otras cosas, perdimos el complemento de especialidad.

El maltrato recibido por las matronas es inversamente proporcional a la importancia del papel que desempeñamos y, aquí viene nuestra pregunta ¿porque nos pasan estas cosas? Las respuestas son muy sencillas: somos un colectivo muy pequeño, comparativamente con las enfermeras y los médicos; no importamos como fuerza electoralista a sindicatos y administraciones; no participamos en las mesas de negociación y son otros los que negocian por nuestros intereses y, por último, porque nunca han conocido, ni lo imaginan, lo que podría suceder en 24 horas sin matronas porque lleguemos al colmo de la paciencia y decidiéramos tomar medidas más expeditivas que hasta ahora.

En esta ocasión, el agravio viene del El Plan de Mejora Integral de la Atención Primaria 2022-2023 (BOCAM-10 febrero 2022, p. 21-25) (PMIAP 22-23), aprobado por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid el pasado 2 de febrero, abordando líneas de mejora relacionadas con medidas contempladas en materia de Recursos Humanos y conceptos retributivos concedidos al estamento médico y que a todas luces debería llamarse **Plan de Empeora** de las condiciones retributivas de las matronas.

Análisis del Plan:

El primer punto del PMIAP 22-23 aborda el reajuste del complemento de productividad fija en función de la asignación de población (TSI), sufriendo las matronas un relevante agravio comparativo con respecto a la cantidad atribuida por (TSI) a sus compañeros profesionales sanitarios del Equipo de Salud (médicos y enfermeras).

Info
MATRONAS

PLAN DE MEJORA INTEGRAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2022-2023								
COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD FIJA POR TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL DE LOS COLECTIVOS MÉDICOS, ENFERMERAS Y MATRONAS								
	< 2 años	2y3 años	4-6 años	7-13 años	14-49 años	50-64 años	65-79 años	> 80 años
MédicoG1	1,034276	0,775707	0,634339	0,284426	0,258569	0,310283	0,575739	1,034276
Médico G4	1,459832	1,104439	0,903161	0,541458	0,515674	0,567241	0,832843	1,459832
Enfermera G1	0,341627	0,29447	0,240805	0,107972	0,098157	0,117788	0,218559	0,392627
Enfermera G4	0,841891	0,636934	0,520856	0,312261	0,297391	0,32713	0,480304	0,841891
Matronas	¿X?	-----	-----	¿X?	0,028046	0,021034	0,014023	¿X?
Matronas G4	¿X?	-----	-----	¿X?	¿X?	¿X?	¿X?	¿X?

Tabla 1. Complemento de productividad fija por Tarjeta Sanitaria Individual de los colectivos Médicos, Enfermeras y Matronas. PMIAP 22-23¹.



Esta asignación de un valor extremadamente bajo con respecto al abonado hasta el momento, supone un detrimento histórico al valor por tarjeta sanitaria otorgado a la matrona en las últimas cuatro décadas, cobrando la matrona de hoy por usuaria, la mitad de lo que cobraba una compañera hace 40 años³ y un tercio de lo que cobraba una compañera hace 35⁴ años y menos de la mitad de lo que cobraba en enero de 2022².

En cuanto a **la población atendida**, al resto de colectivos, se les ha tenido en cuenta los intervalos de todas las edades, mientras que al colectivo de las matronas no le han contemplado la retribución por TSI a recién nacidos, adolescentes, mujeres mayores de 80 años (programas de prevención CA) y varones que reciben atención en consulta y acuden para asistir a la preparación al parto y la paternidad junto a su pareja, usuarios que también son atendidos en las consultas de la matrona de Atención primaria.

Respecto a la cuantía a percibir **por TSI** de ambos colectivos (medicina y enfermería), también se han establecido notables diferencias, sujetas al **reconocimiento del grado de dispersión geográfica** en base al número de consultorios atendidos en el que desarrollen su actividad profesional (G1, G2, G3 y G4), siendo la subida económica asignada, directamente proporcional al mayor grado alcanzado. A las Matronas, injustamente, tampoco se les ha reconocido esta adaptación retributiva, lo que conduce a una diferencia económica entre matrona y enfermera significativa, siendo la cuantía económica otorgada a la matrona que desarrolla su labor en zonas con amplia dispersión geográfica **inferior sustancialmente al de la enfermera generalista**.

Y no sólo no se le ha reconocido a la matrona el total de la población real a la que se dirigen sus cuidados, ni la cuantía correspondiente en función del grado de dispersión geográfica, sino que curiosamente y a diferencia de lo que ocurre con respecto médicos y enfermeros, el **complemento de productividad fija** por Tarjeta Sanitaria (TSI) asignado en el PMIAP, sustituye al **complemento de productividad fija** que hasta ahora estaban percibiendo las matronas². Dicho complemento se calculaba en función del número de mujeres y de zonas básicas atendidas, siendo el valor medio asignado significativamente mayor al concedido en el PMIA, estimándose por tanto en la actualidad, una pérdida aproximada por tarjeta sanitaria de un 56%.

Por si fuera poco, **al PMIAP 22-23**, le acompañan otra serie de reconocimientos retributivos de los que también han sido excluidas las matronas, tales como el derecho al **Complemento de productividad fija por Tarjeta Sanitaria Atendida (TSA)** y al **Complemento de Productividad fija por ruralidad**, compatibles ambos con la percepción de productividad fija por TSI. Absurdamente, ambos complementos han sido puestos a disposición de prácticamente todos componentes del equipo sanitario con el que trabajan a diario (médico de familia AP, pediatra de AP, enfermero de AP, médico SAR, enfermero SAR, técnico medio sanitario en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliar administrativo y celador), quedando invisibilizada la existencia de la matrona.

Por último, hemos de reseñar otra supuesta mejora lanzada por el PMIAP 22-23, denominada **Productividad variable** y destinada a cubrir las ausencias de profesionales en la categoría de médico. A este respecto, destaca de nuevo la falta de conocimiento sobre la comprometida gestión de las ausencias de otras profesiones, tales como las matronas. Colectivo que, al no encontrar suplente en numerosas ocasiones, sobrecargan su agenda y dilatan su jornada gratuitamente los días previos y los de después a los de su ausencia, sin que la administración hasta el momento, haya puesto alguna solución.

En definitiva, la asignación de un valor por TSI es muy bajo atribuido a tramos etarios de la población atendida que distan de la realidad, y la ausencia de reconocimiento en función del grado de dispersión, ruralidad, TSA y productividad variable, determinan que el PMIAP 22-23 lejos de presentarse como un plan de mejora para el colectivo de las matronas, se muestra como un drástico cambio en el que la profesión de nuevo es castigada.

En conjunto todas estas iniciativas suponen un trato sumamente discriminatorio hacia las matronas de Atención Primaria, con respecto al resto del equipo.

Con anterioridad al PMIAP, lamentablemente ya se estaban dando casos en los que la enfermera generalista podía llegar a cobrar más que la matrona en igualdad de condiciones en cuanto a la antigüedad. Ahora, con el abono irrisorio por tarjeta, esta posibilidad cada vez es más factible, dibujando un nuevo escenario, y es que parece ser, que para promocionar desde la profesión de matrona sería (retributivamente hablando) trabajar como enfermera generalista.



Las iniciativas dispuestas por el PMIAP han lesionado los intereses de las matronas que, perplejas y decepcionadas ante el absurdo del nuevo escenario, se preguntan ¿por qué su Consejería, maltrata a sus enfermeras especializadas en obstetricia y ginecología (Matronas)? También se preguntan ¿Cómo es posible que se apruebe un manuscrito semejante en una mesa de negociación? Pregunta ante la cual las voces sindicales responden que se encuentran tan asombrados como las propias matronas, ya que todos afirman que ninguno mostró su apoyo al PMIAP 22-23, si no que más bien se trató de una imposición de la Consejería de Sanidad. Afirmación que inevitablemente deja al colectivo algo consternado y detenido ante una recurrente pregunta... ¿Por qué este trato discriminatorio contra las matronas? ¿Acaso los colectivos minoritarios están condenados a la invisibilización?.

Ante este sinsentido, las matronas de Atención Primaria, unidas gracias a las nuevas oportunidades en cuanto a comunicación que facilitan los avances tecnológicos, han compartido su frustración, su ira, han dialogado y han puesto en marcha diferentes líneas en busca de un trato digno de la profesión. Entre ellas se encuentra la presentación de una reclamación formal contra el PMIAP al Consejero de Sanidad, a la Directora de Recursos Humanos y a la Gerente de Atención Primaria, de los cuales en los próximos días, semanas o meses... se esperan respuestas que justifiquen semejante dislate y se admitan las propuestas reparadoras del daño ocasionado.

El resumen de las reclamaciones a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid:

1. Un reajuste del complemento de productividad fija en función de la asignación de población (TSI) digno, equiparable como mínimo al asignado al estamento de enfermería, incluyendo en TSI a los colectivos de recién nacidos, adolescentes y mujeres mayores de 80 años ajustando la retribución por tramo etario en función a su frecuentación.
2. Plazo para la ejecución de la retribución del Complemento de productividad fija por Tarjeta Sanitaria Atendida (TSA) adjudicado al EAP en el que se desempeñe la actividad profesional.
3. El reconocimiento de:
 - I. El grado de dispersión geográfica en base al número de consultorios atendidos (G1, G2, G3 y G4)
 - II. El complemento de Productividad fija por ruralidad.
 - III. El complemento de productividad fija por Atención Domiciliaria (cuando se realice).
 - IV. El complemento por Productividad variable destinada a cubrir prolongación de jornada laboral por ausencias de matrona con imposibilidad de cobertura por suplente.

Esperamos con verdadera impaciencia poder anunciar gratas noticias en las próximas ediciones.

Firmado: Amparo Lujano, M^a Jesús García, Elena Fernández, Antonio Herrera y Lourdes Siquier

Referencias:

- 1.-ACUERDO de 2 de febrero de 2022, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la implantación de medidas en materia de recursos humanos contempladas en el Plan de Mejora Integral de la Atención Primaria 2022-2023. BOCAM-10 febrero 2022, Nº 34, p. 22. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/uploads/s1/27/68/83/9/bocm-20220210-5.pdf>
- 2.-ORDEN de 21 de enero de 2022, de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se dictan instrucciones para Gestión de las Nóminas del Personal de la Comunidad de Madrid para 2022. BOCAM-28 de enero de 2022, Nº 23, p. 140. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/open-data/downloads/bocm-20220128-23.pdf>
- 3.-ORDEN de 28 de abril de 1981 por la que se fijan las retribuciones para el año 1981 del personal Facultativo y de otro personal sanitario de la Seguridad Social. BOE 25 de mayo de 1981, Nº 125, p. 11.453. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1981/05/26/pdfs/A11451-11453.pdf>
- 4.-ORDEN de 2 de agosto de 1985 por la que se fija la cuantía de las retribuciones del personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud. BOE-21 DE AGOSTO DE 1985. Nº 200, P. 26.304. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1985/08/21/pdfs/A26304-26324.pdf>

La Asociación Española de Matronas apoyará y trabajará por todas las iniciativas para resolver este agravio al colectivo de matronas de Atención Primaria. Los logros desde una asociación, con las competencias tan limitadas, vienen de la constancia en el propósito que se nos plantea.

NUEVO TRATAMIENTO PARA LA RESTAURACIÓN DEL TROFISMO VAGINAL

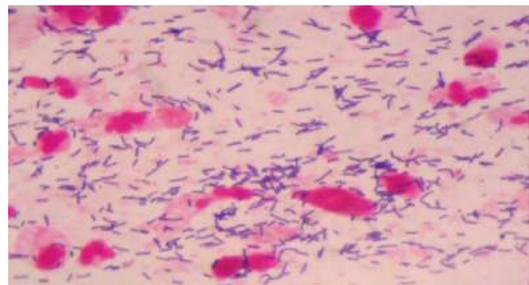
La vagina sufre múltiples agresiones a lo largo de la vida de la mujer que se incrementan en la edad fértil donde son más frecuentes las alteraciones del trofismo por las infecciones, el parto y las relaciones sexuales.

Estas alteraciones llegan a su máxima intensidad en la peri y menopausia donde además de ser más frecuentes las cirugías ginecológicas del suelo pélvico, aparecen unos signos y síntomas por déficit estrogénico que conduce al llamado "síndrome genitourinario de la menopausia", que afecta a los genitales externos, tejidos del suelo pelviano, vagina, uretra y vejiga, agravándose con disfunciones sexuales.

Con el fin de mejorar la calidad de vida y funcionalidad sexual de las pacientes peri y postmenopausicas tenemos en el mercado una gran cantidad de tratamientos locales que favorecen la lubricación local. El objetivo de INTIMAL no es solo mejorar la lubricación sino REPARAR Y RESTAURAR la elasticidad, mejorar la vascularización y el trofismo vaginal haciendo que desaparezca la fragilidad epitelial, lo que va a conducir a mejorar la funcionalidad y quitar la sintomatología debida a los procesos inflamatorios asociados.

Hay que tener en cuenta que existe un número importante de pacientes que sin presentar un déficit estrogénico presentan sintomatología intensa por alteraciones en el epitelio vaginal. Hay múltiples situaciones que conducen a estas alteraciones como el uso de productos intravaginales que alteran y destruyen la capa protectora formada por la flora vaginal, la toma de contraceptivos hormonales que alteran los niveles de estrógenos y progesterona, la lactancia se reduce la presencia de glucógeno en el epitelio vaginal haciéndola más susceptible a patógenos y la toma de antibióticos que provoca la destrucción de la flora natural desequilibrando la integridad del epitelio.

Encontramos en la clínica diaria a pacientes que han sufrido vulvovaginitis, cirugías del suelo pélvico, tratamientos por patología cervical, pacientes oncológicas tras radio-quimioterapia y pacientes púerperas que tras el parto necesitan recuperar la lubricación y el trofismo perdido.



Vemos, por tanto, que las indicaciones para mejorar la sintomatología que produce la falta de elasticidad y lubricación vulvo-vaginal es mucho más amplia que el síndrome genitourinario de la menopausia, y donde los tratamientos hormonales, tanto locales como sistémicos, pueden no estar indicados, no tolerados e incluso contraindicados. En estas situaciones necesitamos un tratamiento local con un efecto distinto a la simple lubricación que realice de forma sinérgica tres acciones:

- 1.- Que restaure el trofismo vaginal y la función normal de la mucosa vaginal.
- 2.- Que tenga una acción de defensa frente a microorganismos patógenos
- 3.- Que presente un alivio prolongado de los síntomas (dolor, sequedad, escozor, prurito..).

Hemos comprobado que los óvulos INTIMAL, actuando a nivel local, cumplen con creces estos tres objetivos, presentando una composición novedosa en cuanto a la dosificación y al efecto potenciador de sus componentes.

Se trata de un ovulo que tiene, como sus principales componentes, la mayor dosificación de ácido hialurónico que existe en el mercado (14 mg) asociado con vitamina E (8 mg).

El ácido hialurónico es un mucopolisacárido natural de alta viscosidad que se caracteriza por ser el componente principal de las membranas celulares. Sabemos que participa activamente en la regulación de la división celular, la migración, la diferenciación y la regeneración de tejidos.

Su característica principal es la gran hidratación que genera en los tejidos debido a su capacidad para retener un gran número de moléculas de agua (hasta 1000 veces su peso), contribuyendo a la revitalización de las zonas dañadas y favoreciendo la reparación fisiológica de la mucosa vaginal facilitando la producción de colágeno. Debido a su estructura reticular y su aumento de peso molecular crea una barrera eficaz contra patógenos.

Este nuevo ovulo presenta la mayor dosificación existente en el mercado (14mg de hialurónico),

con una eficacia igual a 70 mcg de estradiol sin sus efectos secundarios. Origoni y col. (Milan. 2016) realizó un estudio prospectivo observacional con 46 mujeres postmenopáusicas.

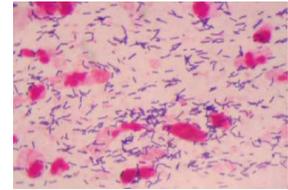
El protocolo de tratamiento consistió en la administración de una preparación líquida a base de ácido hialurónico para uso vaginal (Justgin®, Just Pharma, Roma, Italia) tres veces por semana, un total de 8 semanas.

Los resultados fueron medidos por cuestionarios de síntomas al inicio y un mes después del finalizar del estudio. Demostrando la eficacia tanto en términos objetivos como la mejora subjetiva de la Atrofia epitelial, restablecimiento del pH vaginal, curación rápida a través de la regeneración epitelial, restauración de la elasticidad vaginal y lubricación.

La importancia del ovulo Intimal radica en su alta dosificación de ácido hialurónico ejerciendo una acción similar a los estrógenos locales sin sus posibles efectos secundarios. El estudio de Chen y col. prueba la no inferioridad general de gel vaginal de ácido hialurónico en comparación con el estriol vaginal en crema aplicado en mujeres con sequedad vaginal. En este trabajo se llega a la conclusión que el ácido hialurónico no tiene efectos adversos y se puede utilizar como alternativa en mujeres con sintomatología de sequedad vaginal. Esta estrategia de tratamiento esta por lo tanto de acuerdo con las recomendaciones NAMS actualizadas.

Se trata de un estudio en 144 mujeres postmenopáusicas, multicentrico, randomizado y controlado con dos grupos paralelos a las que se aplicó gel de ácido hialurónico o estriol en crema vaginal (Ovestinon) cada 3 días con un total de 10 aplicaciones. En los resultados el % de mejoría de la sequedad vaginal era del 84% para el grupo al que se administró ácido hialurónico y del 89% para el grupo de tratamiento con estriol. También se valoraron parámetros de seguridad como el pH vaginal y grosor endometrial (no encontrándose diferencias entre ambos grupos).

A las ventajas de la alta dosificación del ácido hialurónico que tiene INTIMAL hay que añadir que presenta 8mg de vitamina E, que actúa de forma sinérgica por sus propiedades hidratantes y su efecto antioxidante que protege el epitelio de radicales libres y mantiene la integridad del sistema inmunológico.



La administración conjunta provoca en el epitelio vaginal aumento de la perfusión y mejora el recambio de la matriz celular.

Aunque la combinación de ácido hialurónico y vitamina E son suficientes para mejorar el trofismo vaginal, el ovulo lleva en su composición otras moléculas que potencian su eficacia:

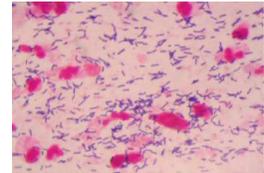
- 40 mg de extracto de caléndula officanilis, este compuesto mejora los procesos de cicatrización y controla del flujo vaginal ejerciendo un efecto antiinflamatorio en mucosas.
- 20 mg de camelia sinensis.

Se ha comprobado que el extracto de esta planta tiene un efecto inhibitor in vitro de la enzima dihidrofolato reductasa de la Candida albicans y un efecto sinérgico con compuestos antifúngicos como el azol y la terbinafina en la inhibición de la biosíntesis de ergosterol en C. albicans.

Este efecto es muy importante porque, como sabemos, la Cándida albicans puede estar presente en la mucosa vaginal como saprofito y solo cuando se alteran las condiciones locales es capaz de actuar como un patógeno. Sabemos que entre sus factores de virulencia se incluyen las adhesinas, la conversión morfogénica del microorganismo de la fase levaduriforme a la fase filamentosa, la secreción de enzimas como proteasas y fosfolipasas y la inmunomodulación de los mecanismos de defensa del huésped. Situación, esta última, que se encuentra comprometida cuando hay alteraciones del trofismo vaginal. De aquí la importancia de contar con un preparado que va a limitar las posibles infecciones micóticas.

Este efecto de defensa bactericida antimicrobiana viene potenciado en la composición del óvulo con los 20 mg de Extracto de tomillo que aporta aceites esenciales ricos en timol y ácido ursólico. El timol es un terpeno que se caracteriza por su poder desinfectante y fungicida. El ácido ursólico también inhibe el crecimiento de Microsporium lenosum y Candida albicans a 250 µg/ml..

Por último, en la composición de INTIMAL, encontramos 20 mg de tintura de hemamelis



que aporta los taninos y los flavonoides responsables de la potente acción venotónica del hamamelis. Se ha demostrado que aumenta la elasticidad de las venas y la resistencia de los capilares.

Esta gran riqueza en taninos explica su uso principal como hemostático, antihemorrágico y cicatrizante, produciendo una cierta disminución de la permeabilidad de los vasos sanguíneos. Esta acción es muy importante cuando queremos mejorar la fragilidad capilar que se produce en las situaciones donde existe atrofia o procesos inflamatorios locales.

Las sociedades científicas españolas e internacionales que se dedican al estudio de la menopausia recomiendan como primera línea de tratamiento para mujeres con vulvo-vaginitis atrófica el uso de lubricantes no hormonales con las relaciones sexuales y, si necesitan un tratamiento regular, el uso de humectantes vaginales de acción prolongada.

Nos encontramos con un óvulo que mejora con creces la acción de los humectantes locales. Aunque se recomienda la terapia de estrógenos, ya sea vaginal o sistémico a dosis bajas para mujeres con síntomas de moderado a severo y para aquellas con molestias más leve que no responden lubricantes y humectantes, debemos tener en cuenta que hay un grupo de mujeres que no pueden o no quieren la terapia estrogénica.

Todas las guías nos dicen que las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o endometrio, necesitan una valoración individualizada y el tratamiento de las alteraciones tróficas depende no solo de la preferencia de la mujer, sino de la comprensión de los riesgos potenciales y de la valoración de un ginecólogo u oncólogo.

La terapia con estrógenos conlleva un riesgo de tromboembolismo venoso, aún sabiendo que a dosis bajas y por vía vaginal este riesgo es muy bajo, este existe. Y aunque no se ha informado sobre un aumento en el riesgo con la terapia de estrógenos vaginales en los ensayos clínicos publicados, faltan datos en mujeres de alto riesgo.

Con INTIMAL tenemos un preparado con una acción similar a la estrogénica local con indicación en este grupo de pacientes sin sus efectos potencialmente nocivos. Pero además su indicación es mucho más amplia, abarcando una mejoría real no solo de la sintomatología

debida a la atrofia, sino que tiene un claro efecto restaurador del epitelio vaginal lesionado tras cirugías, traumatismos, radio-quimioterapia, vulvo-vaginitis y en el puerperio.

En resumen, no se trata de un lubricante más, sino de un producto que con su capacidad de RESTAURACIÓN DEL TROFISMO Y FUNCIÓN NORMAL DE LA MUCOSA VAGINAL, DEFENSA FRENTE A MOCROORGANISMOS POR SU EFECTO BACTERICIDA-ANTIMICROBIANO y ALIVIO PROLONGADO DE LOS SINTOMAS mejora el abanico de posibilidades terapéuticas de las que disponemos para tratar a nuestras pacientes.

Miguel Ángel Huertas Fernández
Jefe Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario de Getafe

Bibliografía:

- 1.- Origoni M, Cimmino C, Carminati G, Iachini E, Stefani C, Girardelli S, Salvatore S, Candiani Postmenopausal vulvovaginal atrophy (VVA) is positively improved by topical hyaluronic acid application. A prospective, observational study. *M.Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016 Oct;20(20):4190-4195.
- 2.- Serati M, Bogani G, Di Dedda MC, Braghiroli A, Uccella S, Cromi A, Ghezzi F A comparison between vaginal estrogen and vaginal hyaluronic for the treatment of dyspareunia in women using hormonal contraceptive. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Aug;191:48-50. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.05.026. Epub 2015 Jun 3.
- 3.- Tersigni C, Di Simone N, Tempestilli E, Cianfrini F, Russo R, Moruzzi MC, Amar ID, Fiorelli A, Scambia G, Villa P Non-hormonal treatment of vulvovaginal atrophy-related symptoms in post-menopausal women. *J Obstet Gynaecol.* 2015;35(8):835-8. doi:10.3109/01443615.2015.1014326. Epub 2015 May 13.
- 4.- Liu SB, Liu SL, Gan XL, Zhou Q, Hu LN The effects of hyaluronic acid vaginal gel on the vaginal epithelium of ovariectomized rats. *Gynecol Endocrinol.* 2015 Mar;31(3):208-13. doi: 10.3109/09513590.2014.975689. Epub 2014 Nov 4.
- 5.- Le Donne M, Caruso C, Mancuso A, Costa G, Iemmo R, Pizzimenti G, Cavallari V. The effect of vaginally administered genistein in comparison with hyaluronic acid on atrophic epithelium in postmenopause. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Jun;283(6):1319-23. doi: 10.1007/s00404-010-1545-7. Epub 2010 Jun 25.
- 6.- Jokar A1, Davari T2, Asadi N3, Ahmadi F4, Foruhari S1. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* Comparison of the Hyaluronic Acid Vaginal Cream and Conjugated Estrogen Used in Treatment of Vaginal Atrophy of Menopause Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. 2016 Jan;4(1):69-78.
- 7.- Chen J1, Geng L, Song X, Li H, Giordan N, Liao Q Evaluation of the efficacy and safety of hyaluronic acid vaginal gel to ease vaginal dryness: a multicenter, randomized, controlled, open-label, parallel-group, clinical trial. *J Sex Med.* 2013 Jun;10(6):1575-84. doi: 10.1111/jsm.12125. Epub 2013 Apr 9.
- 8.- Costantino D, Guaraldi C Effectiveness and safety of vaginal suppositories for the treatment of the vaginal atrophy in postmenopausal women: an open, non-controlled clinical trial. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2008 Nov-Dec;12(6):411-6.
- 9.- Portman DJ, Gass ML, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause* 2014; 21:1063.
- 10.- KavithaPalaniappanRichard A.HolleyUse of natural antimicrobials to increase antibiotic susceptibility of drug resistant bacteria | *International Journal of Food Microbiology* Volume 140, Issues 2–3, 15 June 2010, Pages 164-168

INTERESANTES NOVEDADES SOBRE LA VITAMINA D



Como ya se sabe la vitamina D es un nutriente esencial para la salud y para el correcto funcionamiento del organismo.

En 2020 y desde España, un estudio, realizado por investigadores del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, del que ya comentamos en su día, experimentó sobre el particular en un trabajo que incluyó a 76 pacientes, todos los cuales habían sido hospitalizados con COVID-19. El estudio, publicado en de The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, se sumaba, a la creciente cantidad de evidencia científica apoyando el beneficio de la vitamina D como ayuda eficaz al cuerpo para combatir la infección por COVID-19, supuestamente a través de mecanismos que controlan la reacción inmune y previenen la llamada tormenta de citocinas que se sabe que causa daño al tejido pulmonar.

En este trabajo se utilizó la Vitamina D como terapia complementaria: todos los pacientes recibieron la misma terapia estándar consistente en hidroxiclороquina y azitromicina. Además, cincuenta de los pacientes recibieron complementos de vitamina D como terapia adicional a su medicación estándar, mientras que los 26 pacientes restantes no recibieron vitamina D. Resultó que solo un paciente del grupo de vitamina D ingresó en la unidad de cuidados intensivos, mientras que 13 de los 26 pacientes no tratados con vitamina D ingresaron en la UCI. Ninguno de los pacientes del grupo de vitamina D falleció y todos fueron dados de alta sin complicaciones. De los 13 pacientes del grupo no tratado que ingresaron en la UCI, dos fallecieron y los 11 restantes fueron dados de alta. Como conclusión los investigadores, aun con las limitaciones del estudio, lo consideraron como una buena prueba de que la vitamina D es una forma de reducir significativamente la necesidad de tratamiento en la unidad de cuidados intensivos entre los pacientes infectados con COVID-19, concluyendo en que esta terapia con vitamina D parecía ser capaz de reducir la gravedad de la enfermedad.

Sin embargo, un nuevo estudio llevado a cabo en Reino Unido y publicado en la revista científica, *Frontiers in Immunology*, ("Vitamins D2 and D3 Have Overlapping But Different Effects on the Human Immune System Revealed Through Analysis of the Blood Transcriptome") ha analizado las diferencias entre la Vitamina D2 y la Vitamina D3.

La vitamina D es una prohormona esencial para la salud humana. Si bien la vitamina D es mejor conocida por su papel en el mantenimiento de la salud ósea y la homeostasis del calcio, también ejerce una amplia gama de efectos extraesqueléticos sobre la fisiología celular y el sistema inmunitario y múltiples estudios han relacionado el estado deficiente de la vitamina D con mayor riesgo de osteoporosis y fracturas por estrés, mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, mala modulación del sistema inmunitario, mayor mortalidad, incluida la muerte por cáncer, y la patogenia de enfermedades inflamatorias mediadas por el sistema inmunitario. Se recomienda que las personas mantengan concentraciones séricas de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) (el biomarcador aceptado del estado de vitamina D sistémica) de al menos 25 nmol/L durante todo el año y durante toda la vida. Sin embargo, la deficiencia e insuficiencia de vitamina D (definida como concentraciones séricas de 25(OH)D por debajo de 25 nmol/L y 50 nmol/L, respectivamente) se considera una pandemia mundial y un problema de salud pública de gran importancia en la población humana, especialmente en personas mayores, personas que no están suficientemente expuestas a la luz solar y, lo que es más importante, grupos étnicos con un tono de piel más oscuro.

La vitamina D es el término general utilizado para describir tanto la vitamina D 2 (ergocalciferol) como la vitamina D 3 (colecalfiferol). Tanto la vitamina D 2 derivada de plantas/hongos como la vitamina D 3 derivada de animales, se pueden encontrar en algunos (aunque limitados) alimentos para humanos o están disponibles como complementos alimenticios. Sin embargo, la vitamina D 3 también se produce en la piel por la acción de la radiación

ultravioleta B del sol. Después de dos pasos sucesivos de hidroxilación, en el hígado y el riñón, respectivamente. Ambas formas de vitamina D pueden hidroxilarse dos veces en sus metabolitos activos y se unen al VDR con una afinidad similar, pero sigue existiendo cierta controversia sobre si provocan o no respuestas biológicas idénticas.

Además, existen diferencias en su catabolismo y en su afinidad de unión a la proteína transportadora de vitamina D (DBP), la principal proteína transportadora de vitamina D en la sangre. La vitamina D 2 se une a DBP con menor afinidad y se cataboliza más .

En resumen: según los resultados, la vitamina D2 tiene un “impacto cuestionable” en la salud humana, mientras la vitamina D3 podría equilibrar el sistema inmunológico y ayudar a fortalecer las defensas contra infecciones bacterianas e infecciones virales como la Covid-19.

VALORES DE VITAMINA D (VITAMINA D 25-DIXIDROXI)
EN ANALÍTICA DE SANGRE



Adecuado: 30-100 ng/ml

Insuficiencia: 20-30 ng/ml

Deficiencia: menos de 20ng/ml

Alimentos más ricos en VITAMINA D (por 100gramos)

PESCADOS

Atún, arenque, bonito, congrio: 22-25 µg



Jurel, dorada, palometa: 14-16 µg



Sardina, salmón, boquerón, pez espada, caballa: 6-8 µg



HUEVO (yema): 12 µg



LÁCTEOS

Leche entera (se pierde al desnatar): 0,03 µg



Mantequilla: 0,76µg



Yogur y quesos: 1-1,7 µg



La luz solar es la principal fuente de vitamina D



Alimentos fortificados: cereales, leche y bebidas vegetales enriquecidas...: cantidad variable.



QUÉ HE APRENDIDO EN EL WEBINAR ATENCIÓN A LA SALUD PSIQUIÁTRICA PERINATAL.

Por Teresa Martínez Molla.

Organizado por la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana.

Impartido por la Dra. Lluïsa García Esteve. Psiquiatra*.

Contenido:

Inicia la conferencia con el siguiente mensaje: ***la salud mental importa y es la gran olvidada e ignorada en los servicios de la mujer embarazada y es importante recordar que no hacer nada no es neutro.***

El cuidado y la atención a la salud mental materna tienen que ser una parte fundamental de las funciones de las matronas por lo que es importante que se implementen acciones formativas para la adquisición del rol competencias de matrona experta en salud mental.

Se debe incorporar la evaluación de la salud mental materna en los protocolos de seguimiento del embarazo parto y posparto. Es muy importante escuchar a las mujeres que transitan hacia la maternidad y saber cómo están, como se sienten, cuáles son sus preocupaciones...

Toda embarazada con un trastorno mental tiene que disponer de un plan de cuidados y tratamiento elaborado en colaboración de salud mental perinatal, medicina materno-fetal, neonatología, trabajo social...

El periodo perinatal que va desde la concepción a los 12 meses tras parto es una etapa en la que los problemas de salud mental alcanzan una alta prevalencia que llega al 20% (1 de cada 5 madres), la depresión posparto llega al 10-13% y el 4% de las madres presenta un trastorno mental grave. Una de cada 1000 madres presenta una psicosis puerperal que llega al 50% de las madres con trastorno bipolar incluso con medicación adecuada. Igualmente presenta un alto riesgo de mortalidad tanto materna por suicidio (20% de las muertes maternas) como fetal por infanticidio (suicidio ampliado). La mitad de las muertes por suicidio tenían historia de enfermedad psiquiátrica grave.

Igualmente la violencia enferma, así la violencia de género está relacionada con el 50% de los suicidios en periodo perinatal y la experiencia de un parto traumático por violencia obstétrica también puede influir en los trastornos en la salud mental en periodo perinatal.

La salud de la madre influye en el bienestar de fetal, en los resultados obstétricos y en el desarrollo cognitivo emocional y social de la criatura y no dar un tratamiento adecuado supone un alto coste individual, familiar y social. Y a pesar de su importancia casi la mitad de las mujeres afectadas no recibirán una atención adecuada y en caso de depresión tan solo un 10% de las mujeres lo recibe.

Mitos relacionados con la salud perinatal que influyen en la falta de cuidado y atención farmacológica:

- El embarazo es un factor protector de la patología psíquica, cuando en realidad hay un 20% de morbilidad psiquiátrica.
- Los trastornos mentales tienden a mejorar durante el embarazo aunque lo cierto es que hay de un 20 a un 70% de recaídas.
- El sufrimiento psíquico no afecta a la gestación, ni al feto, ni al recién nacido cuando se sabe que el estrés materno se asocia con peores resultados por malnutrición, alteraciones del sueño, descompensación de las enfermedades psiquiátricas, empeoramiento de otras enfermedades, incremento del consumo de tóxicos, partos complicados o traumáticos, riesgo en el recién nacido de bajo peso o parto prematuro, depresión y ansiedad en el posparto con interferencia en la lactancia, los



cuidados y en el vínculo con el recién nacido, riesgo de infanticidio...

Los tratamientos farmacológicos son teratogénicos y se deben evitar, cuando la mayoría de los psicofármacos no incrementan el riesgo.

Los medicamentos antidepresivos y ansiolítico son fármacos “de lujo” que se deben evitar, pero es importante recordar que son patologías que se deben tratar.

La depresión posparto es poco frecuente y se soluciona espontáneamente, cuando lo cierto es que 1 de cada 10 mujeres la padece y puede tardar hasta 1 años en resolverse.

Todas las mujeres se vinculan de manera natural con sus hijos, aunque hay cerca de un 10% de mujeres que no lo hacen.

La pérdida de un embarazo se arregla con otro embarazo y la patología mental asociada es una patología leve, aunque sabemos que algunas mujeres pueden desarrollar una depresión o un trastorno postraumático.

Las mujeres que sufren alteraciones en la salud mental en el periodo perinatal no reciben un adecuado tratamiento sobre todo porque hay un infra diagnóstico debido a la falta de perspectiva de género, que la atención se centra en el embarazo y su resultados, la idealización de que en la maternidad todas las madres son mujeres felices, persistencia del estigma, invisibilidad, minimización y desconocimiento de la psicopatología y las enfermedades mentales y su tratamiento, falta de formación y de creación de servicios especializados.

Las preguntas más frecuentes sobre el uso de los psicofármacos durante el embarazo y posparto son:

¿Qué hago si una mujer que toma psicofármacos se queda embarazada?

¿le aconsejo que suspenda el psicofármaco durante el primer trimestre o hasta que acuda al especialista?, ¿cuáles son los riesgos de mantener el tratamiento?, ¿quién, cuándo y cómo se tiene que planificar un embarazo?, ¿se tiene que interrumpir el tratamiento para el parto y la lactancia?, ¿recomiendo suspender la lactancia?

Se debe hacer una valoración muy rigurosa de los riesgos-beneficios de no tratar el trastorno: valorar la importancia de que la madre esté estable, evaluar el riesgo asumible por cada mujer, remarcar la importancia de planificar el embarazo, informar del riesgo de teratogenia (3-5%) comparándola con los riesgos con la población general e informar de los efectos de la enfermedad mental sobre la salud materno-fetal.

Nunca se debe retirar el fármaco de forma brusca, tener en cuenta la decisión de la madre y tranquilizarla ya que casi todos los fármacos se pueden tomar incluso durante la lactancia, aunque siempre controlados por psiquiatría.

El 50% de las mujeres que suspenden la medicación antes del parto recaen con lo que se enfrentan a un parto y posparto de riesgo.

Las guías para la detección de los trastornos mentales perinatales recomiendan la recogida sistemática de los antecedentes de depresión posparto o psicosis puerperal previa, la evaluación de la salud mental en la etapa gestacional (inicio y 29-30 semanas), y la detección sistemática universal de la depresión posparto (a las 6 semanas del parto):

Al inicio del embarazo se les pasará el cuestionario de Wholey (NICE, 2014) para detectar la depresión y la ansiedad:

Se le pregunta: durante el último mes:

- ¿Se ha sentido alguna vez baja de ánimo, deprimida o desesperada?
- ¿Se ha sentido alguna vez que ha perdido el interés o el placer por las cosas?
- ¿Se ha sentido nerviosa, ansiosa o desbordada?
- ¿Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?
- El cribado es negativo si la respuesta a las cuatro preguntas es negativa. El cribado es positivo si la mujer responde de manera afirmativa a cualquiera de las respuestas.
- Si el cribado es negativo se repetirá el cuestionario Wholey en la semana 29-30
- Si el cribado es positivo se recomienda emplear la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) (Cox et al, 1987) validado para la población española (García Esteve y

cols, 2011).

Es un cuestionario autocumplimentado que consta de 10 preguntas sobre síntomas de depresión, ansiedad e ideación de suicidio. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Si se obtiene una puntuación mayor a 11 o se da una respuesta positiva al ítem 10

“¿He tenido el pensamiento de hacerme daño?” se debe derivar al especialista.

A las 6 semanas después del parto se empleará la escala de depresión de Edimburgo.

* Dra. Lluïsa García Esteve. Psiquiatra. Médica Psiquiatra. Licenciada en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona en el año 1980. Especialista en Psiquiatría (MIR) por la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona desde 1985, y Doctora en Medicina, por la misma Universidad en 1990. Fundadora y jefa de la Unidad de Salud Mental Perinatal y Programa de Atención Integral Agresiones Sexuales del Hospital Clínic de Barcelona. Promotora del hospital de día madre-bebé del Divulgadora científica centrada en la atención a la Salud Mental Perinatal de la diada madre-bebé del Hospital Clínic de Barcelona en 2018. Es investigadora del Institut d’Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) y responsable de la línea de investigación en “Maternidad y Salud Mental – MATERSAM”.

Ha llevado a cabo proyectos que han recibido subvención de organismos públicos sobre la depresión posparto, la depresión posparto en madres trabajadoras y en madres inmigrantes, la validación de instrumentos de evaluación para esta etapa específica, y para la detección del maltrato de pareja y sobre los efectos de los antidepresivos sobre el neurodesarrollo de niños expuestos in útero. Interesada en introducir la perspectiva de género en la asistencia, la investigación y la docencia en el ámbito de la salud mental.

Es co-fundadora y primera Presidenta (2011-2015) de la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal. Es socia de la Asociación de Mujeres Investigadoras y Tecnólogas (AMIT) y de la Sección de Women’s Mental Health de la Asociación Europea de Psiquiatría. Participa en el Curso de Psiquiatría perinatal del Instituto Europeo de la salud Mental Perinatal.

SALUD PSIQUIÁTRICA PERINATAL



SALUD PSIQUIÁTRICA PERINATAL



M^a DOLORES VIÑAS ÁLVAREZ, UNA MATRONA CON HISTORIA, FUE PROFESORA DE LA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA)

Nuestra entrevistada de este número es una matrona con largo recorrido profesional, luchadora incansable, con gran carácter, en la que destaca toda su labor como docente en la Unidad Docente de Matronas, y pionera en muchas de las prácticas que actualmente vuelven a estar consideradas como novedosas.

M^a Dolores, Lola para todas aquellas que la conocemos, ha sido una profesora muy querida para cientos de alumnos y alumnas que han pasado por la UDM y que aún sigue manteniendo relación, hoy por hoy, como referente de lo que es ser matrona. Siempre ha defendido su autonomía como profesional ante el colectivo médico al que demostró su valía y ganó su confianza.

P: Hola Lola, bueno creo que te ha llegado el turno, pese a tu reticencia, de salir un poco de tu anonimato más allá de tu tierra gallega y te conozcan otras compañeras. Tienes una gran historia profesional que avala tu merecido puesto entre las elegidas para mostrar la historia profesional que hay detrás de una de las grandes matronas que conozco. Para mí, no es fácil hacerte esta entrevista pero a la vez es un enorme privilegio. Mi primera pregunta, ¿por qué te extrañó tanto cuanto te invité a compartir parte de tu historia?

R: Me da cierto pudor, ya que has entrevistado a matronas que para mí son un referente y con esta entrevista, tú me estas equiparando a ellas y eso me da mucha vergüenza. Además, creo que no he hecho nada relevante que me haga merecedora de tal distinción, he aceptado porque te quiero y respeto mucho tu trabajo.

P: Te lo agradezco pero no te subestimes tanto, que vales y mucho. Bueno pues para empezar, las que te conocemos sabemos que tienes carácter, me has contado alguna vez que vienes de un matriarcado muy arraigado en tu familia, una familia emprendedora. ¿Crees que eso ha marcado tu forma de ver la vida?

R: Puede que sí, mi madre ha sido el pilar fundamental en mi familia, ella era la que dirigía todos los negocios familiares, de fuerte carácter porque era necesario en un mundo de hombres, en unos tiempos donde la mayoría de mujeres se desenvolvían en un ámbito doméstico. Fue un modelo de arrojo ante la vida y por eso puede que nunca me dio miedo nada, ya se encargó mi madre de enseñarnos que podíamos hacer de todo y que valíamos más que cualquier hombre.

P: En tu familia sois varios hermanos y hermanas, vamos, lo que se llama una familia numerosa, en la que además una de tus hermanas también es enfermera. No sé si hay antecedentes en tu familia de profesionales de la salud, ¿eres una matrona vocacional?, ¿de dónde viene esta vocación por el cuidado?

R: Puede ser que la vocación de enfermera surgiese al ver a mi madre cuidar de un tío de mi padre que tenía una enfermedad larga y dolorosa y también, que desde niña tuve una vocación de ayuda a los demás la cual quise canalizar a través de formalizar mi compromiso de dedicar mi vida a una orden religiosa contemplativa, pero me aconsejaron que me dedicase "al mundo"; puede que eso también me llevase a ser bachiller en teología.

P: Sé que no te hiciste matrona enseguida, sino que trabajaste como enfermera durante 17 años en una Unidad de Cuidados Coronarios ¿qué supuso esta etapa en tu vida profesional?

R: Era el tiempo del nacimiento de este tipo de unidades, se requería mucha formación y tengo que decir que nosotras recibimos la mejor, en ese momento (años 70) la elite de la cardiología estaba en el Instituto de Cardiología de Méjico y yo tuve los mejores profesores: los profesores Aldo Bisteni y Sodi Pallarés sin olvidar a María Urrutia, una enfermera que vino expresamente de Méjico para formarnos en técnicas específicas. También nos enseñó a confeccionar protocolos de toda índole (algo desconocido en la época), recordaré siempre nuestra carpeta negra de procedimientos que era la envidia de la clase médica. Fueron unos años maravillosos en los que aprendimos e hicimos cosas que hoy son impensables que ejecute una enfermera a pesar de los avances en nuestra profesión y en nuestras funciones, que son muchas, una gran conquista conseguida con esfuerzo y sacrificio.



Con compañeras de la U. de Coronarias

P: Noto un poco de orgullo y a la vez nostalgia de aquellos años, ¿qué fue lo que te marcó de aquella etapa?

R: En este servicio siempre fuimos tratadas como iguales, ten en cuenta que sólo éramos mujeres hasta que muchos años después vino José. La enseñanza era la misma para los médicos que para las enfermeras. Teníamos un prestigio y consideración en todo el hospital. Nunca podré olvidar las clases diarias de electrocardiografía y de auscultación de los soplos cardiacos que me daba el Dr. Gil de la Peña, en concreto los “protomesosistólicos”, puede que de ahí venga el interés por la docencia y no solo eso, también por la investigación a la que me abrió los ojos Michel Jaquett, un

médico fantástico que quería que las enfermeras fuésemos las estrellas del universo y que lo tuvo como objetivo hasta su muerte y al que le debemos todo, pues él era una más de nosotras para todo. Este orgullo es compartido por todas las enfermeras que pasaron por la Unidad en aquellos años.

P: He leído que hiciste la especialidad de pediatría antes que la de matrona, ¿Qué te motivó a hacer esta especialidad?

R: Fundamentalmente el afán por aprender y luego que compartíamos la misma planta que pediatría y veía muchas cosas en las que quería profundizar. Además, tenía mucha relación con las enfermeras de la UCI pediátrica y eso alimentó el “gusanillo”.

P: Cuando acabaste la especialidad, y ya siendo madre, te vas a trabajar de matrona de APD, ¿puedes contarme algo de esa época?

R: Si, allí estuve hasta que mi tercera hija cumplió los dos años. También hubo que ponerse las pilas y hacer consultas de salud (con muchas críticas), educación sexual en el colegio, educación maternal, que no existía en la época, y tuvimos que buscar cursos debajo de las piedras, en Madrid...Barcelona, años más tarde en La Coruña.

La educación maternal era otra locura... te decían: “tanto respirar... para qué, si se pare igual!!!”. Ni que decir de la matronación a mitad de los 80!!!! Eso fue toda una revolución hasta que a finales de los 80 ya empezaron las matronas de La Coruña en colaboración con el INEF (recién estrenada la facultad) y aunque sólo era en La Coruña se hizo más habitual, ya ves tú, ¡¡¡y ahora vuelve a estar de moda!!!!

P: Ya ves, algunas compañeras pensarán que es una cosa de los últimos tiempos, me alegro de que lo cuentes, por cierto en aquella época también hiciste algo para bebés, ¿no? Cuéntame un poco más.

R: A mediados de los 90 empecé un programa en el agua para bebés de poquitos meses, a raíz de un desgraciado accidente, costó mucho porque la piscina tenía que ser climatizada y preferiblemente, exenta de cloro en el agua y no era fácil en ese tiempo.

Al principio solamente venían los bebés de los cursos de educación maternal, tuve que ir a formarme a Zaragoza, pronto pasé el testigo y hoy son actividades de mucho éxito y gran prestigio en Santiago.

Entre las comunicaciones que llevamos al congreso de la ICM en Filipinas en el año 1999, destacó un video de los bebés en esta actividad, fue todo un éxito, la verdad es que ver a bebés de 3 meses buceando no era habitual.



Congreso de la ICM en Filipinas.1999

P: Cuando dejas la Atención Primaria, APD de la época, vuelves al hospital, pero no de matrona, ¿Cómo fue ese cambio?

R: Si, primero me fui a la UCI y a los pocos meses a la Unidad de Coronaria, pero ya tenía un objetivo...conseguirirme al paritorio y allí que me fui. En estos años aproveché para estudiar Derecho y al aprobarse de nuevo la especialidad de matrona opté a una plaza de profesora que ocupé hasta mi jubilación. Mi inquietud me llevó a estudiar Antropología, hacer los cursos del Doctorado y hacer la Tesis.

P: Vaya, ¡que interesante! Muchas de las matronas que conozco han estudiado otras carreras, Antropología, Historia, Psicología, incluso Derecho, como tú, ¿ por qué crees que la mayoría sigue estudiando otras carreras relacionadas con las llamadas “humanidades”?

R: Lo lógico sería que estudiásemos medicina, ¿no? De hecho, algunas compañeras lo hicieron, pero yo creo que estudiamos humanidades porque en nuestro ADN llevamos implícito un modelo más holístico, que es inherente a nuestra profesión y quizás no tenemos tanto interés por un modelo tan hegemónico como el médico.

P: Fuiste del primer equipo docente de la UDM en Santiago de Compostela, y sé que una profesora muy “cañera” que dirían los jóvenes, pero muy querida. Has comentado que te gustaba la docencia y la investigación ¿Qué ha significado para tu vida profesional esa época de tu vida?

R: Gracias, pero soy consciente que no puedes gustarle a todo el mundo, mis residentes siempre decían que yo era muy didáctica y eso me gustaba porque eso significaba que no se les olvidaba la explicación (ija, ja!). A día de hoy, tengo relación con muchos de ellos (más con los del principio) y a veces todavía nos consultamos cosas.

Tú sabes que los comienzos siempre son difíciles pero debido a esa dificultad procuras dar lo mejor de ti y esforzarte al máximo, aunque sea solo por puro egoísmo pues no quieres ser lo peor del ranquin del momento, todos sabemos cómo estaba la cosa y recuerdo muy bien la oposición de la SEGO con el Dr. Cabero a la cabeza que nos consideraba “ poco preparadas” para dar clase. No me interpretes mal, no es que quiera recuperar viejos fantasmas, solamente quiero hacer un poco de pedagogía para los que vienen detrás ya que algunas/os piensan que las Unidades Docentes nacieron por generación espontánea, pero bueno, de este asunto hay matronas que han luchado mucho y pueden darnos una clase magistral.

Como sabes, a nuestra Unidad Docente estuvo a punto de retirársele la acreditación por cuestiones ajenas a la



misma y que no voy a relatar, pero a pesar del daño irreparable que se causó, a día de hoy sigue funcionando sin problema.

P: Bueno, hablemos de tu faceta de matrona asistencial, que por cierto, compaginaste con tu paso por la UDM. ¿Trabajaste de matrona siempre en la sanidad pública?

R: Trabajé en todo tipo de hospitales, en el Clínico de Santiago toda la vida y en los de la Diputación, Comarcales y privados y en alguno de ellos simultáneamente (había escasez de matronas). En los comarcales y en los privados como no había médico de presencia física, estabas obligada a andar con cuatro ojos y los cinco sentidos muy afinados porque no tenías quien te ayudase, se pasaban momentos difíciles, de mucho apuro y de encomendarse a todos los Santos.

P: ¿Crees que tenía más ventajas trabajar en la sanidad privada?

R: Para algunas cosas sí. Lo bueno era que tenías mucha autonomía y te podías permitir licencias que en la pública no se podía tanto, me refiero, al principio del piel con piel (pensaban los pediatras que, si los niños tiraban un poco del aire, no podían estar así con su madre) pues confiaban más en la cuna térmica.

Podías poner a la mujer en posiciones durante el trabajo de parto y el expulsivo que hoy son el día a día, empezar a utilizar de la pelota y la silla de partos, uff!! ¿te acuerdas cuando se empujaba en decúbito supino puro y duro en el paritorio, sin levantar la cabeza? Y qué me dices del rasurado y el enema.... Parece algo del pleistoceno, ¡¡¡¡cuánto hemos avanzado!!!! Pero en aquel momento estabas loca de atar porque no teníamos autonomía ninguna...todo era por orden médica.

¡¡¡ Que trabajo pasamos para dejar de bañar a los niños al nacer!!!!



Atendiendo un puerperio

P: Eres una matrona muy completa Lola, también has hecho partos domiciliarios, ¿cómo te iniciaste? ¿Alguna anécdota que se pueda contar?

R: Pues sí, el primero lo hice en el 82 de Urgencia a una vecina de mi suegra que susto!! Le puse la placenta sobre un mantel precioso que tenía la mujer en la habitación, luego resultó que tenía un Rh(-) y había que hacerle el grupo al niño. Fue el primer parto de la mujer, y el mío en casa, y sin episiotomía, que era obligada en ese momento, pero no se la hice porque no tenía con qué coserla. Fue muy emocionante y con mucha adrenalina. Todos los vecinos estaban pendientes del evento y fuimos a pesar al bebé a la tienda de ultramarinos, después del susto hicimos una fiestecita (risas). Creo que me aficioné a ello (risas) ¡¡¡ me puede la adrenalina y la tensión!!!



Asistencia a un parto domiciliario

Luego hice muchos, con muchas anécdotas de todo tipo pero sin problemas, solo llevé a una al hospital por un meconio espeso y acabó la pobre con un parto instrumental y todo resto de intervenciones que te puedes imaginar.

Fui muy criticada por ello mucha gente tenía miedo que me pasase alguna complicación grave y me decían que tenía que hacer un consentimiento ante notario.

Respecto a una anécdota, te diré que ¡¡¡hasta hice un parto por teléfono!!!!

P: En tu inquietud por conocer, por investigar, has participado en numerosísimos congresos nacionales e internacionales ¿crees que es la base en el avance de una profesión como la nuestra?

R: *Creo que investigar es fundamental para crear un cuerpo teórico profesional si queremos que el grado de matrona sea una realidad algún día, debemos registrar lo que observamos y los cambios que se van sucediendo, por consiguiente, animaría a la gente joven para que abandonen las revisiones bibliográficas (algunas están bien) y profundicen un poco más en otros tipos de investigación más enriquecedores e incluso formen equipos multidisciplinares para hacer investigación experimental, mi experiencia es muy buena y enriquecedora.*

Por mi parte, creo que nunca fui a un congreso sin un trabajo de investigación, tengo de toda índole y condición y moda de la época.

En relación a los congresos, a pesar de lo caros que sean, creo que son una herramienta para conocer lo que hacen nuestras colegas e intentarlo nosotras si nos parece interesante, además, conocemos mundo y lo que es más importante, socializamos con nuestras compañeras y amigas.

P: Estamos casi llegando al final Lola, pero ¿cómo te gustaría que te reconociesen en esta generación de matronas?

R: *Tengo a gala decir que nunca fui al hospital para que me pagasen a fin de mes y creo que esta afirmación da idea de cómo soy, aunque pueda que no lo parezca. Creo que he dado a mi profesión dedicación, esfuerzo, sacrificio y constancia y para ello he tenido muchas personas como M Ángeles, Lina, Charito, Piedad... que me han ayudado dándome un ejemplo magnífico de saber hacer las cosas bien, de luchar por conseguir que nuestra profesión sea visible, de mantenerse en la lucha constante sin desfallecer y todavía, a día de hoy, sigo en disposición allí donde me necesiten para defender nuestra profesión, ¡¡¡y eso que ya llevo un tiempo jubilada!!! (risas).*

Espero y deseo que nadie diga que no le he ayudado cuando me la ha pedido y sin ser pretenciosa, sé que hay gente que me recordará con cariño.



Congreso Hispano-Luso. De a AEM Madrid-1997



Con grandes compañeras en el Congreso ICM Oslo

P: Y a propósito de esto, ¿a qué dedicas tu tiempo libre ahora?, ¿cuáles son tus aficiones?

R: *Estoy intentando llevar un huerto ecológico lo mejor que sé y puedo (risas). Voy a pescar con mi hermano y se me da bastante bien. Pesco calamares, pulpos, lubinas, fanecas, señoritas... con diferentes artes de pesca y estoy aprendiendo mucho aunque el maestro es bastante impaciente. ¡¡¡Ya quisiera verle yo en el paritorio con esa poca paciencia!!!*

P: Eres o perteneces a una generación de matronas luchadoras, que pelearon por adquirir muchas de las competencias que hoy por hoy tiene una matrona, pero seguimos peleando a día de hoy, ¿por qué crees que la matrona debe estar siempre guerreando, defendiendo la profesión?

R: Primero es que somos un colectivo muy poco unido y eso plantea muchos problemas a la hora de reivindicar cualquier cosa. Ahora hay que estar ojo avizor porque hay especialidades de enfermería que se quieren apropiarse de nuestras competencias y mantenerlas es una lucha constante, ¡¡ qué te digo que tú no sepas!! Yo estoy muy agradecida a todas las matronas que luchan cada día por mantener nuestra profesión y que espero sigan haciéndolo mientras puedan porque cuando estas mujeres no estén no lo quiero ni pensar...sólo espero que las jóvenes generaciones reaccionen o ya lo tengan resuelto con el grado de matrona.

P: Lola, se me hace corta esta entrevista, te conozco y sé que tienes mil historias y anécdotas que podrías compartir, pero hay una pregunta obligada que hago a casi todas las personas que entiendo ¿Cómo ves el futuro de la profesión de Matrona? ¿Qué añadirías o qué quitarías? ¿Cuál crees que es nuestra situación actual?

R: Lo que te decía antes, espero que las nuevas generaciones de matronas tomen el relevo de las de mi generación ya que a las pocas que quedan, a buen seguro les gustaría descansar un poco.

Posiblemente le añadiría muchas cosas, en este momento se me ocurre que incluir en la formación teórica psicología no estaría de más y potenciar algunas destrezas encaminadas a la excelencia en la atención a la familia.

Seguramente que la situación actual de la profesión sería objeto de un análisis más profundo, yo estoy contenta de cómo hemos ido evolucionando. Si echamos la vista atrás, vemos una película que comparada con la actual es de otro mundo que no queremos que vuelva y ello es gracias a las directoras y el equipo que conforman y han conformado la Asociación Española de Matronas

que llevan cuarenta años en la trinchera a pico pala, pico pala y poco reconocimiento. Tanto a las que ya no están como a las actuales les doy las gracias ya que me brindas esta oportunidad

P: No sé si se me ha quedado alguna pregunta por hacerte o hay alguna aportación más que quieras hacer y como gran matrona veterana y sabia ¿Te gustaría compartir algún mensaje para las nuevas promociones o para las compañeras más jóvenes?

R: Sabiendo que cada una es de su padre y de su madre y teniendo en cuenta que cada una tiene diferentes habilidades, yo les mandaré un mensaje a las más jóvenes: la formación nunca está de más y lo que se invierte en ella siempre es poco. Ser reflexiva y asegurarse de lo correcto antes de actuar en situaciones profesionales complicadas.

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, muy merecido, 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.



Defendiendo poster en congreso ICM Noruega



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, tan peleonas, con carácter y con la sabiduría de haber iniciado, a pesar de las críticas, el camino de la autonomía en el cuidado de las mujeres, pocas cosas de las que llaman “novedosas” te quedaron por hacer desde los años 80.

ATENEA
Redactora AEM

DÑA. JOSEFINA FINA GISBERT BUIS, UNA MATRONA QUE NOS DEJÓ...

Fina era una matrona de carácter, dulce y entrañable, pero firme con su proceder y buena asesora de los ginecólogos con los que trabajó más de 40 años.



“¡Ay, xiqueta, las matronas en mi época trabajábamos como burras, de sol a sol, por amor a nuestro trabajo, disfrutábamos tanto atendiendo a las mujeres en sus partos...!” Esta frase me dijo un día Fina Gisbert, su nombre era Josefina, pero ella siempre quiso que la llamaran Fina, una frase que se me quedó grabada y que aún recuerdo de aquella conversación que mantuvimos un día de invierno de un año ya lejano. Era una apasionada de su trabajo y así lo trasmitía cuando hablaba de lo que era para ella esta profesión.

Fina era una matrona de carácter, dulce y entrañable, pero firme con su proceder y buena asesora de los ginecólogos con los que trabajó más de 40 años. Se ganó el respeto de todos y el cariño de las mujeres que atendía. Su vida no fue fácil, pero precisamente eso forjó su manera de afrontarla y de criar y educar a sus tres hijos. Madre de matrona, y una excelente persona, con su sonrisa siempre en el rostro, con sus paseos diarios. Aún la recuerdo con sus dos sticks de montaña, con sus comentarios graciosos, quitándole importancia a cualquier banal preocupación de la juventud actual. Justo antes de la pandemia comí con ella en un evento común, y aún con sus dificultades, siempre le echaba coraje y compartía momentos con sus compañeras de la época, todo un lujo ver tanta experiencia junta.

Fina, gran profesional y mejor persona, nos dejó, pero toda su sabiduría y elegancia permanecerá en el corazón de las personas que como yo, tuvimos el placer de conocerla y disfrutar de su compañía. Donde esté, seguro que nos anima a seguir viviendo nuestra profesión con la misma pasión con la que la vivió ella.

DEP

M^ª Isabel Castelló López
Vocal I. Matrona. COEV



Hospital General de Granollers

Hospital Universitari

Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

OFERTA DE TRABAJO

El Hospital General de Granollers es el hospital universitario y de referencia para el Vallés Oriental. Forma parte del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña y se encuentra en un momento clave de crecimiento y consolidación que supone grandes proyectos para la enfermería.

Actualmente buscamos:

- 2 matronas con calendario planificado 100% de noches
- 2 matronas con calendario de fin de semana al 20% con turno diurno.
- 2 matronas con calendario de fin de semana al 20% con turno nocturno

Puesto de trabajo

En dependencia de la Dirección de Enfermería, la persona se incorporará al Área Obstétrica-Sala de Partos y reportará al Jefe de Área de Materno-infantil.

Funciones principales

- Diagnosticar, en una gestante, que se encuentra en trabajo de parto.
- Detectar a tiempo las complicaciones derivadas de una gestante pretérmino o a cabo durante el proceso de ingreso, dilatación, parto o posparto inmediato.
- Participar activamente en el Plan de Nacimiento que aporta la pareja durante el proceso de parto.
- Colaborar con el resto de profesionales de Sala de Partos para trabajar en equipo (obstetras, anestelistas, enfermeros y auxiliares de enfermería).
- Planificar y gestionar los recursos físicos y humanos según las necesidades del servicio.
- Supervisar las actuaciones de los/las LLIRs.

Requerimientos

- Grado o Diplomatura en Enfermería con la especialidad en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (vía LLIR).

Se valorará

- Disponer de experiencia en el área de Materno-infantil, Pediatría i Sala de Partos.

Competencias profesionales

- Orientación al paciente
- Trabajo en equipo
- Comunicación interpersonal

Se ofrece

- Contratación laboral indefinida.
- Retribución competitiva según convenio SISCAT y de acuerdo con los parámetros del centre.
- Participación en proyecto de remodelación del servicio.
- Formación continuada.
- Integración a un equipo de profesionales con vocación por la salud de las personas.
- Formarás parte de equipos multidisciplinares y con visión centrada en la persona enmarcados en proyectos que implementen la Experiencia del Paciente como a valor añadido a la institución.
- Acceso a ámbitos de docencia, investigación e innovación.

Presentación de candidaturas

Les personas interesadas deberán enviar su currículum a:

https://www.fphag-org.translate.google.com/la-fundacio/treballa-amb-nosaltres/10018/llevadora?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es



FLASSES

Federación Latinoamericana de
Sociedades de Sexología y
Educación Sexual



XXI CONGRESO LATINOAMERICANO DE SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL

**25 Años de los Derechos Sexuales.
Mirando al futuro.**

24, 25 y 26 de noviembre de 2022



ONLINE

Uhoiva



PRESENCIAL EN
VALENCIA

Organiza:

Instituto de Psicología y Sexología Espill
Programa Universitario de Salud Sexual de la UNED

ESPIILL
EZBITT
PSICOLOGÍA | SEXOLOGÍA



SALUD SEXUAL



Informes e Inscripción:
info@vedraagency.com.ar

WhatsApp:
+54 9 11 2279 7540

Website:
www.congresosexologia2022.com



Fertilidad Natural



Fundación Uned

CUALIFICACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA



Inicio 1 de mayo de 2022

Cualificación en Salud Reproductiva y Fertilidad Humana

Este curso, está dirigido a profesionales y estudiantes relacionados con la salud humana, médicos, matronas, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas y resto de profesionales que deseen ampliar sus conocimientos y recursos sobre fertilidad humana.

Fechas: del 3 de mayo al 3 de julio de 2022 **SOLO ONLINE**

Horas: 80

INSCRIPCIÓN: <https://www.fundacion.uned.es/actividad/idactividad/26332>,

Descuentos (documentación obligatoria a aportar):

- Personas en situación de desempleo: copia del justificante de demanda de empleo, en vigor
 - Alumnos y antiguos alumnos de la UNED y Fundación UNED: copia del título del curso realizado o una copia escaneada del pago de matrícula del curso que está realizando (la Fundación UNED y la UNED no comparten archivo)
 - Profesionales autónomos: copia escaneada del último recibo de pago de autónomos
 - Personas con discapacidad reconocida del 33% o superior: copia escaneada del certificado de minusvalía
 - Personal UNED: copia escaneada del carnet de empleado de la UNED
 - **Asociación Española de Matronas (AEM):** documento acreditativo de pertenecer a la asociación
 - **Miembros del Sindicato de Matronas (SIMAES):** documento acreditativo de pertenecer a la asociación
 - Colegiados de los Colegios oficiales de Biología: Documento acreditativo de estar al corriente de pago de la cuota de colegiado
- Matrícula ordinaria: 300 €
 - Con descuento: 250 €

Nota importante:

Al seleccionar un descuento, el alumno debe aportar el documento indicado desde su espacio del estudiante. Si no se aporta, deberá abonar la totalidad de la matrícula (antes de la finalización del curso).

En caso de abonar la matrícula mediante transferencia:

Indique la referencia: 7224-3FERT22

Envíe el justificante a: ralonso@fundacion.uned.es



ENCUESTA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LAS MATRONAS, EN UN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA.

La encuesta que se presenta a continuación, forma parte del proyecto de investigación titulado: Estudio de la calidad de vida profesional y la percepción de la violencia obstétrica en las matronas, en el contexto de una emergencia sanitaria. La investigadora principal del proyecto es Yolanda Herraiz Soler, profesora del Departamento de Enfermería de la UV. Ante cualquier duda sobre tu participación, puedes ponerte en contacto mediante el e-mail: yolanda.herraiz@uv.es

Tu participación en el estudio es anónima y voluntaria. Con la cumplimentación del siguiente cuestionario, aceptas tu participación y la utilización de los resultados, siempre y cuando se mantenga el anonimato y confidencialidad de los mismos. En ningún momento, el equipo investigador conocerá la identidad de la persona que ha respondido.

La información será mantenida con absoluta confidencialidad. El equipo investigador se compromete a cumplir estrictamente la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, garantizando a la persona participante los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universitat de València.

El código de aprobación del proyecto es el nº: 1888453. La participación en la encuesta te llevará unos 15 minutos.

Por favor, rellena tu código personal que solo tú conocerás. Es FUNDAMENTAL para futuras encuestas. Utiliza siempre el mismo código que, en ningún caso, permitirá identificarte.

Agradecemos mucho tu participación.

LINK ENCUESTA: <https://encuestas.uv.es/index.php/662458?lang=es>

ENCUESTA:

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO “PERCEPTIONS OF EMPOWERMENT IN MIDWIFERY SCALE (PEMS)”

Somos Isabel Hernández y Alba Moreno, residentes de matrona de la Unidad Docente del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, y estamos realizando el trabajo de final de residencia cuyo objetivo principal es la adaptación al contexto español y evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario PEMS-E (Perception of Empowerment in Midwifery Scale).

Este cuestionario está diseñado para medir la percepción del nivel de empoderamiento que tienen las matronas en el desempeño de su actividad asistencial. Para ello es necesario obtener una muestra mínima de matronas que cumplimenten el cuestionario, por lo que es muy importante tu colaboración.

Si eres matrona titulada (no residente), tienes más de un año de experiencia profesional (aunque no sea de manera continua) y realizas asistencia directa a mujeres durante el embarazo, parto y/o puerperio puedes participar en este estudio.

El cuestionario consta de dos partes; en la primera se recogen algunos datos sociodemográficos y en la segunda está recogida la versión española del cuestionario (PEMS-E). Este estudio ha pasado el comité ético de investigación clínica (C.E.I.M. Provincial Las Palmas nº de registro: 2021-492-1). La participación es completamente voluntaria y anónima y al realizar la cumplimentación del mismo se entiende que aceptas tu inclusión en este estudio.

¡Muchas gracias de antemano por tu colaboración!

LINK ENCUESTA:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfwrSXY7FeCBCwJNWvbPAbHOJRNHaL_9OCXKR0X-JHaUJK-zw/viewform,

Nº 1691 JURISPRUDENCIA TS - UNIFICACION DOCTRINA INTERINOS 08 MARZO 2022 

EL TRIBUNAL SUPREMO SENTENCIA QUE NO SE PUEDE CONTRATAR INTERINOS PARA CUBRIR VACACIONES, PERMISOS O DESCANSOS.

Estos casos incurrirían en “fraude de ley”, al no existir ninguna circunstancia “extraordinaria” que lo justifique, puesto que los días de descanso son “plenamente previsibles”.





MÁS INFORMACIÓN

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

EL TRIBUNAL SUPREMO SENTENCIA QUE NO SE PUEDE CONTRATAR INTERINOS PARA CUBRIR VACACIONES, PERMISOS O DESCANSOS.

Estos casos incurrirían en “fraude de ley”, al no existir ninguna circunstancia “extraordinaria” que lo justifique, puesto que los días de descanso son “plenamente previsibles”.

La Sala de lo Social del Tribunal Supremo (TS) ha dictaminado en una sentencia del pasado 19 de Enero, que no se pueden contratar a interinos para cubrir la ausencia de trabajadores que se encuentran de vacaciones, de permiso o de descanso, ya que no existe ninguna circunstancia “extraordinaria” que lo justifique.

Esta sentencia unifica doctrina y determina que “El que los trabajadores de la plantilla ejerciten sus derechos al descanso y a las vacaciones es una circunstancia plenamente previsible y, por consiguiente, no es, pues, ajustada a Derecho la cobertura temporal de sus funciones acudiendo a la vía interinidad por sustitución. Tales ausencias al trabajo se producen dentro del normal desarrollo del contrato de trabajo y forman parte de la previsión organizativa que corresponde llevar a cabo al empleador, alejándose de la excepcionalidad que el contrato eventual viene a solventar”. En otras palabras, la empresa (pública o privada) “es plenamente conocedora” de que la plantilla cuenta, por ley, con su derecho a disfrutar de su correspondiente periodo de descanso, por lo que recurrir a interinos en estas ocasiones puntuales no se ajusta a la normativa vigente.

El TS resalta que un contrato de interinidad es aquel que tiene una duración determinada y que se realiza para sustituir a un trabajador con derecho de reserva de puesto de trabajo, pero siempre que haya una “circunstancia extraordinaria” y “nada de extraordinario resulta el disfrute de los periodos de vacaciones, ni otros descansos a los que tienen derecho todos los trabajadores...”. Es, por tanto, “una circunstancia plenamente previsible”, de modo que la cobertura temporal de estas plazas con interinos por sustitución no se ajusta a Derecho, por lo que el despido de un trabajador en estas circunstancias supone la declaración del mismo como improcedente, al no existir una causa que lo ampare.

Nº 1697 C. DE MADRID – PLAZAS DE MATRONA PARA LAS MATRONAS 14 MARZO 2022

SIMAES SOLICITA AL CONSEJERO DE SANIDAD DE LA C. DE MADRID LA OCUPACIÓN DE LOS PUESTOS QUE COMPETEN A LAS MATRONAS POR MATRONAS Y ESTABLEZCA EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA LA RENOVACIÓN DE LAS PLANTILLAS.

Denuncia el agravio comparativo de la exclusión de las Matronas en la Orden que convoca el proceso de integración de las Enfermeras Especialistas en el SERMAS.

LA EMBAZARAZADA EN EL PARTO NO DEBITA APOYO.
MÁS QUE UNO ES EL PROBLEMA DE LAS MATRONAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD. SE NECESITA UNA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA PARA ATENDER A LAS EMBAZARAZADAS EN EL PARTO. Y LOS SERVICIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA SON NECESARIOS EN LAS PLANTAS DE MATERNIDAD.

AHORA, MÁS QUE NUNCA, LAS MATRONAS SON NECESARIAS EN LAS PLANTAS DE MATERNIDAD.

UNA PLANTA DE MATERNIDAD QUE PRETENDAMOS UN CUIDADO DE CALIDAD, DEBE TENER SUFICIENTES ESPECIALISTAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGAS.

MÁS INFORMACIÓN

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

SIMAES SOLICITA AL CONSEJERO DE SANIDAD DE LA C. DE MADRID LA OCUPACIÓN DE LOS PUESTOS QUE COMPETEN A LAS MATRONAS POR MATRONAS Y ESTABLEZCA EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA LA RENOVACIÓN DE LAS PLANTILLAS.

Denuncia el agravio comparativo de la exclusión de las Matronas en la Orden que convoca el proceso de integración de las Enfermeras Especialistas en el SERMAS.

Como consecuencia de la publicación de la Orden 200/2021, de 23 de febrero, por la que se convoca el proceso de integración voluntaria en el régimen del personal estatutario en las categorías de Enfermero/a Especialista en Enfermería Geriátrica, Enfermería Pediátrica y Enfermería de Salud Mental para el personal que presta servicios en el SMS y de que la Ley 9/2015 habilita al titular de la Consejería de Sanidad, para dictar, las Órdenes que sean necesarias para ofertar la integración del personal funcionario y laboral que, reuniendo los requisitos de titulación, venga desarrollando en las instituciones sanitarias del SMS las funciones de las nuevas categorías estatutarias creadas en dicha Ley, y no haciendo alusión alguna esta Orden a las categorías de enfermeras especialistas que ya venían desarrollando sus funciones en el SMS con anterioridad, como es el caso de las Matronas, SIMAES ha solicitado una orden para que se garantice la ocupación de los puestos del Área Obstétrica y Ginecológica por profesionales capacitados, especializados y que cuenten con la titulación de Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrón/a) y detalle el procedimiento a seguir en los hospitales para la renovación de las plantillas que incumplen las actuales directrices.

La Orden citada exige como requisito el desempeño de funciones como enfermera especialista y la titulación exigida legalmente para integrarse en la categoría de enfermera especialista. Pero va más allá, porque detalla las unidades de cada especialidad, promoviendo la ocupación de los servicios de cada Área específica por parte de las enfermeras de las nuevas categorías de enfermeras especialistas según sus competencias detalladas en el plan formativo específico de cada especialidad, sin hacer alusión, como ya hemos recalado anteriormente, a las enfermeras especialistas que ya ejercían funciones como tales antes de la Orden referida y que se hallaban integradas en las Instituciones sanitarias del SMS en los términos y condiciones fijados en el Decreto 8/2007, de 1 de febrero, por el que se regulaba el proceso voluntario de integración en el régimen estatutario sanitario del SMS. Como todas las Matronas saben, en la actualidad en la Comunidad de Madrid hay unidades del Área Obstétrica y Ginecológica de los hospitales, que los puestos no están ocupados por Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), contraviniendo la orientación de las disposiciones legales ya aludidas, al igual que sucede en otras CCAA. La diferencia es que la Orden 200/2021, de 23 de febrero, establece un precedente en cuanto a fijar un procedimiento a seguir para las modificaciones en las plazas y puestos de las plantillas de cada centro que puede orientar el camino para incluir los puestos de enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas en las unidades del Área Obstétrico-Ginecológica a través de un proceso de modificación de las plantillas orgánicas, considerando incluso que las enfermeras que NO reúnan los requisitos exigidos para la ocupación de un puesto de



enfermera especialista, podría continuar en el puesto de trabajo que desempeñe o, en su caso el que tenga reservado, conservando los derechos que se deriven de su condición de personal estatutario, declarando a extinguir sus puestos de trabajo.

Igualmente SIMAES ha indicado al Sr. Consejero que los puestos vacantes de enfermera especialista en el Área Obstétrico-Ginecológica, deberían ser ya ocupados por profesionales de la bolsa de Promoción Interna Temporal de Matrona de cada centro y por la bolsa única centralizada para la selección de personal temporal estatutario en la categoría profesional de Matrona de la Comunidad de Madrid, según acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad 5 de febrero de 2016 sobre Promoción Interna Temporal en el Ámbito de Atención Hospitalaria del SMS. Del mismo modo y por coherencia, hemos expuesto que no se deberían ofertar en procesos de movilidad interna los puestos ocupados por enfermeras que no cumplen los requisitos exigidos para la ocupación de un puesto de enfermera especialista.

SIMAES SOLICITA FORMALMENTE EL CAMBIO DE LA FECHA DEL EXAMEN DE MATRONAS DE LA OPE DE CASTILLA-LA MANCHA, POR COINCIDIR CON EL CONGRESO NACIONAL DE CACERES.

Se interpone recurso para que se modifique el día 21 de Mayo por otra fecha, por el interés general y sanitario.

SIMAES ha presentado un recurso potestativo de reposición frente a la Resolución de 08/03/2022, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se publican las fechas, horas y lugares para la realización de la prueba selectiva de la fase de oposición del proceso selectivo para el ingreso, por el sistema general de acceso libre, discapacidad y promoción interna, en la categoría de Matrona del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Dicha Resolución convoca a las Matronas admitidas definitivamente para la realización del examen para Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), el próximo día 21 de Mayo de 2022, en el Campus Fábrica de Armas de la Universidad de Castilla-La Mancha, lo que coincide plenamente con la fecha fijada para el desarrollo del XX Congreso de la FAME, un congreso de carácter nacional y de interés sanitario que se desarrollará, en esta edición, en la ciudad de Cáceres los próximos días 19, 20 y 21 de Mayo, organizado bajo la responsabilidad de la Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX).

SIMAES ha tratado de demostrar al SESCAM que su decisión supone un ACTO GRAVOSO O DESFAVORABLE para las Matronas españolas, por cuanto a la OPE de Castilla-La Mancha acude habitualmente centenares de Matronas de toda España, como puede verse por el número de opositoras en anteriores convocatorias, mientras que la modificación de la fecha del examen no constituye ninguna dispensa económica añadida para esa Administración, ni ninguna exención no permitida por las leyes, más aún, constituye en sí mismo una apuesta por incentivar el principio de igualdad de acceso a la función pública y es del INTERES GENERAL, por su trascendencia en un colectivo tan reducido como el de las Matronas españolas. Es en suma un error de valoración que es y debe ser subsanado en evitación de agravios que nadie quiere y que sí puede producir graves perjuicios a las Matronas interesadas.

Basándose en el art. 109 LPA, que permite a la Administración revocar los actos de gravamen o desfavorables en tanto no sea contrario al principio de igualdad, al interés público o al ordenamiento jurídico, se le transmite al responsable de la decisión de establecer la fecha que la tomada en la Resolución recurrida no ha evaluado la trascendencia y puede poner en entredicho derechos y libertades fundamentales, por lo que solicita que resuelva nuevamente una modificación de la fecha de la prueba, de modo que no coincida con la celebración de la mayor reunión anual de Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas) de España que cumple este año su XX edición.



Nº 1702 LA RIOJA - RECURSO FECHA EXAMENES MATRONA 21 MARZO 2022

SIMAES SOLICITA TAMBIÉN LA MODIFICACIÓN DE LA FECHA DEL EXAMEN DE MATRONAS DE LA OPE DE LA RIOJA, POR COINCIDIR CON EL CONGRESO NACIONAL DE CACERES.

Se interpone recurso para que se modifique el día 21 de Mayo por otra fecha, por el interés general y sanitario.

GOBIERNO DE LA RIOJA
EMPLEO PÚBLICO
Personal Estatutario SERIS
Recursos Humanos
Selección y provisión

BOLETIN OFICIAL DE LA RIOJA
Lunes, 28 de febrero de 2022

B. Oposiciones y Concursos SERVICIO RIOJANO DE SALUD

Resolución de 25 de febrero de 2022, de la Dirección de Recursos Humanos de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud, por la que se hace pública la relación provisional de personas admitidas y excluidas a las pruebas selectivas de la categoría de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), turno libre y turno de promoción interna, correspondientes a las Ofertas de Empleo Público de los años 2019 y 2020 del Servicio Riojano de Salud.

Sesta. La celebración del examen tendrá lugar el día viernes (21) de mayo de 2022, a las 17:00 horas, en el I.E.S. La Laboral, situado en avenida de La Rioja, 6, de Lardero.

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

SIMAES SOLICITA TAMBIÉN LA MODIFICACIÓN DE LA FECHA DEL EXAMEN DE MATRONAS DE LA OPE DE LA RIOJA, POR COINCIDIR CON EL CONGRESO NACIONAL DE CACERES.

Se interpone recurso para que se modifique el día 21 de Mayo por otra fecha, por el interés general y sanitario.

SIMAES ha presentado un recurso potestativo de reposición frente a la Resolución de 25 de febrero de 2022, de la Dirección de Recursos Humanos de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud, por la que se hace pública la relación provisional de personas admitidas y excluidas a las pruebas selectivas de la categoría de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), turno libre y turno de promoción interna, correspondientes a las Ofertas de Empleo Público de los años 2019 y 2020 del Servicio Riojano de Salud.

Dicha Resolución convoca a las Matronas para la realización del examen para Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), el próximo día 21 de Mayo de 2022, a las 17:00 horas, en el I.E.S. La Laboral, situado en avenida de La Rioja, 6, de Lardero, lo que coincide plenamente con la fecha fijada para el desarrollo del XX Congreso de la FAME, un congreso de carácter nacional y de interés sanitario que se desarrollará, en esta edición, en la ciudad de Cáceres los próximos días 19, 20 y 21 de Mayo, organizado bajo la responsabilidad de la Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX).

SIMAES ha tratado de demostrar a la Presidente del Servicio Riojano de Salud que su decisión supone un ACTO GRAVOSO O DESFAVORABLE para las Matronas españolas, por cuanto a la OPE de La Rioja acuden habitualmente numerosas Matronas de toda España, mientras que la modificación de la fecha del examen no constituye ninguna dispensa económica añadida para esa Administración, ni ninguna exención no permitida por las leyes, más aún, constituye en sí mismo una apuesta por incentivar el principio de igualdad de acceso a la función pública y es del INTERES GENERAL, por su trascendencia en un colectivo tan reducido como el de las Matronas españolas. Es en suma un error de valoración que es y debe ser subsanado en evitación de agravios que nadie quiere y que sí puede producir graves perjuicios a las Matronas interesadas.

Basándose en el art. 109 LPA, que permite a la Administración revocar los actos de gravamen o desfavorables en tanto no sea contrario al principio de igualdad, al interés público o al ordenamiento jurídico, se le transmite al responsable de la decisión de establecer la fecha que la tomada en la Resolución recurrida no ha evaluado la trascendencia y puede poner en entredicho derechos y libertades fundamentales, por lo que solicita que resuelva nuevamente una modificación de la fecha de la prueba, de modo que no coincida con la celebración de la mayor reunión anual de Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas) de España que cumple este año su XX edición.



NOVEDADES SOBRE “LOS CONSEJOS DE TU MATRONA”

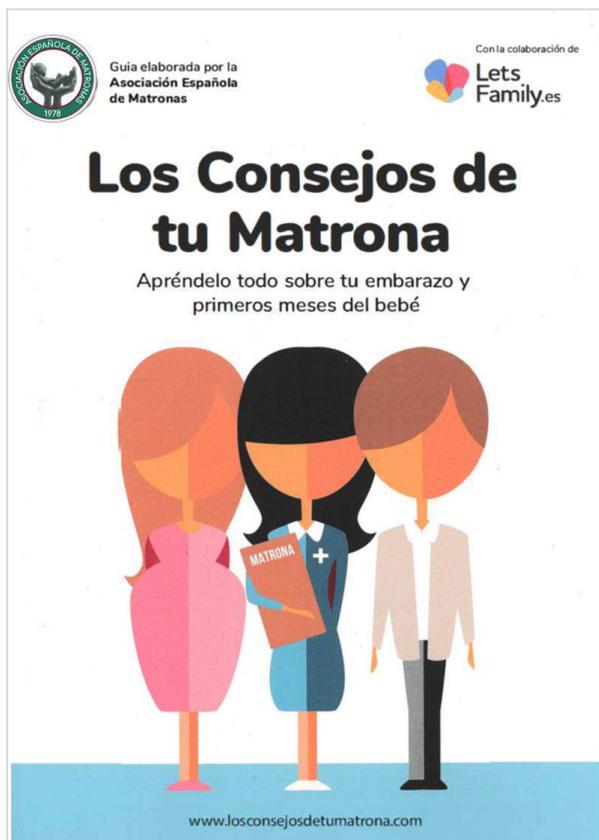
En nuestro numero 43- INFOENERO-2020, anunciábamos la imposibilidad de mantener la versión impresa de la mejor guía informativa para embarazadas, “Los Consejos de tu Matrona”. Posteriormente, también anunciábamos que se había conseguido la impresión de 50.000 unidades para 2021 y la forma de conseguirlos era a través de la Asociación Española de Matronas y por ello hasta el momento la distribución ha sido realizada por esta Asociación. Para este 2022, la nueva tirada impresa será distribuida a través de Lest Family con la que hemos establecido un convenio.

La Guía no llegará a todos los centros de salud de forma generalizada pero si, la recibirán de manera preferente, todas las matronas, que la han solicitado durante 2020 y 2021 a través de la AEM.

Resumen: La distribución de los Consejos de tu Matronas ya no la distribuye la AEM porque Lest Family se ocupara de su distribución. También se mantiene la versión on line PARA DESCARGAR en la web de la AEM

<https://aesmatronas.com/publicaciones/>

NUEVA VERSION ACTUALIZADA 2022



NOVEDADES SOBRE “LOS CONSEJOS DE TU MATRONA”



Guía elaborada por la
**Asociación Española
de Matronas**



Los Consejos de tu Matrona

Apréndelo todo sobre tu embarazo y
primeros meses del bebé



www.losconsejosdetumatrona.com

NOVEDADES SOBRE “LOS CONSEJOS DE TU MATRONA”



27 años junto a la Asociación Española de Matronas

¡Este año, además de las guías, te hacemos llegar
nuestro “Box Profesional” con muestras de
primeras marcas!



¿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?

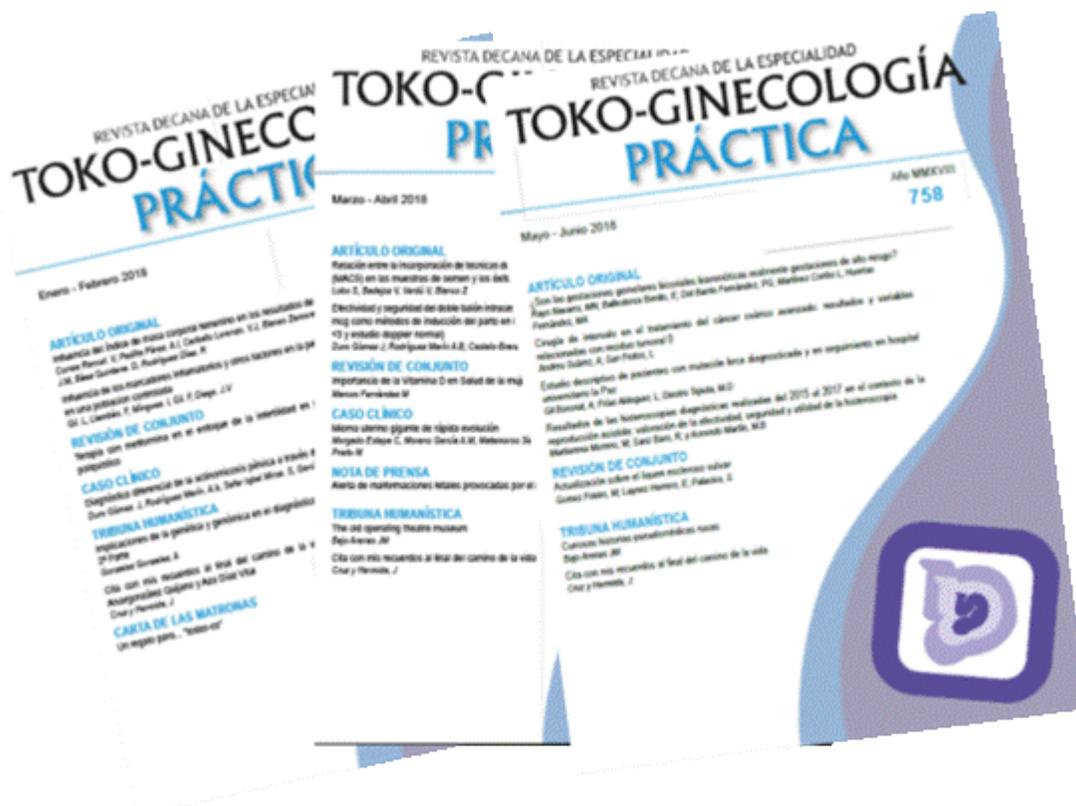
¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



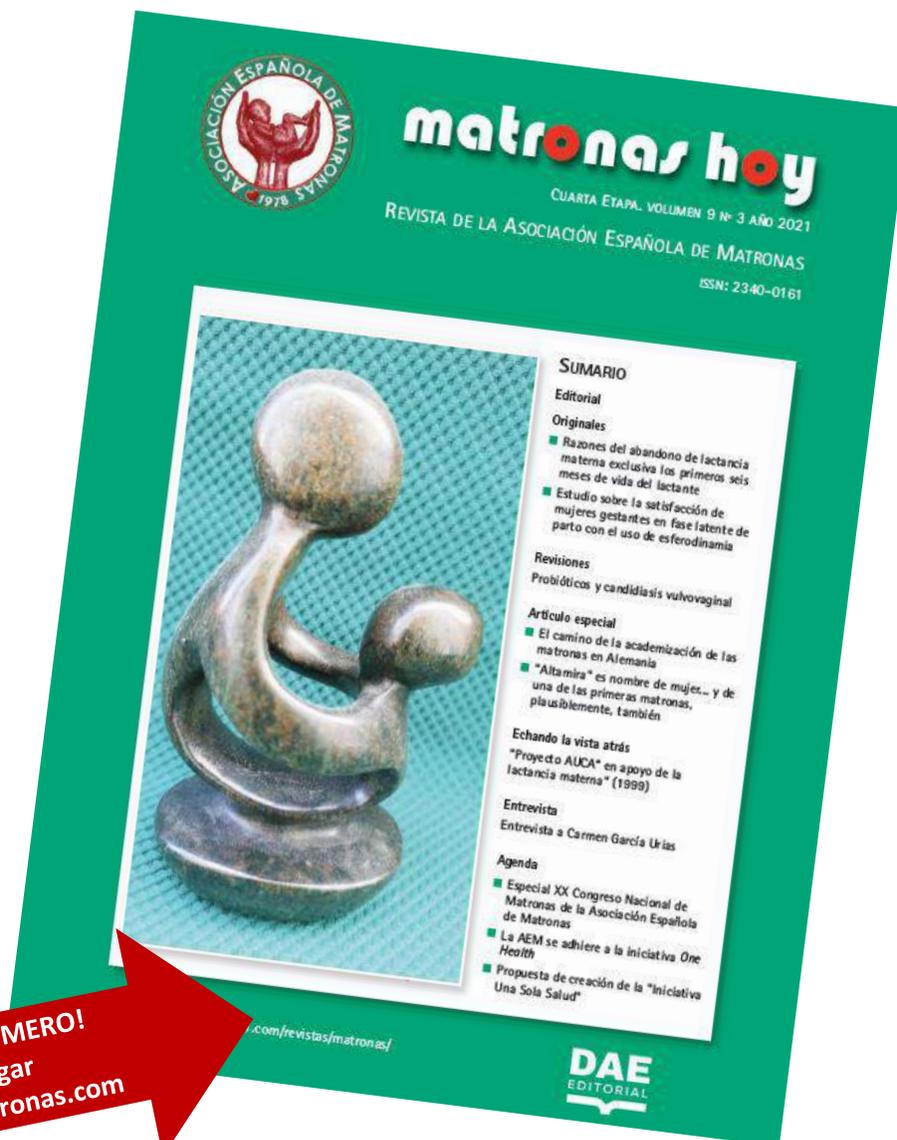
Desde enero de 2018 la Asociación Española de Matronas suscribió un acuerdo con los editores de la revista TOKOGINECOLOGIA PRÁCTICA por el cual todas las matronas españolas pueden suscribirse gratuitamente, a través de INFOMATRONAS y también la posibilidad de publicar artículos en la misma. Para recibir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

COMUNICADO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS Y LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA

Madrid, 1 de abril de 2022

La profesión de matrona es tan antigua como la propia civilización. Matrona, obstetrix, partera, comadrona, comadre de parir, madrina, llevadora o enfermera obstétrica-ginecológica son algunas de las denominaciones de quienes han desempeñado, en origen un oficio que se ha convertido en profesión al evolucionar a lo largo de los años, desde prácticas basadas en el conocimiento transmitido de manera cultural, hasta llegar al conocimiento científico.

Si bien es hoy una profesión consolidada, con un cuerpo de conocimientos y un campo competencial propio, seguimos observando cómo en el territorio español se produce un desarrollo heterogéneo de nuestras competencias, derivado de una atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desigual y deficitaria según las áreas geográficas.

Somos las matronas sin duda, el profesional referente para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, lideramos cada vez más el desarrollo del conocimiento y cuerpo científico que debe guiar su cuidado, como muestra el constante incremento de Matronas Doctoras, Investigadoras y Docentes que, a nivel nacional e internacional, aportan y sustentan nuestra propia capacidad de seguir creando un cuerpo de conocimientos propio.

Sin embargo, a pesar de todo lo anteriormente expuesto y nuestra constante lucha por poder desarrollar todas y cada una de nuestras competencias, no sólo para nuestro desarrollo profesional, sino como agentes relevantes en la mejora de la calidad asistencial en materia de salud sexual y reproductiva, vemos cómo en los últimos años se nos hace cada vez más difícil lograr nuestros objetivos.

Sin duda, estas limitaciones que nos encontramos vienen impuestas por la indiferencia e inoperancia de las administraciones sanitarias que, aún no se han percatado del valor intrínseco y primordial de la actividad de la matrona en la atención a la salud de la mujer, impidiendo dotar al sistema sanitario del número adecuado de matronas. Año tras año, la generalidad de las CC. AA, a través de sus servicios de salud, no ofertan la totalidad de las plazas acreditadas, sin prever la cobertura de las necesidades del momento y mucho menos, el relevo generacional porcentualmente muy alto que se está produciendo en estos años. Consecuentemente, a las matronas se nos podría relegar al trabajo en los paritorios como pasó en tiempos pasados por la grave escasez de matronas en España; a la vez que se limita el desarrollo de nuestras competencias, se obstaculiza la oferta de una atención equitativa en materia de Salud Sexual y Reproductiva a todas las mujeres en las diferentes áreas de salud del país, a la vez que se promueve, desde las propias Administraciones Sanitarias, el intrusismo y la "colonización" del Área de Atención Primaria, por otros profesionales no competentes para ello dificultando de esta manera, la oferta de una atención equitativa en materia de salud sexual y reproductiva a todas las mujeres en las diferentes áreas de salud del país y al mismo tiempo, el desarrollo total de la competencias de las matronas.

Por otro lado, el modelo de Unidad Docente Multiprofesional que se ha establecido en la mayoría de unidades docentes (UDD), merman nuestra capacidad de obtención de una formación adecuada y centrada en nuestras competencias, ya que se basan en un modelo formativo médico, que no atiende ni a la formación teórica que debemos adquirir ni a las necesidades que las matronas debemos cubrir, nos relegan a un segundo plano en la toma de decisiones, siempre bajo la orden médica y empobrece nuestra autonomía, aquella que tenemos por derecho. Salvo honrosas excepciones, el número total de créditos teóricos del programa formativo no se cumple en su totalidad con este modelo de UDD. Recordemos que es, la nuestra, la única especialidad que especifica la carga horaria total durante los dos años en 3.600 horas y de ellas 936 son teorías. Por añadidura debemos sumar la omisión flagrante de las instituciones responsables de la resolución de la prescripción autónoma para matronas desde hace más de una década.



Si miramos hacia el pasado, no es hasta 1953 cuando en nuestro país la formación de matronas se unifica junto con la de las enfermeras y los practicantes en una nueva titulación, la de ATS. Sin embargo, anteriormente la profesión de matrona era una titulación independiente y una profesión reconocida.

En 1957 el título de matrona se definió como una especialidad del de ATS, y posteriormente de DUE que sumaba un año (12 meses íntegros) de formación a estas titulaciones. Este modelo formativo, como el de todos los países pertenecientes a la Comunidad Económica Europea (CEE), hubo de ser adaptado, con la integración en la CEE (en 1986) a las disposiciones comunes en materia de formación de la titulación referida. Esto supuso para España la suspensión de la formación en 1987 por el incumplimiento de nuestro país al no realizar en el tiempo previsto los cambios firmados por todos los países miembros, por indolencia, irresponsabilidad y la inoperancia de los responsables políticos de la época. En otros países, en situaciones similares, se adaptaron los programas formativos a las Directiva 154/80 sin interrumpir la formación. En España se cerraron las Escuelas de Matronas y tuvimos que esperar a dar continuidad a la formación durante 8 largos años. Y es así como, en nuestro país se optó por la formación vía EIR tutelada por matronas que conocemos, cuya similitud con la formación MIR es únicamente, para ambos grupos de especialistas en ciencias de salud del sistema sanitario, la consideración como personal con relación laboral especial de residencia en formación, y por tanto, formación retribuida y con derechos laborales reconocidos.

La mayor parte de los países siguen un modelo de formación universitaria de acceso directo completa y propia, lo que propicia que las matronas tengan un mayor reconocimiento, identidad y capacidad de desarrollo profesional. En España hemos podido observar como otras disciplinas que en su día fueron especialidades de ATS, fisioterapia o podología, que optaron por una formación universitaria independiente (poco después de que el título de ATS pasase a ser Diplomatura en Enfermería), aun manteniendo la filosofía del cuidado, son a día de hoy, profesiones independientes, reconocidas, autónomas, con un campo competencial propio y con unos resultados excelentes. Sin embargo, hay que aclarar que este título universitario de aquel momento, correspondía a una carrera de un solo ciclo de 3 años porque no existía el grado y eso, era insuficiente para la formación de matronas y limitante para el desarrollo académico (doctorado), motivo por el cual no fue escogido por las matronas que desarrollaron el actual programa formativo y lideraban la profesión. Fue necesario un gran sacrificio, renunciar temporalmente a una titulación independiente a cambio de asegurar la mejor formación posible para las futuras matronas.

Es por todo ello, que la AEM y la FAME como representantes de las matronas en España, y únicas instituciones representativas ante los Ministerios de Educación y Sanidad, hemos decidido reiniciar el proceso ya arrancado por las mismas entidades en el año 2005 para la consecución de un grado Independiente de Matrona y que, por cuestiones logísticas hubo de ser abandonado en aquel momento por mayor bien de la profesión. Consideramos que ha llegado el momento oportuno para intentarlo de nuevo, aunque somos conscientes de que no será un objetivo sencillo ni rápido de lograr, a pesar de lo cual, conjuntamente las dos asociaciones, estamos dispuestas a dedicarle todo el esfuerzo posible. Este proceso requiere además de la unión y la participación de todo el colectivo algunas condiciones académicas sin las cuales será imposible de lograrlo.

Es el momento de las matronas y todas-os demos un paso adelante, con este movimiento se decide el futuro de nuestra profesión, la más antigua del mundo.

Juntas Directivas AEM y FAME, en Madrid a 1 de abril de 2022.



LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS CREA UNA NUEVA COMISIÓN

Como es sabido, las competencias de las entidades representativas de las matronas están repartidas entre colegios, sindicatos y asociaciones. Este reparto establece que los temas laborales y retributivos son competencia de los sindicatos; las que se relacionan con temas profesionales, intrusismo, tarifas mínimas...de los colegios. Obviamente, las asociaciones quedan fuera de la negociación en esos temas. Sin embargo, no quedan fuera de denunciar y defender cualquiera de los intereses de las matronas, aparte de los temas académicos.

Por supuesto, la defensa de las matronas desde una asociación es una "misión" que exige, básicamente, estar en alerta continua de los problemas, que no cesan, y reclamar, reclamar y reclamar ante los responsables del asunto que se trate, argumentado y documentando. La estrategia consiste en sensibilizar, persistir y saturar a los que pueden resolverlo. Esa estrategia ha funcionado en numerosos problemas surgidos durante más de 40 años de existencia de la Asociación Española de Matronas. Entre otros, el cierre de las antiguas escuelas de matronas (1986); el afianzamiento de la figura de la matrona en AP (que 1982 estuvo en el aire); 1988 poner "contra las cuerdas" a las poderosísimas compañías de seguros de salud y consiguiendo un incremento de las tarifas por asistencia al parto de un 300 %; 2007, proponer al Ministerio de Sanidad el documento de Estrategia de Atención al Parto Normal, desde 2005 a partir de la firma de la Carta de Madrid durante el I- Seminario Internacional sobre el parto de bajo riesgo; y una lista interminable de acciones por la salud de las mujeres y los problemas del colectivo.

En este momento, los conflictos en la Comunidad de Madrid no acaban nunca y el último, ha supuesto un varapalo importante en la nomina de las matronas de AP.

Es intolerable que el reciente **Plan de Mejora Integral de la Atención Primaria 2022-2023** beneficie a todos y claramente perjudique a las matronas.

Para centrar más acciones sobre este problema y aprovechar la motivación de parte de las matronas afectadas se acordó la creación de la COMISIÓN II de la Asociación Española de Matronas y canalizar las acciones con el respaldo de la misma.

Esta Comisión, trabajara con la AEM en una agenda de los problemas actuales del colectivo, abordándolos uno a uno y luchado por ellos.

El pasado día 24 de marzo, la Comisión Permanente de la AEM se reunió por videoconferencia con en único punto del Orden del Día que fue la Creación de la mencionada Comisión II, quedando aprobada a las 19 horas.

Composición de la Comisión II:

D^a. Amparo Lujano Arenas. Presidente

Enfermera Especialista Obstétrica-Ginecológica. Matrona en Atención Primaria y Especializada SERMÁS-SAS- Doctoranda en el programa de ciencias de la salud en la Universidad de Alcalá de Henares.

Máster en Investigación en Atención primaria (Universidad Miguel Hernández).

Experto Universitaria en Promoción de la Salud (UNED)

Experta Universitaria en Gestión de Recursos Humanos (UNED).

Experta Universitaria en Educación para la Salud (UNED).

Certificado de Aptitud Pedagógica (CAP).

Profesora titular en Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja, Universidad Autónoma de Madrid (2016-2017).

Autora de diversas publicaciones científicas y ponente en distintos congresos nacionales e internacionales.

Colaboradora en proyectos de investigación.

Colaboradora como docente en FUDEN.

Tutora de alumnos de enfermería y de enfermeros internos residentes en obstetricia y ginecología.

Responsable de enfermería en Centro de Salud de Atención primaria.

Autora de diversas publicaciones científicas y ponente en distintos congresos nacionales e internacionales

D. Plácido Del Águila Ardila. Secretario

Enfermero Especialista Obstétrico- Ginecológica. Matron Atención Primaria y Especializada SERMAS-Canarias.
Experto Universitario en Sexualidad Humana y Educación Sexual.
Master en Promoción de la Salud Sexual.

D^a. Ana Isabel Anocibar Marcano. Vocal

Enfermera especialista Obstétrico-Ginecológica. Matrona Atención Primaria y Especializada SERMAS-SAS.
Máster en habilidades de comunicación en ciencias socio-sanitarias.
Máster en organización, gestión y administración socio-sanitaria.
Preparación al Parto en Medio Acuático (Método AIPAP).
Supervisora área de paritorio.
Colaboradora/ Tutora en la UD.
Colaboradora Plan de Formación Continuada Unidad Gestion de Obstetricia y Ginecología H.U.Virgen del Rocío (Sevilla).
Docente en cursos y seminarios del programa formativo de la Especialidad Obstétrico-Ginecológica (MATRONA).
H.U.Virgen del Rocío (Sevilla).
Comunicaciones, pósteres y publicaciones relacionados con la Especialidad.

D^a. Irene Barba Mercado. Vocal

Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica. Matrona Atención Especializada SERMAS-Comunidad Valenciana-Londres(Barkantine birth center).
Enfermería Especialista en Pediatría.
Máster en estilos de gestión y dirección sanitaria.
Máster en lactancia materna para matronas.
Experto universitario en examen de salud del recién nacido para matronas.
Experto Fuden en investigación para enfermería

D^a. Lidia Casado de Osma. Vocal

Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica y ginecología. Matrona SERMAS-Ávila.
Experto Universitario en Urgencias ginecológicas, obstétricas y neonatales.
Docente y colaboradora en proyectos de investigación

D^a. Violaine Marie Depas Collinet. Vocal

Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica 1999. Matrona Atención Especializada/Atención Primaria: HUF-SERMAS-SACYL-SAS-USP Marbella-Bruselas. Matrona a domicilio.
Experto Universitario en Urgencias Ginecológicas, Obstétricas y Neonatales para matronas. (UCAV)
Experto universitario en fundamentos clínicos, legales y metodológicos para la práctica enfermera obstétrico-ginecológica. (UCAV)
Proyecto Enganchados: hermanamiento Hospital CHAD ayudando in situ.
Responsable zona/ Equipos de primera intervención, Plan de catástrofes.
RCP neonatal. Básica y avanzada (SEN).
Consejera en lactancia materna.
Docencia y formación en matronación y niños.
Ponente, docente, autora, investigadora colaboradora, pósteres, tutorización práctica residentes matronas, formación continuada en relación con la especialidad (SERMAS-SAS).

D^a. Elena Fernández García. Vocal

Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica.2016. Matrona Atención Primaria y Especializada SERMAS - Preston(UK)-Manchester(UK).
Máster en urgencias y emergencias.
Postgrado en Educación.
Experto en investigación.



ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA VACUNAS CON LA COLABORACIÓN DE:



CURSO ON-LINE DE VACUNACIONES EN NIÑOS/AS Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL

PREINSCRIPCIÓN PARA LA 2ª CONVOCATORIA 2022

PRÓXIMAMENTE



MÓDULO 2: VACUNACIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y NIÑOS/AS.

Fecha de inicio: 9 de mayo de 2022

Fecha de finalización: 15 de julio de 2022

1. Calendario de vacunaciones (Sistemático y AEP) en niños/as y mujeres en edad fértil.
2. Recomendaciones vacunales en la consulta preconcepcional, en mujer gestante y mujer lactante.
3. Calendario vacunal mediante pautas aceleradas del niño y mujer en edad fértil no vacunados o que se ha demorado en la pauta.
4. Vacunación del niño y mujer en edad fértil con factores de riesgo.
5. Vacunaciones en sanitarias en edad fértil.
6. Vacunación frente a COVID-19 en mujeres gestantes y niños.

MÓDULO 3: LAS ENFERMERAS Y MATRONAS EN LA VACUNACIÓN.

Fecha de inicio: 18 de julio de 2022

Fecha de finalización: 30 de septiembre de 2022

1. Cuidados de enfermería asociados al proceso de vacunación.
2. El acto vacunal.
3. Requisitos para una eficiente gestión de las vacunas. La cadena del frío.
4. Seguridad vacunal. Contraindicaciones permanentes, temporales y falsas contraindicaciones de las distintas vacunas.
5. Procesos para evitar errores programáticos en el acto de vacunación.
6. Reacciones locales a las vacunas. Reacciones generales inmediatas (anafilaxia, síncope, lipotimia). Tratamiento.

<https://amazingbooks.es/curso-online-vacunacion-infantil-y-mujer-edad-fertil/>

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

III Congreso Nacional de Enfermería y Vacunas

Enfermera activa, liderando la vacunación

Centro Carlos Santamaría. Donostia-San Sebastián
25, 26 y 27 de Mayo de 2022

[Texto]

[Texto]

[Texto]

[Texto]

Erizain PLAZA

ANTI-DiAB

ANENVAC
ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y VACUNAS

www.enfermeriayvacunas.es
<https://twitter.com/enfermeriayvacu>

Universidad de País Vasco Facultad de Medicina y Enfermería, Sección Donostia

Colegio de Enfermería de Gipuzkoa

MERECE LA PENA. MUSEO VIRTUAL DE LA ECOLOGIA HUMANA



ILUSTRACIÓN DE ARTURO ASENSIO SEGÚN VERSIÓN DE ENRIQUE BAQUEDANO. MUSEO VIRTUAL DE LA ECOLOGIA HUMANA

En 2017 se inauguró el Museo virtual de la Ecología Humana, extensión con personalidad propia de la Asociación para el Estudio de la Ecología Humana, vinculado a la Universidad Autónoma de Madrid, con patrocinio de la Comisión Nacional Española de la UNESCO que desarrolla su exposición virtual con las obras de varios museos nacionales y otras imágenes.

La ecología Humana estudia la vida y la actividad humana en los ecosistemas que ocupa nuestra especie en el presente y en los que ha ocupado en el pasado. Se centra en la interacción bio-cultural de las poblaciones humanas en su entorno, explica por qué la cultura es el principal factor ambiental capaz de modificar los medios físico y biológico de los ecosistemas, de modular la expresión de los procesos biológicos de nuestra especie y de las especies con las que convive, y de condicionar sus tendencias de futuro.

Este museo pues, se convierte en una excelente herramienta virtual que, desde la ecología humana, intenta legar a las generaciones futuras un mundo habitable, justo e igualitario, a la vez que divulga estos conocimientos mediante el Patrimonio natural y cultural, combinando las manifestaciones artísticas y los bienes culturales materiales e inmateriales con las nuevas tecnologías.

Este museo tiene diferentes espacios expositivos:

- **Mujeres y sostenibilidad**

(Salas :agua, biodiversidad, pobreza y salud)

- **Ciclo vital: Biología y cultura**

(Salas: ¿qué nos hace humanos?, Las edades de la vida, El ciclo vital humano en los albores del Antropoceno, todas con sus respectivas galerías)

Por otra parte dispone de exposiciones temporales que este año se inician con la Galería titulada **“CULTURAS DEL PARTO EN ESPAÑA Y EUROPA (SIGLOS XV A XVIII)”**

Una historia cultural del parto.



La Visitación de Giulio Romano y Giovanni Francesco Penni

Museo del Prado Madrid

“Estudiar el parto humano es afrontar la siempre intrincada relación o, mejor dicho, compenetración y fusión de cuerpo y cultura, de lo material y lo simbólico.

Nada hay más patente que un embarazo, para desgracia de las solteras de antaño que no consiguen esconderlo y se expusieron al ostracismo de sus mezquinas parroquias; nada más palpable que un recién nacido que a voz viva clama por sus derechos, amén de leche y calos humano. El nacimiento humano exige destreza, conocimiento y habilidades pragmáticas. En él entran en juego plantas, pociones, instrumentos y, desde tiempos inmemoriales, las manos delgadas y de largos dedos de otra mujer que asiste y ayuda: la comadrona, mujer experimentada y que sabrá abrirle paso al mundo a la criatura y recogerla en él. Las parteras no eran (o no tenían fama de ser) mujeres delicadas y melindrosas, al contrario: se las quería fuertes, diestras, dispuestas a guardar la calma también en escenarios de sangre, intervenciones quirúrgicas, abortos y niños nacidos muertos“...

Esta es parte de la introducción a la presentación de esta magnífica exposición que señala cinco galerías del nacimiento del Siglo de Oro:

Primero: en los tiempos que nos ocupan, la nueva vida se siente brotar en todas partes...

Segundo: los niños nacieron entre ataúdes y mortajas...

Tercero: las mujeres se reservan para sí los secretos del parto...

Cuarto: es la matrona, la comadre en el lenguaje común de aquel tiempo, quien mejor conoce el cuerpo y los ciclos del cuerpo en la edad fértil...

Quinto: el parto no es asunto biológico adornado de algunos elementos religiosos...

Os recomendamos vivamente que navegéis por este museo virtual en el que se conjuga arte y ciencia por lo que no tiene parangón.

Además de la exposiciones temporales, ponen a disposición **“PIEZAS DEL MES”**, para este mes de Marzo han elegido el titulado:

LA PROPORCION DEL SEXOS AL NACER A LO LARGO DE LOS SIGLOS XX Y XXI, Y LAS “MUJERES DESAPARECIDAS”, del que os ofrecemos un resumen:

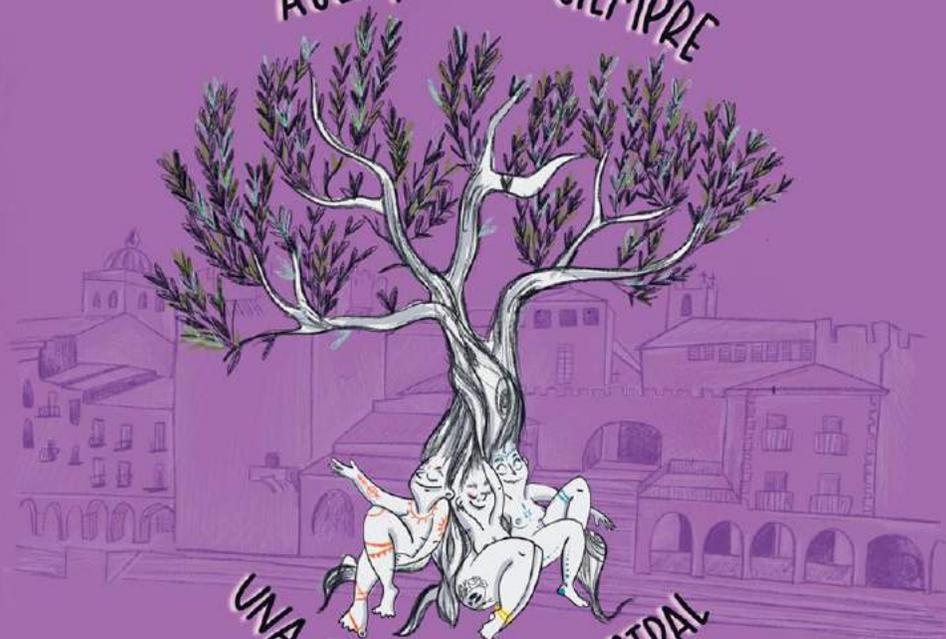
- La proporción de sexos al nacer no es igual: en todos los países, los nacimientos tienen un sesgo masculino. Hay razones biológicas por las que cada año nacen unos pocos más niños que niñas. La proporción “natural” de sexos al nacer es de alrededor de 105 niños por cada 100 niñas (que oscila entre 103 y 107 niños)
- En algunos países, la proporción de sexos al nacer es mucho más sesgada de lo que ocurriría naturalmente. Hoy y en el pasado reciente, esto es particularmente común en Asia y el norte de África. Aquí hay una clara evidencia de selección de género a través de la determinación prenatal del sexo y el aborto selectivo.
- En los países donde existe una clara preferencia por los hijos varones, la proporción de sexos al nacer se sesga cada vez más con el orden de nacimiento (es más probable que el tercer o cuarto hijo nacido sea un niño que el primero o el segundo hijo).
- En casi todos los países, los niños tienen más probabilidades de morir en la infancia que las niñas. Hay razones biológicas para esto: los niños son más susceptibles a complicaciones de parto y enfermedades infecciosas.
- En países donde existe una fuerte preferencia por los hijos varones, las tasas de mortalidad de las niñas son más altas de lo esperado: esto puede ocurrir ya sea por infanticidio directo, pero también por negligencia y trato desigual.
- La proporción de sexos tiende a disminuir a lo largo del curso de la vida (de convertirse en un sesgo masculino a un sesgo femenino). Esto se debe a que las mujeres tienden a vivir más que los hombres.
- Se estima que hoy en día hay más de 130 millones de “mujeres desaparecidas” en el mundo como resultado del aborto selectivo y el exceso de muertes femeninas
- La prohibición de la exploración de la determinación del sexo y el aborto selectivo por género puede haber limitado el aumento de la proporción de sexos al nacer en algunos países, pero no solucionó el problema por completo.
- El desarrollo puede tener impactos opuestos en la proporción de sexos: hay evidencia de que la preferencia por los hijos varones disminuya con la educación, pero esto a menudo va de la mano de la disminución de las tasas de fertilidad y un mayor acceso a tecnologías selectivas (que pueden aumentar la proporción de sexos).



APMEX
ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS

MATRONA

AYER, HOY Y SIEMPRE



UNA PROFESIÓN ANCESTRAL

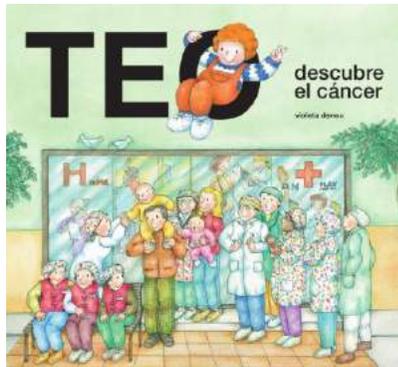
CÁCERES 19, 20, 21 DE MAYO 2022

II Congreso-APMEX-
- XXFAME -



<https://congresomatronasextremadura.com/>

info@congresomatronasextremadura.com



‘TEO DESCUBRE EL CÁNCER’, CÓMO EXPLICAR EL CÁNCER A UN NIÑO A TRAVÉS DE UN CUENTO

El 15 de febrero fue el Día Internacional del Niño con Cáncer, una patología que en nuestro país tiene una incidencia de 15 nuevos casos al año por cada 100.000 niños menores de 14 años, y cuyo índice de supervivencia, se sitúa en el 81% a los cinco años¹.

Cuando esta situación se da en una familia, un gran reto al que se enfrentan los padres es cómo explicar al niño que lo padece, y a sus hermanos, qué es el cáncer y cuáles son las etapas por las que van a pasar.

En este contexto, Bayer ha participado en la publicación del cuento infantil ‘Teo descubre el cáncer’, una iniciativa desarrollada en colaboración con las asociaciones de familiares AFANOC (Asoc. de Familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Cataluña), PYFANO (Asoc. de Padres, familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Castilla y León) y que ha contado con la participación de expertos de centros de referencia como el Hospital Universitario Vall d’Hebron, Sant Joan de Déu en Barcelona (grupo KIDS Barcelona), y la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP). ‘Teo descubre el cáncer’ es un cuento infantil ilustrado por Violeta Denou que recorre las diferentes etapas que vive un paciente infantil con cáncer desde el momento del diagnóstico.

Con esta iniciativa, en la que ha colaborado también el Grupo Planeta, Bayer pretende apoyar a las familias que conviven con un cáncer infantil a través de un material que puede ayudar a los padres a explicar la enfermedad, su evolución y sus consecuencias a los más pequeños. Para Irene Costa de la asociación AFANOC “la comprensión e involucración de todos los miembros de la familia en la enfermedad que sufre uno de sus miembros es clave para asegurar un apoyo incondicional y consciente. Participar en un libro como “TEO descubre el cáncer” es un ejemplo del trabajo que llevamos a cabo en la asociación, para hablar de la realidad del cáncer de una forma natural, sin tabúes, sin palabras prohibidas, y dejando aflorar emociones y sensaciones que es

importante que salgan a la luz”. “Yo creo que el cuento va a tener una buena acogida porque habla de una realidad que viven algunos niños, a través de un personaje como TEO. Será de ayuda para la familias que están atravesando esta situación, pero también para aquellas que no lo están viviendo directamente, pero quieren hablar con sus hijos acerca del cáncer” añade Irene.

Por su parte Cinthya Castilla, de la asociación Pyfano comenta “participar en un proyecto como “TEO descubre el cáncer” ha sido un regalo para Pyfano y para mí en particular. Poder acercar nuestra realidad, nuestras experiencias y vivencias, a este proyecto y sus personajes, ha sido fantástico”.

Raquel Hladun del Hospital Vall d’Hebrón, señala que “el cáncer infantil sigue siendo una enfermedad rara, pero gracias a la investigación se han conseguido unas tasas de supervivencia que son realmente favorables. Actualmente hablamos de que la supervivencia a los 5 años se sitúa alrededor del 80-85%, una tasa muy elevada en comparación con los cánceres de adultos. Pero todavía tenemos que seguir investigando para conseguir unas tasas de curación aún más altas”. Hladun destaca que “disponer de materiales que traten con tanto cariño y ternura el tema, con los que podamos explicar a los niños afectados cómo va a ser su vida diaria a partir de ahora, es algo necesario”. “La información que ofrecemos a nuestros pacientes, tanto del proceso de diagnóstico, como del tratamiento del cáncer infantil, debe ser formulada con un lenguaje fácil, asequible, y que no genere incertidumbres adicionales” afirma Begonya Nafria, coordinadora del grupo KIDS Barcelona. “En este sentido “TEO descubre



el cáncer“ es un excelente recurso para los niños más pequeños, no solo para que comprendan la enfermedad de la que han sido diagnosticados, sino que también puedan familiarizarse con el tratamiento que deberán seguir“.

El cuento “Teo descubre el cáncer” se puede descargar en la página web www.medicinadeprecision.es

En 1977 se publicaron los primeros títulos de TEO, e inmediatamente cautivaron el interés de los más pequeños por ser los primeros álbumes ilustrados de gran formato, con escenarios a doble página que permiten a los más pequeños realizar un paseo por la lectura de la imagen. Desde entonces, TEO no ha dejado de acompañar a los más pequeños desde sus primeros años compartiendo con ellos sus vivencias más cercanas.

Hoy, 44 años después, traducido a más de 17 idiomas y con varios premios en su haber por su labor didáctica, TEO forma parte del patrimonio emocional de una generación de jóvenes adultos que han crecido el personaje. Estos jóvenes, que hoy son padres y madres, quieren que sus hij@s se eduquen también en el universo de TEO, un universo hecho a base de inocencia, curiosidad, afecto y, sobre todo, valores positivos.

Fuente : Bayer



Con motivo del Día Mundial de la Mujer y la Niña en la Ciencia, un hito mundial creado por las Naciones Unidas en 2016, que busca lograr el acceso y la participación plena y equitativa en la ciencia para las mujeres y las niñas, Pfizer lanzó este cuento para niñas.

El interés de la compañía es la celebración de ese día importante para todas mujeres promoviendo la diversidad y las vocaciones científicas entre las mujeres y las niñas. En este sentido, para los más pequeños, una de las preguntas más importantes es: ¿Qué quieres ser de mayor? Con el objetivo de mostrar el amplio rango de oportunidades que ofrece las disciplinas STEAM (Science, Technology, Engineering, Arts y Mathematics, por sus siglas en inglés) también para las niñas más pequeñas, desde Pfizer España han lanzado el cuento titulado “La Decisión de Estrella”.

Estrella es una niña que aún no sabe que quiere ser de mayor y, en un viaje con su familia a Salamanca, descubre la historia de grandes mujeres de la ciencia que han dejado su huella en el mundo y que le inspiran a elegir la ciencia para su futuro.

Este proyecto nace del compromiso de Pfizer por la igualdad de oportunidades y acceso a las profesiones científicas, así como del impulso de la ciencia y su divulgación, también entre los más pequeños.

Puedes disfrutar “La Decisión de Estrella” de manera gratuita aquí:
https://issuu.com/editorialweeble/docs/la_decision_de_estrella

B



BIOGRAFÍAS DE MATRONAS CÉLEBRES

BRETON (MARIE-MAGDELAINE FOURNIER, madame). Maestra de matronas en París, célebre por su gran comercio de biberones y tetinas que en virtud de una patente y un privilegio especial fabricó y vendió durante largo tiempo con exclusión de toda competencia. Los biberones de madame Bretón difieren de los conocidos, anteriores a los suyos, sólo por el estrechamiento capilar del que están provistos; disposición que permite al aire introducirse en el frasco a medida que se agota por la succión del niño.

Las tetinas o pezones artificiales se componen de un pabellón en boj o en marfil guarnecido con una tetina de vaca preparada. Los aparatos de madame Bretón, propuestos para la alimentación artificial, a parte de algunos inconvenientes, están bien confeccionados y pueden ser de gran ayuda en muchos casos.

Contrariamente a la opinión vulgar, la idea de las tetinas fabricadas con la tetina de vaca no pertenece a madame Bretón; es un hurto hecho a varios autores de los que supo sacar su provecho. Desde hace más de un siglo la tetina de vaca ha sido recomendada por los médicos de todo el país; y ha servido ya sea en estado natural, ya sea preparada por procedimientos no descritos, o sea agamuzada o apergaminada. Madame Bretón que no ha hecho más que imitar los procedimientos de Millot, de Moret de Colmar, de Desgranges de Lyon, y de Fréteau de Nantes, tuvo también sus imitadores, y ha mantenido contra ellos varios pleitos para defender su privilegio; MM. el conde de Perrochelle y Paque han sido atacados por esta dama, por haber preparado tetinas con tetas de vaca. Todas las búsquedas y todos los esfuerzos de un gran número de filántropos y de especuladores no han podido hacer desaparecer los inconvenientes de las tetinas de vaca, y cualquiera que sea el modo de preparación que se les haga sufrir, contraen siempre un olor pútrido que rechazan los niños.

Es muy importante encontrar una sustancia más conveniente que la tetina de vaca para la fabricación de estos instrumentos; y M. Darbo la ha suplido empleando el corcho que tiene una

consistencia más conveniente, que es de más larga duración, sin olor, menos caro y de un uso más fácil: en todos los casos los niños lo toman y se acomodan mejor. Los biberones de madame Bretón y los de Paque dejaban mucho que desear. M. Darbo ha sabido todavía obviar todos los inconvenientes que presentaban estos instrumentos. En todos los aspectos, por último, los biberones y los pezones de este artefacto merecen la preferencia sobre los mismos objetos fabricados antes de él.

Antes de las ingeniosas combinaciones de M. Darbo, madame Bretón había sido la única poseedora del privilegio de vender tetinas; obligado era aceptar los precios que ella había establecido, con frecuencia por encima de los medios de muchas personas: y por esto mismo ¿cuántos padres se han visto impedidos de conservar a sus niños? Nosotros preguntaremos ahora si el fisco ¿tenía el derecho de vender eso que era de dominio público y de privar a la sociedad entera de uno de esos medios de conservación, impidiendo la competencia? ¿No es un atentado contra la humanidad haber detenido y condenado las propuestas benéficas del conde de Perrochelle y haber paralizado los proyectos de algunos otros filántropos que proponían poner la lactancia artificial en rebaja, reducir los precios de las tetinas a 10 céntimos en lugar de 5 francos que es lo que hacía pagar madame Bretón?

Esperemos por último que todo esto que es del dominio de la salud y de la conservación de los individuos acabará pronto de ser objeto de privilegios inhumanos, y que un gobierno más brillante favorecerá útilmente a los autores de mejoras y descubrimientos importantes en lugar de proporcionarles elementos de ruina y convertirlos en sujetos de escándalo. Madame Bretón merecía bien que se la animara por haber preconizado y haber sacado del olvido un procedimiento que todos los países, excepto Francia, habían adoptado; ¿pero debían sacrificarse a la fortuna privada de esta dama los intereses más queridos de la sociedad? ¿El público, hoy, a qué fabricante de biberones y de pezoneras va a dar preferencia? Ayer era el turno de M. Bretón, porque ella ha publicado

B-C



que las tetinas de su invención son preferibles a tales otras preparadas con la casca o la cal, sustancias peligrosas; o bien a las fabricadas con corcho, cuyo inconveniente es el de endurecer las encías, e impedir la dentición.

La contrapartida, a su vuelta dirá mañana, que los instrumentos de Madame son perniciosos, y que ocasionan el muget en los niños. De estos debates que provocan la más repugnante codicia y de estas miserables maniobras, es preciso extraer esa conclusión enojosa, que los privilegios fiscales son demasiado a menudo fuente de debates interminables.

CAILLET (VICTOIRE-ADELAIDE) nacida en París en 1805, alumna de la Maternidad, del centro del departamento de la Seine, recibida maestra matrona en 1826. En la distribución de premios de ese mismo año, el jurado medico, por unanimidad concedió a mademoiselle Caillet el primer premio consistente en una medalla de oro. Si la celebridad era siempre la consecuencia del mérito, sería justamente adquirida por mademoiselle Caillet. Pero tal condición que asigna la fortuna es generalmente un obstáculo para el ascenso. Independientemente de una sólida educación probada en su caso, mademoiselle Caillet conocía además las lenguas inglesa e italiana tan bien como la suya propia: Como maestra en su arte ha utilizado el estudio muchas veces para sacar el sentido e incluso las traducciones de envergadura de obras inglesas o italianas. **Mademoiselle Caillet** hoy señora, ejerce en Chantilly su profesión que por ella se ha vuelto de toda humanidad.

CHARRIER (MAGDELAINE-EDMÉE- CLE-TINE-HU-CHERARD,

madame) nacida en París en 1797, maestra matrona, alumna de la Maternidad de París y particularmente de **Madame Lachapelle**. Madame Charrier fue llamada a la profesión de matrona por una circunstancia de la que es bueno hablar en este trabajo. Desde el año de 1812, el consejo general de hospicios en su previsión tutelar se preocupaba de la idea de Madame Lachapelle, matrona en jefe de la Maternidad que ya contaba con muchos años de servicio, debía haber escogido una alumna que

ella instruyera y fuera capaz de satisfacer las perspectivas de la administración y digna de reemplazarla, cuando un día la edad, las discapacidades o la necesidad de una vida menos laboriosa la forzaran a renunciar a sus funciones. M de Labonnardière, miembro del consejo de hospicios y encargada de la vigilancia directa de la Maternidad, creyó deber hablarlo con la Señora Lachapelle quien acogió con la gracia que le era acostumbrada, la propuesta de la administración, incluso declaró que soñaba desde hacía largo tiempo con elegir a una heredera, pero que esta elección le parecía bastante difícil; que deseaba que la alumna que le fuera confiada fuera joven con el fin de poder formarla a su imagen, y sobre todo, que ella pudiera unir a la inteligencia propia para el estudio en profundidad del arte de los partos, una educación conveniente para mantener la dignidad del empleo que un día podría serle confiado. Madame Lachapelle designó como capaz de realizar sus esperanzas y las de la administración a mademoiselle Hucherard, hija del agente de supervisión de la casa. La administración del hospicio hizo conocer esta elección a la familia de esta señorita que acepta esta honorable proposición. **Mademoiselle Hucherard** comienza pues el estudio de los partos bajo la dirección inmediata de madame Lachapelle que no solo fue desde entonces su maestra y su guía, sino que tuvo sentimientos de madre para con su alumna, la cual a cambio se la une con los lazos del más profundo respeto y la más tierna amistad.

En 1813, **mademoiselle Hucherard** fue nombrada alumna de la escuela de partos por el consejo general de hospicios; en 1815, en la distribución de premios, ella recibió el primer premio de la escuela, consistente en una medalla de oro. Por una orden del consejo de hospitales des mismo año ella fue nombrada alumna principal de la escuela de partos, título que no se concede más que a la experiencia y al saber probados. Desde entonces mademoiselle Hucherard fue llamada no solo a reemplazar en sus funciones a la matrona en jefe, si era preciso, sino como encargada de una parte de la enseñanza, de la repetición de las lecciones teóricas y prácticas del profesor Dubois y de Señora Lachapelle, y de la dirección de los cuidados clínicos.

B-C



Es así que tras 10 años de experiencia y servicios a la Maternidad mademoiselle **Hucherard**, cuando se planteó la cuestión de reemplazar a la señora **Lachapelle**, resultó privada de un tipo de patrimonio que le había legado su maestra y del que ella debía tomar posesión, cuando el establecimiento enviudara de su ilustre directora. Desde el 4 de octubre hasta el 27 de mayo de 1822 mademoiselle **Hucherard** hizo la interinidad de matrona en jefe y permaneció sola encargada de todo el hospicio. Como directora y profesora de la maternidad, mademoiselle **Hucherard** no estuvo jamás por debajo de su empleo; su celo ilustrado, su actividad, con gran satisfacción de la administración, habían colmado el vacío dejado por la muerte de Madame **Lachapelle**. Sin embargo, esta previsión tutelar de la administración de los hospicios no giró en absoluto en provecho de mademoiselle Hucherard. Su edad no estaba en relación con las funciones de matrona jefe, fue la única razón que impidió que consiguiera la elección. Si la señora Charrier no sucedió a la señora **Lachapelle** en las altas funciones de matrona en jefe de la Maternidad, ella ha merecido al menos reemplazarla en el mundo donde por éxitos honra a su profesión mientras que ella sabe hacerla respetar.

CHARONNE (la dama) en los siglos XVI y XVII las mujeres bien nacidas no dudarían en absoluto en abrazar la profesión de matrona. La dama Charonne era hija de Ambrosio Paré, primer cirujano de su siglo, todavía más por sus conocimientos que por sus dignidades, aunque sucesivamente él había sido cirujano de Enrique II, Francisco II, Carlos IX y de Enrique III y hasta el amigo de este último que lo preservó de las masacres del día de San Bartolomé(*) encerrándole en su cuarto, diciendo que no era razonable que tal hombre que podía servir a este pequeño mundo fuera masacrado así.

La hija de tal padre no podía por menos que honrar su profesión y poseer todos los conocimientos que constituían en aquella época el arte de los partos. Guillemeau cita con frecuencia a la dama Charonne, alaba su habilidad y le atribuye las más nobles cualidades del alma.

Este cirujano famoso, es justo apreciador de su saber, habla de una manera muy particular de la dame Charonne y de los talentos que ella desplegó con ocasión de un parto laborioso .

¡Cuántos tesoros se han perdido, no para la historia, sino para la gloria de la profesión de matrona! Cuesta comprender que nuestras crónicas nacionales se callen la cuenta de una multitud de mujeres que se consagraron a la humanidad, a la felicidad de la sociedad y a la seguridad de las familias, y que hayan dado tantas páginas a la inmoralidad, a los vicios más monstruosos, la prostitución, la traición y el asesinato.

(*) La masacre del Día de San Bartolomé en 1572 fue un grupo selectivo de asesinatos y una ola de violencia de la multitud católica dirigida contra los hugonotes (protestantes calvinistas franceses) durante las guerras de religión francesas.

CHEVET (la dama) matrona jurada en Paris en 1750. Levret, Pusos y Nihell, citan frecuentemente a esta matrona, su contemporánea. Con ocasión de un parto funesto que se presentó en el curso de la práctica de la dama Chevet, Levret examinó un punto de doctrina que en nuestros días está lejos de estar perfectamente aclarado, aunque las indicaciones prácticas que se relacionan con eso hubieran sido determinadas rigurosamente. Queremos hablar del desprendimiento de placenta. Cuando este accidente es la causa inmediata de las hemorragias uterinas que sobrevienen al final del embarazo, ¿cuáles son las circunstancias de este desprendimiento? Puede haber desprendimiento sin desplazamiento y desprendimiento con desplazamiento. El diagnóstico de uno u otro caso deberán regular la conducta a seguir, importa mucho pues, determinarlas. El primer caso es más frecuente, y numerosos ejemplos nos han sido transmitidos por Platner, Brunet, Hiester, Pusos, Portal y muchos otros; el segundo, aunque raro y excepcional, habría sido observado por Lamotte, Peu, Moriceau y Viardel.

Es principalmente entonces la presencia de la placenta en el orificio del útero, en el caso de hemorragia, que estos diversos autores no están de acuerdo.

Según los últimos, muy a menudo la placenta se desprendió de puntos superiores posteriores de

B-C



la matriz y se precipitó a su orificio; así, según su opinión, habría desplazamiento del huevo y cambio de posición y de relación de las partes.

Este movimiento de rotación no podría tener lugar más que cuando el huevo está libre en la matriz, y de una forma perfectamente esférica, lo que no es en absoluto; y cómo la capacidad de la matriz y el volumen del huevo mientras las aguas no son expulsadas, están exactamente en relación inmediata; el huevo inmóvil, la placenta, en cualquier punto que esté, no puede pues en absoluto desplazarse para venir a presentarse en el orificio de la matriz.

Cuando la placenta se encuentra en ese mismo orificio, es que su implantación ha sido efectuada primitivamente y que entonces al término del embarazo el desprendimiento es inevitable igual que la hemorragia, ambos fenómenos resultan entonces de un trabajo que comienza. Más tarde o más temprano he aquí lo que tiene lugar: mientras el cuello de la matriz quede cerrado, todo pasa regularmente; pero una vez que la dilatación comienza, una parte de la superficie externa o adherente de la placenta es liberada y esta parte se hace tanto más grande cuanto que la dilatación es más considerable, como esta dilatación continúa, las adherencias de la placenta al contorno del cuello se rompen: la hemorragia inicial persiste y aumenta en razón directa a la dilatación. Vienen enseguida las contracciones del útero, que empujan las aguas sobre la parte de la placenta que no tiene más apoyo, hacen bolsillo a la apertura del cuello, y a menudo imponen a los parteros y matronas mujeres poco experimentadas. Tal fue el caso en el que se encontró la dama Chevet.

Levret dijo en esta ocasión que el tomentum sobresalía, de modo que la matrona creía una mola vesicular. El mismo autor añade que vanamente buscó el punto de la despegadura, ya que admite aquí despegadura verdadera. Para nosotros, la despegadura no existe en absoluto, pero hay rotura de las adherencias del cuello a la placenta.

En tal situación, es imprescindible que se produzca el parto, la indicación más racional es agujerear las membranas a través de la placenta, para hacer escurrir las aguas; el nacimiento o la expulsión del niño puede ser enseguida abandonada a la naturaleza que no se

demorará más de 12 a 14 horas. Procediendo de esta manera se previene la hemorragia y una multitud de accidentes consecutivos a maniobras violentas y de larga duración. Los autores actuales, posiblemente, no se extendieron bastante sobre esta serie de cuestiones de doctrina.

ILITIA, reportera histórica



LOS CURSOS PARA 2022
RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

FORMACIÓN
CONTINUADA



INFORMAMOS QUE, A PRIMEROS DE ABRIL PODREMOS IR
CONFIRMANDO LAS FECHAS DE LOS CURSOS PRESENCIALES
PROGRAMADOS

SERAN ANUNCIADOS EN NUESTRO BOLETIN **INFOMAYO**

LOS CURSOS PARA 2022 RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

FORMACIÓN
CONTINUADA



1.-JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

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

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

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

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

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

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

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

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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



2) Dar a conocer la importancia que tiene la matrona de atención primaria en el mantenimiento, diagnóstico de patologías, recuperación, tratamiento del suelo pélvico femenino, y si procede, derivación al servicio correspondiente.

3) Aprender cómo quitar las tensiones, los dolores y los desequilibrios posturales que afecten a la estática pelviana, mejorando la manera de gestionar las presiones toraco-abdominales, causantes de una gran mayoría de las disfunciones del suelo pélvico.

4) Aprender el uso de las diferentes técnicas de trabajo para la mejora del suelo pélvico: Propiocepción, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, método Matropelvic®

3.-CONTENIDOS

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

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

2.- Bases anatómica del suelo pélvico:

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

3.- Bases fisiológicas del tracto urinario inferior:

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

4.- Bases fisiológicas del tracto digestivo inferior:

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



5.- Prolapsos genitales:

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

6.- Valoración de la estática corporal y perineal:

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

7.- La recuperación y reeducación del suelo pélvico.

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

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

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

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

DIRIGIDO A:

Matronas y residentes de matronas

Número máximo: 20 alumnos

Profesora: Lola Serrano Raya

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

DURACIÓN EN HORAS: 20 horas



CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO 2022

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

Matricula:

Socios y vinculados: 30 €

Residentes: 80 €

No asociados: 100 €

Plazos de inscripción

PENDIENTE FECHA 2022

LUGAR : Se indicará a los matriculados en su día

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

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

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



CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

FORMACIÓN CONTINUADA



FECHAS PENDIENTES DE LA SITUACIÓN COVID-19 /2021

Objetivos

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

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

FECHAS: 2022 PENDIENTE
Horario: tardes 15:30-20:30h

LUGAR: Cavanilles, 3
28007 Madrid

Matricula:
Socios y vinculados: 20 €
Residentes: 70 €
No asociados: 90 €

Solicitud de inscripción en:
matronas@asociación-nacional.com
Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE POR COVID-19/ 2022

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

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



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

**ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16 ALUMNOS

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3
Colegio de Enfermería de Madrid

HORARIO:

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

Carga lectiva presencial 9 horas.

**LAS PRACTICAS SE REALIZAN CON
GESTANTES.**

**SOLICITUD ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

Mediante mail:

matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

SOCIOS Y VINCULADAS..... 20 €

NO SOCIOS: 100 €

EIR: 60 €

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

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE 2022

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



PROGRAMA





Justificación

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

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

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

Según la Directiva de Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales 2005/36/CE de fecha 7 de septiembre de 2005, en su Sección 6 (Matrona), Artículo 42 (Ejercicio de las actividades de matrona), punto 2-b, **dice textualmente, que la matrona podrá: “Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; Realizar los exámenes necesarios para la supervisión del Desarrollo de los embarazos normales”.**

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

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

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

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

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



OBJETIVO:

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

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DEL CURSO BÁSICO DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS :

- **Ecografía obstétrica.**
- **Inicios, aspectos básicos,**
- **Instrumentación.**
- **Aspectos**
- **Éticos y psicosociales**

- **Ecografía primer trimestre de embarazo.**
Complicaciones primeras semanas de gestación.Limitaciones y resultados de la ecografía obstétrica
(Teórica)

- **Ecografía captación (Practica)**
- **Gestantes entre Semana 8-12 de gestación**

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

- **Ecografía segundo trimestre (Practica)**

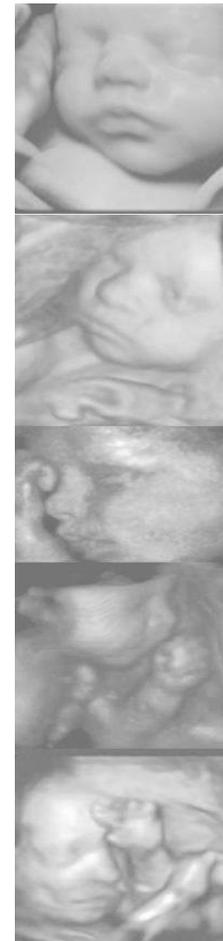
- **Ecografía tercer trimestre (Teórica)**

- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 24- 28 de gestación:**

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

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

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



+ de 42 AÑOS + de 42 LOGROS



