

Info MATRONAS



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

MARZO 2023 N.º 77



Foto: Ana Moreno

www.aesmatronas.com

MARZO 2023 N.º 77

En este número

❑ ESPECIAL I:

- EXPLOTACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA: VULNERANDO DERECHOS

❑ HEMOS LEIDO QUE:

- DISEÑAN UNOS GUANTES INTELIGENTES Y MUY ECONÓMICOS
- COVID-19 PUEDE ACELERAR EL ENVEJECIMIENTO POR LAS "CÉLULAS ZOMBIS"
- CAMPAÑA PUBLICITARIA DE ENFERMERAS Y MATRONAS : " RATIOS: ES UN SALVAVIDAS"

❑ MUY INTERESANTE:

- LA INMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS RECIDIVANTES. REVISIÓN DE LAS NUEVAS AUTOVACUNAS
- URGE UNA MAYOR INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PARTERÍA EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD EN LOS ESTADOS UNIDOS

❑ ENTREVISTA CON:

- M.ª JOSEFA ESPINACO GARRIDO

❑ BREVES:

- COMUNICADO DE LA AEM IMPORTANTE
- REUNIONES DE CARÁCTER CIENTÍFICO

❑ NOTICIAS DE SIMAES:

❑ BUENAS NOTICIAS:

- NOVEDADES DE "LOS CONSEJOS DE TU MATRONA"
- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- PRIMER CONCURSO DE FOTOGRAFÍA 2023:
- "LA EXPERIENCIA DE SER MADRE"
- CONVOCATORIA DE LOS PREMIOS METAS 2023
- RESUMEN CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO
- LA FUNDACIÓN ALCOHOL Y SOCIEDAD Y LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS RENUEVAN SU COMPROMISO DE COLABORACIÓN

❑ MATRONAS CÉLEBRES:

❑ AGENDA A.E.M.:

- PROXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM PENDIENTES DE FECHAS

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 bimensual (desde 2023) buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

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

infomatronas@gmail.com

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

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

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



EXPLOTACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA: VULNERANDO DERECHOS

En este mes entramos en la primavera pero con tanto cambio climático cualquiera sabe, porque ya nada es como era, todo está revuelto, y no sólo el clima, sino las personas, las leyes y el panorama social, cultural y político.

Puede que el título de este artículo os conduzca a pensar que qué tenemos que ver nosotras con el tema, y voy a intentar argumentar los motivos por los que creo que nos afecta directa e indirectamente.

Actualmente vivimos en un neoliberalismo que parece que todo lo permite y en lo que todo está permitido, con falacias argumentales que apelan a la libertad, a saber, libertad para decir lo que se quiera de la manera que sea, hacer lo que se anhela aunque sea a través de la violencia, utilizar cuerpos de mujeres y niñas para un problema que lleva confundiendo a la sociedad entre lo que es género y lo que es sexo, comprar y traficar con personas, explotar el cuerpo de mujeres intentando convencer de que lo venden porque quieren, en definitiva, volviendo a cosificar y despersonalizar a las mujeres, sus cuerpos y sus mentes, con fines machistas y patriarcales, perpetuando el deseo de los hombres sobre la posesión de las mujeres.

Pasamos ya épocas en las que las mujeres debían pedir permiso a sus maridos para sacar dinero del banco, se les pedía autorización para realizarse una ligadura tubárica (esterilización) aunque fuera más complicado que una vasectomía, no fuera cosa que su “masculinidad fuera mermada”, se les pedía permiso para trabajar, para casi todo, hasta casi para vivir.



Un modelo de dominación del hombre sobre la mujer y de sumisión de ésta, en la que se consideraba un ser inferior y desprovisto de cualquier capacidad o competencia autónoma. Y puede que a muchas os sorprenda, porque no lo hayáis conocido, pero no estamos hablando de hace siglos, hablo de un pasado reciente. Ahora las formas son más... cómo decirlo, más sibilinas, porque admitir que lo que ha cambiado son las formas pero no el fondo, sería admitir que poco ha cambiado la concepción de igualdad por razones de género o de equidad por razones de sexo, a decir verdad, algo hemos cambiado en esta sociedad machista

y patriarcal pero más nos queda por cambiar, la explotación sexual y reproductiva de las mujeres en el SXXI.

MARCO CONCEPTUAL Y LEGAL

Para seguir y poder entender un poco el contexto en el que me voy a centrar hace falta definir los conceptos que voy a ir manejando a lo largo de este artículo.

Puede que de la **explotación sexual** todo el mundo entienda que me refiero a la prostitución, al pago a mujeres (generalmente) por mantener relaciones sexuales, del tipo que sean, a petición de un hombre por deseo de poseer no solo su cuerpo sino también su voluntad, por eso de que “el que paga manda” sometiéndolas a cualquier práctica por humana o inhumana que sea, incluso con violencia. Ya sabemos el flaco favor que ha hecho la industria del porno a las mujeres, fomentando el porno violento como una manera más de normalizar las relaciones sexuales, generalmente heterosexuales, en la práctica de la prostitución.

Ya no solo es suficiente y deleznable tener que pagar por ello sino que sea para satisfacer sus prácticas violentas sobre las mujeres que en situación de vulnerabilidad social y económica acceden a este infernal mundo, por mucho que lo vendan como “trabajo” o “voluntario”.



A estas alturas, las/los que han leído varios de mis artículos comprenderán que se violan derechos humanos (DDHH) entre ellos el de la dignidad, si la personas se cosifican como objeto de usar y tirar, poca dignidad o ninguna se les da, y los derechos sexuales (DDSS) además de varios principios éticos.

Para seguir con la **explotación reproductiva**, que caso más alarmante el de lo último leído sobre la posibilidad de utilizar cuerpos de mujeres en estado vegetativo para servir como úteros y gestar hijos-as para otros. Descabellado ¿no? No, no forma parte de ningún guion de Matrix, no, sino de la distopía en la que estamos viviendo más cruda y real que la que podamos ver en las pantallas de cine o televisión (serie de La Criada).

En España es una práctica ilegal o prohibida por la ley 14/2006 aunque hay países en los que está legalizada y es ahí donde generalmente van a “comprar” (acto inmoral o no ético) a sus hijos, como única oportunidad de ser padres, algunos hasta convertirse en países “granja de mujeres” con este fin, como son Ucrania y otros del continente americano.

“Los úteros de mujeres con muerte cerebral no deberían desperdiciarse”: polémica por artículo del Colegio Médico Colombiano



Pero ¿hay diferencias entre vientre de alquiler, gestación subrogada o maternidad subrogada? ¿Qué es o en qué consiste la subrogación?

Parece más conveniente definir lo que es la subrogación en términos generales para luego ya entrar en su aplicación “comercial” sobre el proceso de gestación.

- **Subrogación**, sustantivo del verbo subrogar, es un término empleado en derecho relacionado con la delegación o reemplazo de competencias hacia otros; es un tipo de sucesión.

Se trata de un negocio jurídico mediante el cual una persona sustituye a otra en una obligación. Así, dentro de esta doctrina las principales clases de subrogación son la real y la personal, según se trate de sustituir una cosa por otra o una persona por otra.

También se recoge en el artículo 1210 del Código Civil que la **Subrogación** es el acto de sustituir una persona física por otra ante unas obligaciones o derechos, de manera que el nuevo titular se comprometerá con el cumplimiento del pago de esa deuda y en este mismo artículo refiere las diferentes formas de subrogación. En resumen, es un negocio en el que lo que se vende y se compra es una persona, un ser humano. También como hemos dicho, se utiliza el término “**sustitución**”.

▪ **Ventre de alquiler:**

Aquí realmente se está cosificando a la mujer y haciendo referencia a una parte de su cuerpo, vientre, donde se ubica el órgano necesario e imprescindible para la gestación, su útero en el que se desarrolla el embrión/feto, que “se alquila”, se utiliza sin tener en consideración que quien es propietaria de ese órgano es la propia mujer pero que se invisibiliza porque realmente no le importa al que renta o alquila, previo pago por el uso temporal. Imaginaros dónde están sus derechos como persona si solo se contempla una parte de su cuerpo alienando todo lo demás.



▪ **Gestación subrogada (GS) o por sustitución:**

Con este término la sociedad ya es más ambigua, pues para unos, es un acto inmoral la compraventa de personas humanas pero para otras, es la solución a sus problemas de infertilidad del 30% de las parejas que fracasan en los Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) o para parejas homosexuales con “deseo” de ser padres o banalizando la cuestión, para famosas que no quieren ver alterado su cuerpo porque viven de su imagen (a todos nos sonarán famosas cantantes, actrices o gente de la llamada VIP (Very Important Person), que sobre todo frivolan con este proceso fisiológico al que en principio, cualquier mujer en edad fértil puede, si quiere, recurrir para tener hijos.

Creo que en este contexto, en el que el artículo va dirigido a profesionales de la obstetricia, está de más explicar la definición que da la RAE y la OMS, pero la definición jurídica es: “Período de tiempo comprendido entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto”.

Supongo que también está de más explicar los cambios físicos, psíquicos y emocionales que ocurren en una mujer durante la gestación; los riesgos que puede llevar su embarazo, las complicaciones durante el parto y las secuelas en el puerperio.

TIPOS DE GESTACIÓN SUBROGADA (GS):

a) Gestación subrogada tradicional: la gestante pone su propio óvulo y el espermatozoide es de la otra pareja (contratante) o de donante masculino. Una madre gestante es la madre genética de un niño, porque su propio óvulo, fertilizado por el material de un futuro padre o donante, se usa para el embarazo. Raramente se usa por razones morales y éticas, ya que sucede que una madre gestante no quiere dar el recién nacido, considerándolo suyo.

b) Gestación subrogada gestacional: la gestante tiene óvulo y espermatozoide de la pareja contratante el tipo más común, una combinación exitosa de los logros de la biología, la medicina, la ciencia y la tecnología. En este caso, el óvulo de una futura madre o donante es fertilizado por la FIV y se coloca en el útero de una madre gestante para la gestación. En este caso no existe una relación genética entre la madre gestante y el niño. Y el niño está 100% relacionado genéticamente con una pareja. Dado que el óvulo se extrajo del útero y se fertilizó, se examina el óvulo y el embrión resultante para que este último esté sano y la transferencia sea lo más exitosa posible.

Dentro de este tipo se encuentran algunas variantes como son:

b-1) Subrogación con un embrión propio. Si los ovarios de una mujer funcionan normalmente, se somete a estimulación hormonal, luego de lo cual se toman óvulos maduros por punción folicular. Se fertilizan con el material biológico del padre o donante. Después de unos días, el embrión sano resultante se transfiere al útero de una madre gestante.

b-2) Gestación subrogada con su propia madre gestante. En este caso, una pareja llega a la clínica con su madre gestante. Esta puede ser una pariente o amiga cercana. Este tipo tiene varias ventajas. En primer lugar, es “tu propia persona”, madre gestante emocional o genéticamente cercana a futuros padres. En segundo lugar, la conoces bien (salud, hábitos, rasgos de carácter) y confías en ella. En tercer lugar, ahorras en servicios de selección





y remuneración.

b-3) Gestación subrogada con donación de óvulos. Está previsto cuando una futura madre tenga problemas con sus propios óvulos sanos. Luego se selecciona una donante de ovocitos más adecuada, después de la terapia hormonal, se le quitan los ovocitos y se fertilizan. Después de eso, se implantan embriones sanos en la cavidad uterina de una madre gestante. En este caso, tampoco existe una relación genética entre el niño y la madre gestante. La relación genética del niño es del 50% de la donante de óvulos y del 50% del hombre de la pareja que pidió este procedimiento.

El criterio más importante para la disponibilidad de gestación subrogada es la remuneración de una madre gestante. En este caso, la gestación subrogada puede ser:

- **Subrogación altruista:** una madre gestante no recibe una recompensa separada por llevar y dar a luz a un niño. Pero los futuros padres están obligados a reembolsar todos los gastos incurridos por ella: legales, médicos, gastos de comida, ropa, traslado, alojamiento, etc. Este tipo ocurre en los casos en que una madre gestante actúa de mutuo acuerdo.
- **Subrogación comercial:** cuando una mujer que lleva y da a luz a un bebé para otra familia recibe una recompensa monetaria por separado. Además, todos los costos del embarazo también son reembolsados por los padres del recién nacido.

Vale la pena señalar que en algunos países (Canadá, Países Bajos, Finlandia), la ley pertinente prohíbe el anonimato en materia de gestación subrogada, FIV o donación de material biológico. Esto también obliga a los padres a proporcionar información completa sobre la donante y los hechos del nacimiento del niño mayor de 18 años.

Creo que este punto es pertinente que sepáis que en muchos países europeos, como Bélgica, España, Grecia, la República Checa, no existen

actos legislativos claramente definidos sobre la gestación subrogada, pero de hecho se lleva a cabo mediante el comercio o compraventa, como ya dije en otros países, con clínicas que tramitan todo como si de una empresa de exportación e importación de productos exóticos se tratara, llegando a costar el proceso entre 50.000€ y 180.000€, lo que encima resulta discriminatorio porque está solo al alcance de unos pocos con alto poder adquisitivo o que tengan que hipotecar su vidas con una entidad bancaria.



SERVICIO	PRECIO
Fertilización FIV "in vitro"	5000 – 40 000 € +
Procedimientos médicos adicionales	
(donación de material, varios intentos de FIV, etc.)	3000 – 15 000 € +
Agencia de gestación subrogada	8000 – 30 000 € +
Soporte legal (país de destino)	6000 – 9000 € +
Compensación financiera de la madre gestante	10 000 – 40 000 € +
Otros gastos (viaje, fuerza mayor, seguro, depósito, etc.)	10 000 – 30 000 € +
TOTAL	50 000 – 180 000 €



Y por si todo lo anterior no te hace por lo menos dudar de esta práctica ilegal y nada ética, ahora lo último es disfrazarla de un contexto más humanizado e integral llamándola “Maternidad Subrogada” como si eso la hiciese menos reprochable a los ojos del mundo. Desgraciadamente, en mi opinión, la OMS la contempla como un TRA y la define “Tipo de embarazo en el que una mujer lleva en su vientre un bebé, en lugar de otra persona que no puede tener hijos, hasta dar a luz. En un embarazo subrogado, se forma un embrión con espermatozoides donados (de la pareja o no) que fecundan los óvulos de la gestante subrogada o los óvulos de una donante”.

Y lo contempla para casos de:

- ✓ Infertilidad masculina (problemas con los espermatozoides, infecciones previas, anomalías congénitas de los órganos reproductivos, etc.)
- ✓ Pérdida del útero como órgano (accidentes, casos trágicos, operaciones, procesos sépticos)
- ✓ Anormalidades de los órganos reproductores femeninos (anomalías de los ovarios, trompas de Falopio, etc.)
- ✓ Anomalías del útero y del cuello uterino (defectos endometriales, aborto, legrado, conización y otras intervenciones quirúrgicas)
- ✓ Enfermedades oncológicas
- ✓ Trastornos endocrinos (estrés, infecciones, anomalías congénitas)
- ✓ Anomalías que pueden conducir a un resultado letal (defectos cardíacos, enfermedades cardiovasculares, etc.)

Pero también para otras situaciones o indicaciones no tan “clínicas” o de patología como son:

- ✓ Numerosos intentos fallidos de FIV (más de 4 veces)
- ✓ Incompatibilidad inmunológica (cuando el sistema inmunitario de una mujer rechaza el espermato de un hombre y lo “mata”)
- ✓ Edad (cuando una mujer no es capaz de llevar un bebé y parir debido a la edad)
- ✓ Condiciones sociales y psicológicas de un hombre o una mujer que imposibilitan la reproducción
- ✓ Pérdida de un pariente cercano y deseo de preservar la memoria de él a través de un niño de su material genético
- ✓ Horario de trabajo ocupado y si las mujeres no quieren abandonar la vida activa (mujeres emprendedoras, políticos, actrices, etc.)
- ✓ Falta de voluntad para estropear la figura con gestación y parto (modelos, actrices, personas públicas, etc.)
- ✓ Como podéis leer, algunas de ellas no están exentas de la banalidad y vanidad de algunas/os usuarias/os.

Las profesionales, matronas, que leéis este artículo, mayoría madres o aunque lo no fuerais, comprenderéis que la maternidad no solo es conveniente que sea deseada, que no solo comienza con el proceso de gestación, sino que, desde un punto de vista psicológico y biológico, el proceso de convertirse en madre y padre comienza mucho antes del parto, considerándose la gestación la primera fase del proceso y donde se establecen los primeros vínculos prenatales y por supuesto, se es madre/padre hasta el final de los días. ¿Podéis imaginar a una mujer que se somete a la GS tener que estar completamente disociada para no sentir nada con el niño-a que lleva en su vientre? Salvo patología yo no lo concibo porque la maternidad es una vivencia vital de amplio espectro social y cultural, además de físico y emocional, vital para la mujer.



Pero y ¿qué pasa con el puerperio? Suponiendo que todo trascurra de manera fisiológica, eutócica o sin complicaciones, ¿alguno de los compradores piensa en su salud mental o solo en el beneficio que va a obtener económico y que le debe compensar cualquier problema? “Como te pago no tienes derecho a nada”, la mujer pasa a ser una cosa (persona) sin derechos perteneciente a alguien, esclava, de unos amos que la van a controlar, si fuera necesario, y a vigilar por si tiene alguna iniciativa fuera de lo estipulado en el contrato.

La mujer, además de estar en una situación social y económica vulnerable, la gestación aún la hace más, lo que



acaba convirtiéndose, además, en otra víctima del sistema patriarcal y misógino donde a las mujeres se les niega la capacidad de sentir apego con sus hijos engendrados a partir del deseo de otras personas.

Como resultado podemos tener mujeres durante el puerperio con un duelo no permitido, con sentimiento de culpa o traumatizadas o con una alexitimia cronificada, es decir, “incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos”. No voy a abordar aquí las secuelas o consecuencias psicológicas de los niños y niñas nacidos bajo este proceso, porque entre otras cosas, son los únicos que tendrían derecho de ser queridos y tener una familia que garantice su desarrollo y crecimiento saludable en el más amplio sentido.

Según un artículo¹ leído, *“la maternidad es un fenómeno sociocultural complejo que trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre que se construyen en la interacción de las mujeres con otras personas en escenarios particulares”* y ser madre o padre, no es ningún derecho ni obligación, es un deseo que a veces conlleva frustración al no poder aceptar una realidad que no puede ser regulada o legislada a costa de someter a otras personas. No se puede legislar sobre deseos, no habrían leyes suficientes puesto que los deseos son algo personal y por lo tanto, subjetivos. No se puede regular leyes para “deseos”.

CONCLUSIONES

Llegadas a este punto es fácil adivinar porqué es una práctica NADA ética y que incumple con muchos de los valores y principios éticos además de vulnerar los Derechos Humanos, pero a modo de resumen:

- La maternidad subrogada no existe, se es madre desde que se gesta hasta el final de tus días y el proceso físico, psíquico y emocional no se puede (no se debe) subrogar (vender), es un proceso vital en la vida de una persona.
- La esclavitud humana está abolida, no se puede legislar: dignidad humana (DDHH) Nadie pertenece ni es propiedad de nadie.
- Más allá del órgano que se necesita, el útero, no se puede alquilar al margen de la persona, desde la visión integral y ética.
- Ser madre/padre NO es un derecho, es un deseo.

Y por último, os reproduzco un párrafo de un artículo² publicado recientemente de alguna de las autoras que algunas conocéis Nuria González, autora del libro **“Vientres de Alquiler: La mala gente”** y que recomiendo si queréis profundizar más en el tema.

Y dice así: ***“las personas no son de nadie, ninguna persona, de ninguna edad. Nadie tiene el título de propiedad de nadie, ni siquiera las madres de sus hijos e hijas. Las madres no son propietarias de lo que paren, sino que son madres de lo que paren...Y como las personas no son de nadie, nadie puede ser regalado, vendido o comprado por nadie”.***

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

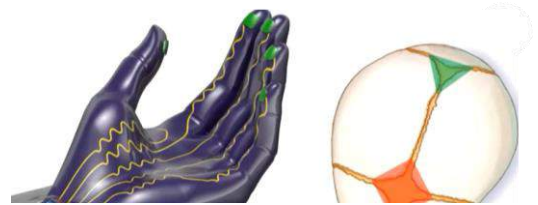


Referencias:

1 -Flor de María Cáceres-Manrique, Gloria Molina-Marín, Myriam Ruiz-Rodríguez. “Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos”

2 -<https://www.eltaquigrafo.com/articulo/investigacion/gobierno-colombia-reinstaura-colonizacion-esclavitud/20230202154518021324.html>

DISEÑAN UNOS GUANTES INTELIGENTES Y MUY ECONÓMICOS. LOS GUANTES TIENE UNOS SENSORES QUE DETECTAN LA POSICIÓN DEL FETO.



"La tecnología es un gran aliado para la sanidad. Un claro ejemplo es el caso de este guante inteligente, y muy barato, tan solo cuesta 1 euro, que puede ayudar a prevenir partos peligrosos.

Este guante tiene unos sensores que detectan la posición del feto e informa a los médicos de la fuerza que tienen que ejercer en la cabeza del bebé. Esto podría evitar muchas muertes en las regiones más pobres, donde no tienen la tecnología necesaria para saber que algo va mal durante el parto.

Este guante sensorizado es el resultado de una intensa investigación por parte de diversos científicos. Los investigadores empezaron con un guante simple al que alteraron con diferentes sensores, hasta lograr el resultado definitivo. La tecnología usada en los guantes puede proporcionar datos a tiempo real durante los exámenes vaginales, así como mejorar los partos en las regiones más desfavorecidas del planeta.

Nanocompuestos que generan corriente eléctrica

Los científicos realizaron un estudio en el que informaron sobre datos alarmantes: el 98% de las muertes perinatales suceden en países tercermundistas, por lo que la creación de una ayuda debería de ser lo más económica posible. Y lo han conseguido, pues tan solo cuesta 1 euro.

Los investigadores aplicaron unos sensores basados en nanocompuestos de óxido de metal que generan una corriente eléctrica al tocar o frotar contra objetos. De esta manera se aseguraron de que los sensores fueran lo suficientemente delgados para no interferir con el tacto del médico, que puede usar el guante sensorizado sobre el guante desechable. A la vez, desarrollaron una app inteligente para ver los datos del sensor en tiempo real.

Pruebas exitosas

Para llevar a cabo el estudio se creó un bebé con

elastómero de silicona, que replicaba las delicadas estructuras superficiales de la cabeza. El obstetra e investigador realizó exámenes vaginales simulados utilizando el guante inteligente y las cabezas de silicona para comprobar que el sistema identificase las características que indican la posición del bebé y se lograra medir la fuerza con la que se tiene que actuar.

Los estudios señalan que el guante actuó con éxito durante las pruebas para determinar dónde están las articulaciones y conseguir así aplicar la orientación del feto. Según los científicos, "este es el primer guante de este tipo que podría usarse para identificar la posición fetal y, por lo tanto, podría mejorar los resultados del trabajo de parto", dijo la Dra. Shireen Jaufurally del University College London, autora principal del proyecto".

Eva Navarro

Antena 3

CAMPAÑA PUBLICITARIA DE ENFERMERAS Y MATRONAS : “ RATIOS: ES UN SALVAVIDAS”



Las enfermeras y las matronas están intensificando su campaña por la proporción de enfermeras/matronas por paciente y han lanzado un anuncio en TV en el área metropolitana y regional de Nueva Gales del Sur (Australia), advirtiéndoles a los votantes sobre los efectos secundarios de la escasez crónica de personal en los hospitales públicos.

Después de cuatro huelgas históricas en todo el estado el año pasado, la Asociación de Enfermeras y Matronas de NSW (NSWNMA, por sus siglas en inglés) ahora está apuntando a candidatos electorales estatales de todas las tendencias políticas para apoyar a las enfermeras y matronas respaldando las proporciones de personal en sus hospitales locales.

La secretaria general de NSWNMA, Shaye Candish, dijo que la campaña publicitaria, que insta a las personas a “votar como si su vida dependiera de ello, porque algún día podría serlo”, pone en la mente de los votantes la salud y el bienestar, quienes seguirán perdiendo sin ratios seguros de personal.

“Hemos perdido a demasiadas enfermeras y matronas experimentadas porque NSW es el último estado continental que se ha comprometido a mantener la proporción de enfermeras y matronas por paciente”, dijo la Sra. Candish.

“Es más que abominable, es vergonzoso. NSW debería ser líder en este espacio, pero en cambio nos estamos quedando atrás.

“Sabemos por conversaciones con enfermeras y matronas de todo el estado que están fatigadas y agotadas, se sienten estresadas y constantemente preocupadas porque están defraudando a sus pacientes”, dijo la Sra. Candish.

“Las enfermeras y las matronas están sobrecargadas de trabajo, lo que significa que son responsables de demasiados pacientes y no pueden cuidar de nuestras comunidades de la manera segura en que fueron capacitadas profesionalmente, y como resultado nuestro sistema de salud público está bajo presión.

“Los pacientes se ven obligados a esperar demasiado para recibir tratamiento en los hospitales y esto tiene un efecto dominó en el sistema de salud pública. Debe cambiar por el bien de nuestros seres queridos que buscan atención, pero también para mantener y mejorar la fuerza laboral de enfermería y partería en NSW.

“Existe una creciente evidencia revisada por pares que muestra que los ratios seguros de personal salvan vidas, mejoran los resultados de salud de los pacientes y ahorran dinero a los gobiernos.”

Fuente: NSW Nurses and Midwives Association

MATRONAS DENUNCIAN LA FALTA DE ACTUALIZACIONES PARA LA PARTERÍA EN EL PLAN MINISTERIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

El plan de atención médica del gobierno de Ford, recién presentado por la ministra de Salud, Sylvia Jones, debe incluir actualizaciones para la partería a fin de garantizar que los habitantes de Ontario (Canadá) tengan acceso a los medicamentos y las pruebas que necesitan de sus matronas.

"Las matronas necesitan una acción oportuna del Ministerio de Sanidad. Las matronas son proveedores de atención primaria con la capacidad de diagnosticar y prescribir durante el embarazo y el posparto, pero las reglas actuales del ministerio obstaculizan nuestra capacidad para hacer nuestro trabajo y, a su vez, generan gastos adicionales para los contribuyentes y molestias adicionales para las mujeres embarazadas. Hacemos un llamado al gobierno para que actualice los medicamentos que las matronas podemos recetar y las pruebas que podemos ordenar. Estas actualizaciones están muy atrasadas", dice Jasmin Tecson, matrona registrada y presidenta de la Asociación de matronas de Ontario (AOM).

La AOM pide al Ministerio que permita el acceso de las matronas a todos los medicamentos aprobados por Health Canada, dentro del alcance de la práctica de la partería.

Las restricciones actuales impuestas a las matronas para recetar medicamentos y ordenar pruebas son obsoletas, costosas, crean inconvenientes a las embarazadas y causan una tensión adicional innecesaria a un sistema de salud en crisis.

Las solicitudes de actualización de estas restricciones datan de hace 15 años, pero poco ha cambiado para las matronas, a pesar de cambios recientes similares realizados por el gobierno para los farmacéuticos. El Colegio de Matronas también ha realizado solicitudes y afirma que son de interés público.

"Las solicitudes de actualizaciones para la partería languidecen en el ministerio.



Los cambios que estamos pidiendo están todos dentro de nuestro ámbito de práctica, tal como lo define la Ley de partería, y las matronas tienen la habilidad y el conocimiento para estos cambios. Esto no solo es exasperante sino que tiene consecuencias reales:

- *Se da un mensaje equivocado a la embarazada que se le ha de decir que vaya a su médico para solicitarle por ej. una vacuna de rutina, cuando la matrona no solo es capaz de proporcionar ese tratamiento, sino que también estoy disponible y de guardia para sus usuarias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estamos hablando de usuarias que ya están bajo el cuidado de matronas, atención profesional por la que el gobierno retribuye a las matronas.*

- *Restricciones obsoletas sobre los medicamentos que pueden recetar y las pruebas que pueden ordenar, socavan a las matronas, causan visitas médicas innecesarias y faltan al respeto a las usuarias, "dice Elizabeth Brandeis, matrona y portavoz de la AOM.*

Las reglas existentes en Ontario limitan a las matronas a usar solo medicamentos específicos y limitados. Los medicamentos y las pruebas evolucionan y cambian constantemente a medida que la nueva evidencia impulsa cambios en la práctica clínica. El gobierno debe habilitar a las matronas con una amplia autoridad de prescripción que permita el mejor y más inmediato tratamiento. Los amplios derechos de prescripción son exactamente lo que se proporcionó a los farmacéuticos. Las matronas han pedido repetidamente al ministerio que actualice su autoridad para prescribir. Las reglas obsoletas contribuyen a la disfunción innecesaria en un sistema ya tenso.

"Las matronas simplemente quieren brindar la mejor atención posible. No queremos que las mujeres embarazadas se enfrenten a obstáculos

HEMOS LEIDO QUE

innecesarios, como citas adicionales, por condiciones que somos capaces de tratar, pero las reglas obsoletas nos lo impiden. Esto no es una cuestión de habilidad o competencia, sino de que el gobierno actualice un sistema obsoleto para que podamos brindar la atención que los habitantes de Ontario necesitan y merecen", dice Brandeis.

Las matronas tienen un excelente historial de seguridad y no hay justificación para estas restricciones innecesarias.

Ontario, por ejemplo, ahora ofrece una simple prueba prenatal no invasiva para condiciones genéticas en el ADN de un bebé. Debido a que esta prueba específica no existía cuando el gobierno creó las reglas que rigen a las matronas, estas no pueden solicitarla, por tanto la embarazada con control por matrona debe acceder a la prueba a través de un médico. Es un ejemplo de cómo los ontarianos pagan el precio, con el costo adicional al sistema y con ineficiencias e inconvenientes, cuando las normas gubernamentales no siguen el ritmo de los cambios en los estándares y las pruebas disponibles.

Acerca de la Asociación de Parteras de Ontario:
La AOM promueve la práctica clínica y profesional de matronas indígenas/aborígenes y registradas en Ontario que lideran la atención reproductiva, del embarazo, del parto y del recién nacido en todo Ontario. Hay más de 1000 parteras en Ontario, que atienden a más de 250 comunidades en toda la provincia. Desde que la partería se convirtió en una profesión sanitaria regulada en 1994, han nacido más de 250.000 niños bajo la atención de partería.

Fuente: Asociación de Matronas de Ontario



Sin duda nos solidarizamos con las matronas de Ontario, aunque el caso español es aun más sangrante. Las Canadienses se quejan de la falta de actualización de la autorización de las medicaciones y pruebas e pueden prescribir y eso que su regulación profesional solo data de 1994, antes de esta fecha el ejercicio de la partería era ilegal en el país.

¿Qué podríamos decir las matronas españolas al respecto?

La famosa ley de prescripción enfermera en España es como "una broma de mal gusto", la Ley 28/2009 de 30 de diciembre que incorporó como prescriptores a podólogos y enfermeras, tuvo que esperar la publicación del Real Decreto 954/2015, que realmente a juicio de muchos, vino a suprimir por completo la autonomía de las enfermeras puesto que sólo contemplaba el uso y autorización de productos sanitarios y medicamentos, siempre que hubiera una prescripción médica previa y cuatro "cositas" para prescripción autónoma.

Sin embargo las matronas siguen en el "limbo" de los "quereres y poderes" sin ser autorizadas aun a la prescripción autónoma para el completo ejercicio de sus tareas... Veremos a donde llegamos en esta "Guerra de poder" que como siempre, la comandan los médicos...



LA INMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS RECIDIVANTES. REVISIÓN DE LAS NUEVAS AUTOVACUNAS

RESUMEN:

Las infecciones del tracto urinario bajo presentan un problema para el clínico cuando aparece como infecciones recidivantes ya que tienen una baja respuesta al tratamiento antibiótico clásico. Se trata de un problema médico y social serio, a la problemática clínica hay que añadir el absentismo laboral, el gasto farmacéutico y la inducción de resistencias antimicrobianas. La capacidad de vacunar a pacientes seleccionados contra las bacterias que habitualmente producen estas cistitis de repetición se ha visto que presenta ventajas tanto clínicas como a nivel socio económico al ser costo eficaz a medio y largo plazo. Presentan una alternativa eficiente a los largos tratamientos antibióticos que se prescriben en estas pacientes.

Se revisa la importancia de la inmunoterapia en este tipo de patología.

Las infecciones recidivantes del aparato genito-urinario femenino representan un problema sanitario importante, tanto para las pacientes que las padecen, como para los ginecólogos que en la mayoría de las ocasiones se encuentran desmotivados por la mala respuesta al tratamiento.

Sabemos que las infecciones urinarias en la mujer se presentan con una alta incidencia y prevalencia. A los 25 años de edad, el 50% de mujeres ya han tenido al menos 1 cistitis y el 75% de las mujeres al llegar a la etapa premenopáusicas han tenido al menos 2 o más episodios. Sabemos que entre el 5-8% de los casos desarrollarán 4 o más cistitis en un año y que el 25-30% las mujeres presentarán Infecciones Urinarias Recurrentes (ITUs). Esto representa alrededor del 13% de todas las infecciones atendidas por el médico de atención primaria. (1)

Decimos que una Infección urinaria es recurrente cuando ocurren como mínimo 2 episodios agudos de ITU en los últimos 6 meses o 3 en los últimos 12 meses (2). La recurrencia puede deberse a una reinfección o a una recaída. En el 95% de los casos se debe a una reinfección producida por una bacteria proveniente desde fuera del tracto urinario, estando el reservorio en la microbiota intestinal y dando clínica después de dos semanas del tratamiento del episodio inicial.

Las Cistitis agudas no complicadas están causadas en el 75-95% de los casos por la E. Coli, siendo el resto debidas a: Staphilococcus saprophyticus, Pro-

teus Mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Streptococcus agalactiae y enterococos. Sabemos que cuando el agente causal es la Escherichia coli es más probable que tengan recurrencia en los seis meses siguientes que si se trata de un microorganismo distinto. En un estudio en mujeres de edades entre 17 y 82 años con cistitis por Escherichia coli, el 44% tuvieron al menos una recurrencia en el siguiente año (3). Tenemos de hablar de infecciones conjuntas del aparato genital y del urinario por varias razones.

En primer lugar, las cistitis asociadas a infecciones candidiásicas, son claramente una patología femenina, con una relación 10 a 1 con respecto al varón, debido principalmente a causas anatómicas: la uretra es más corta en la mujer y la vejiga está en íntima proximidad con la vagina, abocadas a una zona con gran población bacteriana y sin la protección de las secreciones prostáticas que presenta el varón. Además, durante el coito es frecuente que se produzcan microtraumatismos que facilitan estas infecciones concomitantes.

En segundo lugar, además de razones anatómicas, la mujer presenta una serie de situaciones fisiológicas predisponentes para la asociación de infecciones urinarias y vulvovaginales conjuntas, durante el embarazo por la mayor cantidad de glucosa en orina, el estasis fisiológico, etc. Y en la menopausia donde existe una disminución del componente estrogénico causando cambios en el pH de la vagina, atrofia y alteraciones del suelo pélvico, facilitando el aumento de infecciones de repetición.



En tercer lugar hay que tener en cuenta que los tratamientos antibióticos que se utilizan en el manejo de las infecciones urinarias eliminan la flora vaginal protectora (*Lactobacillus*) favoreciendo las vulvovaginitis por *Candida*. Dando lugar a infecciones urinarias y vaginales consecutivas y con peor respuesta a un tratamiento antibiótico, el cual, a la larga, produce resistencias antibióticas (4,5,6).

Las guías de las sociedades de enfermedades infecciosas recomiendan que la terapia empírica de las infecciones agudas del tracto urinario inferior se base en los patrones locales de susceptibilidad de los principales uropatógenos involucrados, de aquí la necesidad de establecer el agente etiológico mediante cultivo, además nos servirá para establecer resistencias y determinar si el germen causante es sensible o no al tratamiento pautado (7,8).

El tratamiento estandarizado, cuando existen CISTITIS de repetición consiste en reducir los factores de riesgo e insistir en las medidas higiénicas como son aumentar la ingesta de líquidos para favorecer micciones abundantes, las ducha vaginal o micción poscoital y la realización de una higiene de la zona periuretral correcta (9). Pero desgraciadamente utilizando únicamente estas medidas se evitan entre el 10-15 % de las recidivas.

Las guías de tratamiento recomiendan, al igual que cuando existe una sintomatología aguda, una pauta más prologada de tratamiento con antibióticos. Existen 3 pautas estandarizadas de tratamiento antibiótico para evitar las recurrencias, todas ellas con ciertos inconvenientes. Así con la pauta continua no hay consenso sobre el antibiótico a emplear ni la duración ni dosificación más adecuada. Con la pauta postcoital se establece la necesidad de administrar un antibiótico monodosis tras la realización de cada coito, situación en muchos casos mal tolerada por las pacientes. Con la pauta intermitente autorregulada, se obliga a la paciente a autodiagnosticarse y tratarse de forma empírica con lo que aumentan las probabilidades de resistencia de los gérmenes.

Por otro lado, cuando se analiza la eficacia de estos tratamientos antibióticos de forma prolongada nos encontramos con que sólo evitamos dichas recaídas entre el 40-60% de las pacientes, de tal forma que cuando se interrumpe el uso de antibióticos, aproximadamente la mitad de las mujeres se

reinfectan en los primeros cuatro meses, con el agravante del elevado coste y con el alto riesgo de crear cepas resistentes.

Con el fin de evitar las resistencias antibióticas se han propuesto otras medidas profilácticas como son: la acidificación de la orina mediante la ingesta de arándanos debido al elevado contenido en flavonoides o la administración de *Lactobacillus* para dificultar el crecimiento bacteriano. Existe controversia respecto a la evidencia científica del uso de Arándanos como medida profiláctica, aunque si se puede encontrar la recomendación de su uso en algunos de los estudios revisados, no existe unanimidad en cuanto a la dosis ni en el modo de empleo para su administración. Los estudios clínicos hasta la fecha no han demostrado eficacia en la prevención de ITUs recidivantes. En la revisión de la Cochrane de Septiembre de 2012 no se encontraron diferencias en la aparición de nuevos episodios de infecciones urinarias en la rama de usuarios de productos de arándano respecto a la población general (RR 0.86, IC 95% 0.71-1.04) ni en los subgrupos analizados como mujeres, ancianos, embarazadas, niños o pacientes con cáncer.

También se ha recomendado el uso de estrógenos tópicos enfocado para la prevención de la cistitis en mujeres adultas peri y postmenopáusicas, esta medida presenta el inconveniente de la utilización de una terapia hormonal que está indicada para la atrofia genital en pacientes que no pueden, no quieren o no necesitan un tratamiento hormonal para la prevención de cistitis.

De todas las alternativas terapéuticas para la prevención de las ITUs recurrentes y con el fin de mejorar las tasas de curación de estas infecciones, la Sociedad Europea de Urología desde el 2009, recoge como alternativa profiláctica el uso de las vacunas bacterianas. Con esta terapia se busca una inmunización activa para aumentar la resistencia y descender el número de colonizaciones (9).

En la Guía de la Asociación Europea de Urología, actualizada en el 2011, en relación a las autovacunas, indican que ha sido probada en ensayos clínicos y que podría ser recomendada para inmunoprofilaxis en mujeres con infecciones urinarias recurrentes no complicadas (Nivel de evidencia 1A. Grado de Recomendación B).



Durante los últimos años se han desarrollado varios tipos de vacunas basadas en estructuras proteicas de la superficie bacteriana y su presentación ha ido variando desde un formato de cápsulas vaginales y mediante una mezcla de bacterias atenuadas hasta las actuales vacunas preparadas a partir de bacterias de una o varias cepas obtenidas del cultivo de una muestra de la paciente, inactivadas y estandarizadas y mediante administración sublingual.

En la actualidad, la forma más eficaz de administración de las autovacunas es la aplicación sublingual y se realiza a través de pulverizaciones en spray. Esta fórmula permite que no interfieran los alimentos y que no se degraden las bacterias con la digestión. Garantiza además una respuesta más rápida y una dosificación exacta.

En los últimos 5 años las investigaciones en inmunoterapia se han centrado en encontrar estructuras antigénicas específicas con el fin de que la paciente sea capaz de desarrollar una respuesta inmunitaria única y específica para el germen causante de sus infecciones recidivantes. Las vacunas que se utilizan buscan aumentar la cantidad de anticuerpos presentes y así aumentar la resistencia de las personas a la colonización en las áreas genitales y del tracto urinario. Se preparan de forma individualizada con las cepas de bacterias que se obtienen en las muestras de orina de la paciente.

El mecanismo de acción de estas autovacunas es mediante la activación de la inmunidad innata y de la inmunidad adaptativa.

La activación de la inmunidad innata se efectúa principalmente vía TLR 4 (Toll-like receptor 4), receptores de membrana (CPAs), uniéndose a la molécula extraña que se considera como “señal de peligro”. Esta activación se traduce en una estimulación de la actividad fagocítica de macrófagos y neutrófilos, un incremento de la maduración de células dendríticas, un incremento de moléculas de adhesión sobre la superficie del neutrófilo y una inducción de la producción de interferón alfa e interleuquina 12 por los macrófagos con incremento de la producción de interferón gamma por las células T.

La Activación de la inmunidad adaptativa se realiza mediante estimulación de la proliferación y actividad de las células T y B e incremento de IgA e IgG específicas para *Escherichia coli*, tanto en el suero como en la mucosa.

Por tanto, la vacuna produce una activación inmunitaria dando lugar a una migración de los linfocitos T y B activados a todos los tejidos linfoides asociados con mucosa, en particular con la mucosa urinaria (10).

Taha Neto K.A, y colaboradores realizaron un meta-análisis sobre la profilaxis de las vacunas en las infección urinaria recurrente de la vacuna oral (OM-89). El análisis se realizó con 5 estudios que contaban con una población total de 928 pacientes. Todos los estudios fueron aleatorizados doble ciego, a excepción de dos.

Uno de los estudios incluidos cuyos autores son Bauer HW. y col, realizaron un estudio doble ciego con el objetivo de conocer la eficacia de la inmunización a largo plazo de la inmunoterapia con una vacuna oral en mujeres en edades comprendidas entre 18 y 65 años. La población del estudio fue de 453 mujeres. 231 mujeres fueron asignadas al grupo del estudio al que se les administró la vacuna y 222 al grupo al que se les administró el placebo. Los datos obtenidos durante todo el seguimiento mostraron una reducción del 34% en el grupo con el tratamiento inmunizador en comparación al grupo placebo.

Otro estudio utilizado en el meta-análisis realizado por Schulman C. y col, es un estudio doble ciego realizado con la finalidad de conocer la eficacia del uso de la vacuna oral. Se realizó con un número de 166 participantes. En sus resultados mencionan haber detectado una recurrencia menor en el grupo al que se le administró la vacuna. Los autores del meta-análisis encuentran datos a favor de la vacuna reconociendo que sí causa una reducción de las infecciones (11).

Huttner A y col (12) realizaron un estudio simple ciego, aleatorizado con una población de 188 mujeres adultas sanas con antecedentes de infecciones recurrentes del tracto urinario, con el objetivo de conocer si la vacuna del estudio creaba o no inmunidad en las mujeres.

Las mujeres del estudio eran mayores de edad, con historia de dos infecciones en los últimos 6 meses o tres en el último año. Fueron divididas en dos grupos, uno de 93 mujeres al que se les administró la vacuna parenteral y otro de 95 mujeres al que se les administró placebo. Los análisis realizados en los días 30 y 270 a todas las mujeres, muestran que las mujeres del grupo de la vacuna habían creado anticuerpos IgG frente a las mujeres del grupo placebo que no las habían creado.



Obteniendo unos valores de IgG en sangre de media entre 5 y 6 veces más altos para cada uno de los patógenos incluidos en la vacuna en las mujeres del grupo que se habían vacunado.

En 2005 se publicó el resultado de un gran estudio multicéntrico (9 países), aleatorio, doble ciego que se realizó en más de 450 mujeres separadas en un grupo control y un grupo que recibió tratamiento con una vacuna durante tres meses (13), el objetivo primario fue comparar la tasa de recurrencia de ITU durante 12 meses y los objetivos secundarios fueron investigar el efecto de la vacuna y determinar la duración de las ITU agudas, la intensidad de los síntomas y el consumo de antibióticos. El resultado observado en el control al año fue la disminución de las ITU en más de 40% durante los últimos seis meses de seguimiento en el grupo que recibió la vacuna, llegando a la conclusión que las vacunas son efectivas para evitar recurrencias de las infecciones urinarias con un balance riesgo/beneficio muy favorable y con un buen perfil de seguridad.

Hay un trabajo de utilización de vacunas en embarazadas (14) donde se estudiaron 62 mujeres gestantes, separadas en un grupo control y otro que recibió tratamiento con una vacuna desde el momento del diagnóstico de ITU hasta el momento del parto, es decir, entre dos y cinco meses de tratamiento. En el estudio se utilizaron los criterios habituales de evaluación del número de infecciones urinarias y se observó una disminución de casi 20% de éstas durante la gestación, además de reducción del uso de antibióticos. El estudio concluyó que la vacuna es una alternativa muy bien tolerada en las embarazadas, con muy buena relación riesgo/beneficio tanto para la madre como para el feto y recién nacido.

Estos estudios llegan a la conclusión de que el uso de vacunas para la inmunización frente a las cistitis recurrentes logran una reducción de esta patología en mujeres. Encontramos que la guía de práctica clínica de la EAU de 2015 recomienda el uso de vacunas para cistitis recurrentes con un nivel de EC: IA y un GR: B(15).

En la tesis doctoral realizada por Carrión López (16) en 166 pacientes, que cumplían criterios de ITUs de repetición, comparando el número de episodios de ITUs, necesidades de ingresos, visitas a urgencias y tratamientos antibióticos antes y después de la vacunación, con un seguimiento a 2 años tras la

administración de las vacunas, llega a las siguientes conclusiones:

El uso de la vacuna bacteriana sublingual para la profilaxis de las ITU recurrentes en mujeres, es un tratamiento eficaz que contribuye a reducir el número de recurrencias y alarga el periodo libre de enfermedad, produciendo una reducción significativa de la sintomatología causada por la ITU.

Las pacientes con mayor respuesta al tratamiento con vacuna bacteriana sublingual son aquellas que: no tienen antecedentes de patología de riesgo asociadas al desarrollo de ITU recurrente, sus episodios son causados únicamente por *Escherichia Coli* y, además, presentan menos de tres resistencias antibióticas a *Escherichia Coli*.

Tras la vacunación, las pacientes disminuyen a más de la mitad la toma de antibióticos para el tratamiento de ITU de repetición, repercutiendo en una reducción del gasto económico del 50% en tratamientos antibióticos.

La utilización de la vacuna bacteriana sublingual reduce significativamente los costes disminuyendo la realización de pruebas complementarias, el número de visitas a Centros de Atención Primaria y al servicio de Urgencias, y requiriendo una menor necesidad de hospitalización por episodios graves de ITU.

La evidencia sugiere que las autovacunas son útiles para la prevención de las recurrencias de ITU, con un cociente riesgo/beneficio favorable. Que son capaces de acortar a la mitad la duración total de las ITUs recidivantes, reduce la intensidad de los síntomas y la incidencia de bacteriuria y piuria, y la necesidad de drogas antinfecciosas (antibióticos, antisépticos), presentando un buen perfil de seguridad.

La ventaja sobreañadida de la vacuna, al igual de lo que se está demostrando con la vacunación con el HPV, es que mujeres inmunizadas, que habían padecido anteriormente infecciones con gérmenes no incluidos, también desarrollaban protección a estos otros, por lo que parece que el rango de protección es bastante amplio.

Podemos concluir que en el momento actual, tenemos ya en el mercado la posibilidad de administrar una vacuna individualizada, donde se incluyen moléculas específicas del germen causante de las recidivas. Moléculas que son diferentes en cada especie y que actuarían como diana específica que va a generar una respuesta



inmunitaria propia. Y que además, presenta la ventaja de una administración sublingual, evitando el metabolismo hepático, consiguiéndose una administración más rápida, necesitando menos dosis de antígeno y aumentando su biodisponibilidad. No imposibilitando la utilización, si fuera necesario, de otras terapéuticas. Resultando, por todo ello, una terapéutica más económica. Hay que tener en cuenta además, que en España, las vacunas bacterianas sublinguales comercializadas y disponibles se encuentran subvencionadas por el Sistema Público Sanitario y se fabrican bajo prescripción nominal.

Son necesario, más estudios, con el fin de establecer estructuras antigénicas y con poblaciones más amplias que los publicados hasta la actualidad. Estudios que intenten demostrar si se puede conseguir respuestas antigénicas más potentes y precoces en el organismo huésped. Todo ello va a permitir que disminuyan los regímenes de tratamiento prolongado que se emplean actualmente y que se muestran caros, molestos y con una respuesta incierta en las infecciones recidivantes.

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

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Estudio Prospectivo Expert. Uso racional de la antibioterapia en el tratamiento de las infecciones de vías urinarias bajas en España. Disponible en: www.zambon.es/areasterapeuticas
- 2.- Pigrau Serrallach C. Infecciones urinarias recurrentes. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23(4):28-39.
- 3.- John E. Edwards, Jr. Fungal cell wall vaccines: an update. Journal of Medical Microbiology (2012), 61, 895-903
- 4.- Espá C, Reprogr D, Pallach J. Epidemiología y etiología de la infección urinaria comunitaria en adultos. Sensibilidad antimicrobiana de los principales uropatógenos y significado clínico de la resistencia. In: Pigrau C, editor. Infección del tracto urinario. 1st ed. Madrid: Salvat; 2013. p. 1-2.
- 5.- Andreu A, Planells I. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de Escherichia coli a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc). 2008;130(13):481-6.
- 6.- Naber KG, Schito G, Botto H, Palou J, Mazzei T. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. Eur Urol. 2008;54(5):1164-75.
- 7.- Pigrau C, Palou J, Millán F. Cistitis no complicada en la mujer, guía de práctica clínica. Abril de 2017. Disponible en: http://www.aeu.es/UserFiles/files/GUIA_ITU_2017_CAST_42_v04.pdf

- 8.- González Monte, Esther. Infecciones del tracto urinario. [Internet] Madrid:2015 [Consultado: 12 de enero de 2018] Disponible en: http://www.elsevier.es/ficheros/nefro/monografias/1/1/4/Cap_1830605.pdf
- 9.- Gonzales-Chamorro F, Palacios R, Alcover J, Campos J, Borrego F y Damaso D. La infección urinaria y su prevención. ACTASURO. [Internet] 2012 [Consultado: 10 de enero de 2018]; 36(1): 48-53. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-actas-urologicas-espanolas-292articulo-lainfeccion-urinaria-su-prevencion-S0210480611002294>
- 10.- Huber, Immunogenicity of an E. coli extract after oral or intraperitoneal administration: induction of antibodies against pathogenic bacterial strains. Int. J. Immunopharmacol 2000 Jan;22(1):57-68.doi: 10.1016/S0192-0561(99)00064-8.
- 11.- Taha-Neto KA, Castilho LN y Reis LO. Vacuna oral (OM-89) en la profilaxis de infección urinaria recurrente: una revisión sistemática realista con metaanálisis. ACURO [Internet] 2015 [Consultado: 15 de marzo de 2018]; 772. DOI:10.1016/j.acuro.2015.04.008. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26601727>
- 12.- Huttner A, Hatz C, Dobbles G, Abbanat D, Hornacek A, Frölich R, Dreyer AM, Martin P, Davines T, Fae K, Nieuwenhof I, Thoelen S, Kivvadias T, Kling K, Ryu G, Hülde T, Gröger S, Scheiner D, Iaimo C, Harbarth S, Poolman J y Fonck VC. Safety, immunogenicity, and preliminary clinical efficacy of a vaccine against extraintestinal pathogenic Escherichia coli in women with a history of recurrent urinary tract infection: a randomised, single-blind, placebo-controlled phase 1b trial. The lancet infectious diseases. [Internet] 2017 [Consultado: 14 de marzo de 2018]; 17:528-537. DOI:10.1016/S1473-3099(17)30108-1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309917301081>
- 13.- W. Bauera Schanaz Aloussib Günther Eggerch Hans Martin Blümleind Gabriel Cozmae Claude C. Schulmanfon behalf of the Multicenter UTI Study Group. A Long-Term, Multicenter, Double-Blind Study of an Escherichia Coli Extract (OM-89) in Female Patients with Recurrent Urinary Tract Infections European Urology Volume 47, Issue 4, April 2005, Pages 542-548
- 14.- Baertschi r., Balmer j.a., Eduah s.b., Llechl a., Lurle d., Schams h. bacterial extract for the prevention of recurrent urinary tract infections in pregnant women: a pilot study Baertschi 2003, Int J Immunoth , 2003;19(1) 25-31.
- 15.- Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund-Johansen TE, Cai T, Çek M, Köves B, Naber KG, Pickard RS, Tenke P, Wagenlehner F y Wullt B. Guidelines on urological infections. EAU. 2015 Disponible en: https://uroweb.org/wpcontent/uploads/19-Urological-infections_LR2.pdf
- 16.- Carrión López P, Utilidad de la vacuna bacteriana sublingual en la profilaxis de las infecciones urinarias recurrentes en la mujer. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2018

URGE UNA MAYOR INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PARTERÍA EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD EN LOS ESTADOS UNIDOS

Un estudio *"Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births"* vincula la atención de partería por matronas hospitalarias con tasas de cesárea entre un 30 % y un 40 % más bajas para mujeres de bajo riesgo.

En los Estados Unidos, alrededor del 32% de los nacimientos ocurren por cesárea, aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda tasas que no superen del 10 al 15% para obtener resultados maternos y neonatales óptimos. Pero las tasas de cesárea no son la única área en la que EE.UU. tiene un rendimiento inferior.

Con 24 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad materna en EE.UU es más similar a la de Irán que la de sus pares económicos como el Reino Unido o Alemania. El parto prematuro, una de las principales causas de muerte infantil y discapacidad de por vida, ocurre en 1 de cada 10 nacimientos. Siete millones de mujeres viven en desiertos de atención de maternidad con acceso mínimo a la atención. Sin embargo, con un costo promedio de atención de maternidad de casi 19.000 dólares, EE. UU. gasta mucho más en atención de maternidad que países con resultados mucho mejores.

Las razones de la atención de maternidad de baja calidad y alto costo en los Estados Unidos son complejas. Pero una diferencia rara vez reconocida entre los EE. UU. y los países con mejores resultados es que estos emplean matronas. EE. UU. tiene una cantidad similar de obstetras y ginecólogos por cada 1000 nacimientos en comparación con países como Gran Bretaña, los Países Bajos y Francia. Pero en esos países, las matronas son una parte integral del sistema de atención médica, superando en número a los obstetras y ginecólogos en una proporción de 3 a 1.



¿Por qué funciona este modelo? Una sólida fuerza laboral de partería libera a los médicos para que se concentren en embarazos de alto riesgo, al tiempo que ofrece a las embarazadas de menor riesgo una atención más personalizada con visitas más prolongadas y mayor apoyo psicosocial, que son típicos del modelo de atención de partería.

Así como la partería ha tenido éxito en el extranjero, los estados de EE.UU con una mayor integración de la partería en sus sistemas de atención médica tienen mejores resultados, incluidas tasas más bajas de cesáreas, menos nacimientos prematuros y muertes neonatales.

Entonces, ¿por qué EE. UU. espera una solución que claramente podría beneficiar a las familias en edad fértil? Una gran cantidad de razones culturales e históricas explican la marginación continua de la partería en los EE.UU.

"A veces envidio a mis colegas al otro lado del Atlántico, donde "matrona" es un término familiar que genera respeto y admiración"-dice una matrona estadounidense que sigue afirmando que "la partería es ampliamente aceptada por el público y el sistema médico británico, con 43 matronas por cada 1000 nacimientos en comparación con las 4 de Estados Unidos por cada 1000".

Apenas fue noticia que la duquesa Kate Middleton dio a luz a sus bebés con matronas. Más bien, The Economist reflexionó que el parto de Kate en una lujosa suite de maternidad privada costó menos que el parto vaginal pro-

medio en los Estados Unidos.

En los EE. UU., las matronas se enfrentan a una realidad diferente. Con frecuencia la sociedad pide que se explique la diferencia entre una matrona, un proveedor de atención médica con licencia, y una doula. Hay que defender la formación y competencias de las matronas ante personas que asumen que las matronas no tienen capacitación formal, aunque para convertirse en una enfermera matrona certificada se requiere una maestría, cientos de horas de capacitación clínica y la certificación de la junta.

El público estadounidense a menudo descarta la partería como una opción marginal para las mujeres que evitan los analgésicos durante el trabajo de parto y planean dar a luz en casa. Si bien es cierto que la mayoría de los partos en el hogar son atendidos por matronas, generalmente matronas profesionales certificadas, que tienen una amplia capacitación de aprendizaje, la gran mayoría de los partos atendidos por matronas son atendidos en los hospitales. Y las mujeres no tienen que elegir entre una matrona y una epidural. Las matronas ofrecen atención mínimamente intervencionista, a elección de las gestantes.

CAMPAÑA HISTÓRICA DE DESPRESTIGIO DE LA PARTERÍA EN EE.UU

Los problemas de relaciones públicas de la partería estadounidense están profundamente arraigados en la historia. Una campaña de la Asociación Médica Estadounidense a principios de 1900 desacreditó a las matronas como charlatanas. Los médicos presionaron para que se eliminaran los programas de formación de matronas y se aprobaran leyes que ilegalizaran la partería. Joseph DeLee, un influyente obstetra de principios del siglo XX, llamó a las parteras una "reliquia de la barbarie". Los ataques sexistas y racistas pintaron como sucias, sin educación y peligrosas. En la década de 1940, la partería prácticamente se erradicó en los Estados Unidos.

Sin embargo, se conservó en las comunidades negras, cuyos miembros no estaban permitidos en muchos hospitales durante la segregación. La matrona afroamericana Margaret Charles



Smith, cuya carrera en la atención de partos domiciliarios en Alabama abarcó varias décadas, escribió en su autobiografía sobre pacientes negras a las que se les negaba el acceso al hospital incluso cuando tenían complicaciones potencialmente mortales. Irónicamente, más tarde se le prohibió asistir a partos en el hogar después de que se declarara ilegal. Las matronas altamente calificadas como Smith se vieron obligadas a cerrar, dejando a las comunidades negras sin sus cuidadores tradicionales.

La discriminación contra las matronas todavía está integrada en la política de atención médica. Limita el número de matronas y limita los esfuerzos de las matronas existentes.

Los programas de capacitación en partería son pocos y cuentan con fondos insuficientes, y reciben solo una fracción de los fondos que reciben las escuelas de medicina y los programas de residencia. Las universidades con programas de partería dependen principalmente de matronas voluntarias para capacitar a las estudiantes durante el trabajo clínico sin reembolso, lo que limita la oferta de preceptores dispuestos.

El interés reciente en aumentar la capacidad para la educación en partería condujo a la Ley de Matronas para MOMS, que se presentó al Congreso en 2021. Proporcionaría fondos para crear o expandir programas educativos con énfasis en restaurar la partería en áreas desatendidas. La aprobación de este proyecto de ley es imprescindible si EE. UU. quiere comenzar a abordar la escasez de matronas.

Hay estados en los que la capacidad de una matrona para ejercer legalmente depende de la voluntad del médico de firmar un acuerdo de colaboración.

Leyes como esta les dan a los médicos la oportunidad de excluir intencionalmente a las matronas de la fuerza laboral debido a los temores sobre la competencia. También crean requisitos onerosos y responsabilidad potencial para los médicos que, de otro modo, estarían dispuestos a trabajar con matronas, lo que desincentiva la colaboración.

Superar décadas de prejuicios contra la partería no será fácil, pero parece que se está viendo un punto de inflexión en el horizonte. Con 1 de cada 10, el número de nacimientos asistidos por matronas en los EE. UU. es el más alto en décadas. Las mujeres eligen cada vez más a las matronas, lo que ejerce presión sobre los sistemas de atención de la salud para que respondan a la demanda contratando a más matronas. Los administradores de atención médica también pueden notar que, 116.892 dólares en comparación con 302,301, el costo anual de contratar a una enfermera partera certificada es significativamente más barato que contratar a un obstetra y ginecólogo.

La atención de partería reduce los costos, mejora los resultados y aumenta la satisfacción de los usuarios.

El siguiente paso lógico es crear políticas que aumenten el número de parteras y aborden las barreras a la práctica de la partería.

EE.UU. necesita más matronas porque los resultados deficientes de los nacimientos y los costos excesivos de la nación son evidencia de que las mujeres embarazadas no reciben la atención que más necesitan, mientras que los dólares de atención médica se desperdician.

El país ya esperó demasiado: es hora de llamar a la matrona.

Fuente: Stat

Matronas para maximizar la óptima maternidad (MOMS) H.R. 3849 fue redactada en 2019, y presentada al Congreso en 2021, establece dos nuevos flujos de financiación bajo el Título VII (Profesiones de la Salud y Programas de Capacitación) y el Título VIII (Programas de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Enfermería) de la Ley de Servicios de Salud Pública.

La Ley de matronas para MOMS tiene como objetivo aumentar la cantidad de matronas que asisten a los programas de partería acreditados por el Departamento de Educación de EE. UU. mediante la asignación de fondos que apoyarán a las estudiantes de partería, establecerán o ampliarán los programas de partería y garantizarán el apoyo para aumentar la cantidad de preceptores en los sitios de capacitación clínica para asesorar a los estudiantes que se capacitan para convertirse en CNM, CM o CPM. Además, la legislación toma medidas deliberadas para abordar las disparidades de salud que afectan de manera desproporcionada a las madres negras y otras personas de color al priorizar los programas de partería que demuestran un enfoque en fortalecer y aumentar la representación racial y étnica que ayudará a crear una fuerza laboral de partería más diversa.

La salud materna e infantil se encuentra en un estado de crisis en los Estados Unidos con grandes disparidades que comienzan en el embarazo y en el nacimiento y se magnifican con el tiempo. Se necesita una acción colectiva en todo el proceso de atención de la salud para mejorar los resultados para esta población. Estados Unidos se enfrenta a una escasez actual y cada vez más grave de proveedores de atención de maternidad capacitados, lo que deja en riesgo a las madres y los bebés de todo el país.

Una noticia importante para la profesión, que el primer país del mundo adopte estas decisiones considerando finalmente, la importancia de las matronas para el sistema de salud y la sociedad.



ENTREVISTA A M.ª JOSEFA ESPINACO GARRIDO, MATRONA, FUE VOCAL MATRONA EN EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE SEVILLA.

Nuestra entrevistada de este mes de marzo del 2023 es una matrona de esas que tienen garra, carácter, pero al mismo tiempo un sentido del humor y una alegría, no sé si por genética o por la tierra que la vio nacer, San Juan de Aznalfarache, provincia de Sevilla, que le imprimió esa manera tan optimista de afrontar la vida, con problemas o sin ellos y que contagia a todos los que están a su alrededor. Desde luego no pasa desapercibida, queriendo o sin querer, en su alrededor nada es inmutable.

M.ª Josefa, Pepa, como la conoce casi todo el mundo, es una mujer de las que yo llamo “guerrera” y de las que bien pocas quedan, que con sonrisa o sin ella te dice las cosas claras como el agua y a la cara. No hace mucho que pasó a mejor vida, “la jubilación” pero únicamente de lo laboral, porque con siete nietos y tanta actividad personal como tiene, es un torbellino el que se produce cada día de su vida, eso sí, bien gestionado para llegar a todo, en este momento, entre lo personal y lo familiar. Os invito a descubrir, quien ha sido y es, esta matrona sevillana con una larga trayectoria en el mundo de la matronería o matronología, como diría una amiga mía.

P: Hola Pepa, no sabes la ilusión que me hace poder entrevistarte, y aunque nos conocemos hace años, me apetecía mucho ahondar en las profundidades de tu vida, y aunque no queda exenta alguna que otra risa, nos tendremos que poner serias, ¿no?(jajajajaja!!) Creo que será mejor empezar esta aventura por el principio, el de tus años de estudiante, ¿Dónde te formaste Pepa?

R: Bueno, si me lo dices así (risas), me tendré que centrar...Verás, estudié bachillerato entre Sevilla y Badajoz por motivos familiares y enfermería en la Escuela Universitaria de la Facultad de Medicina de Sevilla, por cierto, ha sido la promoción de enfermería con más alumnos que ha existido en la Escuela de Enfermería 430 alumnos allá por los años 70, concretamente entre 1973-76.

P: Sé que tienes varias especialidades, además de la de matrona, pero ¿tienes algún antecedente en tu familia que sea sanitario?

R: Sí, la verdad que estudié también las especialidades de Enfermería Psiquiátrica, Enfermería del Trabajo, Prevención de Riesgos Laborales de Grado Superior, y tengo un Máster de Formación en Sexología de la Asociación Sexológica de Sevilla.

Pues curiosamente, no cuento con antecedentes familiares de sanitarios pero sí he influido en que sean Enfermeros dos hermanos, un sobrino y Matrona una sobrina, de lo que me siento muy orgullosa.



P: No te hiciste matrona nada más terminar enfermería, según me contaste, hiciste primero la especialidad de psiquiatría, ¿no? pero ¿cómo se te ocurrió formarte también como matrona? Cuéntame esos inicios.

R: Pues comencé trabajando en el Hospital Universitario de Sevilla (Hospital Virgen Macarena) dependiente de la Facultad de Medicina de Sevilla, en la misma unidad en que realizaba la Especialidad de Psiquiatría. Porque entre las mejores notas del examen de acceso se adjudicaban seis puestos de trabajo en el Servicio de Psiquiatría mientras durase la especialidad. Como quería obtener una plaza en el Servicio Andaluz de Salud, dejé el Hospital Macarena de Sevilla y obtuve una plaza en el Hospital "Fernando Zamacola" de Cádiz, donde comencé en el Servicio de Traumatología y Rehabilitación.



Y lo de matrona...pues verás, como nunca había visto asistir a un parto durante los estudios de Enfermería, así que, visité a mis compañeras de carrera para lograr ese deseo y tema pendiente, estando ya trabajando en Psiquiatría. Y me gustó tanto lo que hacían las Matronas, que decidí presentarme al examen de acceso a la Especialidad y lo aprobé por lo que durante ese periodo que trabajaba en Cádiz, tuve que desplazarme semanalmente a Sevilla para asistir a las clases teóricas y realizar las prácticas. Fue en este tiempo cuando nació mi primer hijo en 1979.

P: ¡Vaya tiempos aquellos!, ¿qué te impactó durante esta formación?

R: Me acuerdo que realicé la especialidad bajo un sistema médico, tanto la teoría como la práctica, todo estaba en función y control de los tocólogos. Era normativo controlar la evolución de la dilatación cervical mediante tactos rectales. La práctica habitual hospitalaria era la estimulación con oxitocina y una sedación farmacológica a todas las mujeres por indicación imperativa, donde sólo se escapaban las que llegaban en un estado muy avanzado de dilatación o parto inminente. Parían en un estado semi-inconsciente, que me impresionó negativamente, y con la necesidad de aplicar una reanimación al recién nacido que implicaba el retraso en el encuentro madre-bebe e inicio de la lactancia.

P: Si era lo habitual por aquellos años de finales e inicio de los 80, una asistencia muy intervencionista y medicalizada, en manos de los tocólogos, y cuando acabaste la especialidad, ¿trabajaste enseguida de matrona? Lo pregunto porque sé que después de lo vivido tu objetivo fue cambiar ese tipo de atención que recibían las mujeres, ¿no?

R: No, no fue enseguida. Posteriormente y una vez finalizada la Especialidad de Matrona me trasladé al Hospital Infantil de Virgen del Rocío de Sevilla como enfermera, porque no había plazas de matronas, hasta que se abrió el Hospital Universitario Virgen de Valme donde obtuve una plaza en propiedad y comencé a trabajar de Matrona. Y sí, tienes razón en tu comentario. Es en este hospital donde asistía por primera vez a mujeres despiertas totalmente y realicé los tactos vaginales. Lo que me permitió una asistencia más humanizada del parto y poder tener una buena comunicación con las mujeres, donde ellas podían participar y colaborar más en sus partos. Se permitía que el marido pudiera ver el parto desde el paritorio a través de una cristalera para tal efecto. Pude tener una muy buena relación con las mujeres.



P: ¿Y qué pasó después, te quedaste en el hospital de Valme o te trasladaste para seguir humanizando el proceso de parto en otros hospitales?

R: Al tiempo me trasladé al Hospital de la Mujer/Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla también como Matrona, un hospital donde se realizaban aproximadamente de 50 a 70 partos diarios. Afortunadamente pude coincidir con Matronas veteranas con una gran experiencia en todos los ámbitos de la Matronería, todas ellas habían comenzado su andadura como Matrona en épocas remotas y muy diferentes a la actualidad. Me llegaron a contar parte de sus experiencias, como por ejemplo, la de necesitar la autorización paterna o marital para poder hacer las prácticas de matrona (realizar prácticas o trabajos nocturnos). Algunas contaban que para asistir a las mujeres habían usado como medio de transporte, el burro, otras en bicicleta, las más afortunadas en motocicleta o en coche, por supuesto acompañadas de un hombre para poder salir de noche.

P: Y en esta época, ya casada con tu marido, por cierto, también matrón, tienes que tomar decisiones, ¿puedes contarme esa etapa?

R: Como bien dices, no solo casada sino que ya tenía tres hijos y en los hospitales no se conciliaba, por culpa de los horarios, tenía muy mala la vida laboral y familiar, así que decidí presentarme a las oposiciones de Atención Primaria de Salud para Enfermera, ya que para matronas no estaban contempladas aún. Aprobé las oposiciones y obtuve plaza en un centro de salud de Sevilla, donde realicé labores propias de Enfermera y se me encargó todo lo relacionado con la salud de la mujer. Entre otras cosas realicé educación maternal, citologías y educación sexual en los centros educativos.

P: Y estando de enfermera en ese centro ya pegas un salto profesional importante pero con muchas dificultades, por decirlo así ¿verdad?

R: Si, desde luego, a muchos disgustó. Te cuento, en este periodo se opta a las direcciones de los centro de salud mediante un proyecto de dirección y votación del personal, los médicos solo necesitaban una mayoría simple y para las enfermeras se le pedía que fueran votadas por mayoría simple también pero dentro de esa mayoría tenía que tener a su favor más de la mitad de los médicos del centro. Me presenté al puesto de dirección del mismo junto con un médico de familia y un pediatra, gané el puesto, por lo que me convierto en la primera Enfermera directora de un centro de salud en Sevilla.



Algo que no sentó muy bien a los médicos que no me habían votado, los cuales no me facilitaron especialmente mi labor como directora.

Me sirvió mucho esta experiencia en el aspecto de administración de recursos humanos, con nueve categorías profesionales diferentes, también económico, recursos materiales, en la adquisición de habilidades sociales, en las relaciones administrativas con los usuarios, con las jefaturas sanitarias y con otras direcciones de la zona básica de salud. Allí estuve aproximadamente cinco años.

P: Y después, vuelves a trabajar como matrona y ¿ahí comienza otra andadura de cambios en la profesión desde la Atención Primaria?

R: Si, desde luego. Finalizado este periodo como directora, solicité una situación especial en activo (SEA) como Matrona de Atención Primaria de Salud y me adjudicaron un centro de salud de Sevilla. En este centro realizaba el control de embarazo con el tocólogo al que acompañaba en la consulta. . Después de insistir mucho, ya sabes, llegué a convencerlo de que al menos me permitiera realizar la primera visita de embarazo y la visita puerperal, con lo que realmente comencé a realizar labores propias de mi profesión y en relación a las mujeres, comencé a dispen-

sarles educación para la salud. La experiencia con el tocólogo me sirvió para adquirir confianza en el desarrollo de la consulta.

Aquí realicé la educación maternal como ya venía haciendo como Enfermera en el anterior centro de salud, la visita puerperal en el centro y domicilio, educación sexual en los centros educativos y comienzo con educación para la salud en grupo de mujeres climatéricas, que no se realizaba en Sevilla.



P: O sea, revolucionaste el centro de salud, cosa que no me extraña, pero sé que seguiste en tu ascenso, y en tus batallas, Pepa cuéntame más de esta etapa.



R: Pues en este periodo me nombran Coordinadora de las Matronas de Atención Primaria del Distrito Sevilla para así, colaborar en la reconversión de las Matronas de Cupo, de Zona y las de Equipos Tocológicos en Matronas de Atención Primaria de Salud. Hubo que pelear mucho para que no se amortizaran las plazas de estas Matronas que se iban jubilando y se podían perder para Primaria. Así por fin, contamos en Sevilla con 22 Matronas de Atención Primaria de Salud, pero en vez de ser Matronas de Centros de Salud se nos convirtió en Matronas de Dispositivos de Apoyo, con lo cual, la Matrona, no pertenecía a ningún centro de salud concreto y muchas tuvimos, y siguen teniendo, que asistir a dos o más centros de salud.

P: Pero en este centro no te quedaste, sé que tu objetivo era conseguir matronas para Atención Primaria con un programa que abarcara lo mismo que tú hacías y tengo entendido que te cambiaste de centro, ¿no es así? ¿Tuviste apoyo o fue tu empeño en cambiar las cosas?

R: Si, te cuento, cuando se convocan las plazas de Matronas de Atención Primaria de Salud, puesto que hasta entonces íbamos ocupándolas mediante SEA o comisiones de servicio, como ya creo que te he dicho, me presento a las oposiciones y obtengo una plaza como Matrona de Atención Primaria de Salud del Distrito Sevilla, en la que continúe como Coordinadora de Matronas y donde he terminado jubilándome, no sin haber pasado como Coordinadora por todos los centros de salud de Sevilla ayudando a la unificación de criterios en el desarrollo de la asistencia a las mujeres para evitar las diferencias asistenciales por razón de centro o área de salud, así como la mejora en la situación laboral de las compañeras. A tu última cuestión, tengo que decirte que estuve acompañada por la Dirección del Distrito con la que se se realizaban reuniones mensuales para actualizaciones y la realización de formación continuada para el avance en los conocimientos. También como Matrona de Atención Primaria he pasado al menos por tres o cuatro centros de salud de la ciudad.



P: Bueno, y cambiando de tercio, como se dice en el argot taurino, has compaginado tu labor de coordinadora, en la asistencial, con tu faceta docente, pero cuéntame un poco más de tu paso por la Universidad porque me ha sorprendido gratamente.

R: Mi actividad docente se ha desarrollado como Coordinadora y Profesora de numerosos cursos de la Escuela de Especialización Profesional de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, desarrolladas como Formación Continuada en el Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Córdoba, Lugo, Orense, Tudela, Bilbao, Huelva, Jaén, Málaga...

También fui profesora en varios cursos de Extensión Universitaria de la Escuela de Ciencias de la Salud de Sevilla, en el Departamento de Enfermería.

P: También fuiste profesora en la Unidad Docente de Matronas (UDM) en Sevilla si no recuerdo mal...

R: Sí, claro, desde el comienzo de estas nuevas unidades de formación de Matronas con el nuevo sistema de formación Enfermera Interno Residentes (EIR) y después de un periodo de ocho años sin haberse formado Matronas en España. Fui profesora de la asignatura: "Enfermería de la Mujer y Familia I y II" en la UDM del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Hay que decir que las primeras promociones fueron muy poco dotadas pues formábamos a dos matronas por año. Y como novedad, se había conseguido que las Matronas fueran formadas tanto en la teoría como en sus prácticas, mayoritariamente por profesoras Matronas.



P: Te he visto en congresos presentar trabajos sobre temas de sexualidad, en la que te formaste específicamente y con temas de migración, con el que algún premio has ganado. ¿Desde cuándo tienes vocación docente?



R: Bueno, siempre la he tenido, antes de hacer docencia más formal en la universidad, desde el año 1985 hasta 2019 realizaba la labor docente mediante charlas de sexualidad en diferentes centros educativos de Sevilla y Huelva. Y con la asignatura de Sexualidad también fui profesora numeraria de la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen del Rocío de Sevilla durante varios cursos académicos.

Y sí, con el tema de migración, he estado muy implicada dando cursos para la formación del personal, monitores y migrantes

dentro de la Fundación CIMME (Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros) de Sevilla donde colaboré durante varios años.

P: Como he hecho los deberes, y tal y como te comentaba antes, has participado en números congresos, dentro y fuera de España, y conseguido varios premios, y tienes una faceta investigadora importante, imagino que por tu carácter, por querer saber más, por la curiosidad que tienes por cómo avanzar en nuestra profesión. Pepa, sé que es largo, pero cuéntame algunas de tus investigaciones.

R: Bueno, la verdad es que tengo varios premios, pero admito he tenido mucha suerte, por llamarlo así, porque algunas de las investigaciones que he hecho han sido con ayuda de varias entidades, como por ejemplo, el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III sobre "Valor predictivo del síndrome metabólico en

en la gestación para el desarrollo de diabetes méllitus y factores de riesgo vascular en la madre y en el hijo a corto plazo tras el parto” o también por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía sobre “ Validación de un cuestionario para la detección de la melancolía o tristeza puerperal (Maternity Blues)” y un proyecto con el que he estado realizando actividad docente y divulgativa durante unos 6 años del Ministerio de Sanidad y Consumo (Instituto de Salud Carlos III) sobre “Mecanismos preventivos de la dieta mediterránea e influencia sobre la calidad de vida, relacionada con la salud”.



P: Bueno, creo que nuestras compañeras, las que no te conozcan, se pueden hacer una idea de todo el bagaje investigador (algunas no has contado, lo sé), y publicaciones en muchas revistas, pero también sé que te sientes especialmente orgullosa por uno de tus logros, ¿lo puedes compartir?



R: La verdad que sí, uno de mis mejores logros porque fui autora y coordinadora de la realización de la primera “Guía de Educación Maternal del Distrito de Atención Primaria de Sevilla”, y la realización del primer Pictograma para ayuda a la consulta de embarazo, puerperio y educación maternal, traducido a nueve idiomas, en el mismo Distrito de Salud.

P: Pepa, tienes muchos logros en tu trayectoria profesional además de los ya relatados pero creo que te has dejado alguno que merece la pena compartir, ¿no?

R: Jajaja! Mira que eres, me lo vas a sacar todo! Pues entre otras, fui pionera en la promoción y colocación de Implantes anti-conceptivos subcutáneos en Sevilla, especialmente dirigidos a poblaciones con riesgo de exclusión social y posteriormente participé como docente en cursos para el aprendizaje y capacitación en la colocación de los implantes para el personal médico, matronas y enfermeras.

Por supuesto que dada mi específica formación en sexualidad he realizado cursos de formación continuada en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Salud de Sevilla, especialmente de Sexualidad y Planificación Familiar para médicos, matronas y enfermeras. Y a propósito de esto, me siento especialmente satisfecha de haber sido coautora y asesora en la realización de contenidos y materiales didácticos en el “Maletín de Sexualidad de la Junta de Andalucía”, que yo sepa, el primero en España.



P: Como no podía ser de otra manera, fuiste Vocal Matrona en el Colegio de Enfermería de Sevilla, y miembro de su Junta Ejecutiva, tal y como te presenté al inicio, durante 24 años, pero estoy segura que algunas compañeras no son del todo conocedoras de cuál es la labor que las matronas podemos hacer desde estos cargos. ¿Puedes compartir tu experiencia?

R: Siempre creí que algunas batallas se ganan desde dentro, así que me metí de cabeza cuando me dieron la oportunidad. Desde este puesto me he encargado de atender a nuestro colectivo y ayudar en los problemas que nos surgían, sobre todo, intentando siempre mejorar la situación de las Matronas.

Otra de las tareas realizadas desde la Vocalía ha sido catalizar las relaciones con otras entidades y asociaciones de Matronas, mejorar las relaciones entre la asistencia hospitalaria y primaria a nivel de Matronas y defender a nuestro colectivo del intrusismo profesional.

Otra cosa que te permite el cargo es organiza jornadas, como la del día del cáncer de mama en colaboración con la Asociación del Cáncer de Mamas de Sevilla o la creación de Seminarios y Cursos de actualización para Matronas como formación continuada y garantizados por la Universidad Complutense de Madrid.

Bueno y otras muchas cosas que se pueden hacer desde dentro, si realmente tienes ganas de hacer, desde luego, porque con mi carácter, no me han puesto muchas dificultades! (risas), pero fundamentalmente, he representado a las matronas sevillanas

en todos los actos públicos que se me han requerido y su difusión en cualquier medio de comunicación.



P: ¿También estuviste en la Comisión Nacional de la Especialidad?

R: Si, estuve como asesora técnica en el Ministerio de Sanidad y Consumo, interviniendo en la creación del nuevo plan de estudio de la nueva formación de la especialidad de Matronas como Enfermeras Internas Residentes. También en el tutelaje de las nuevas Unidades de Formación de Matronas para garantizar su adecuado rendimiento.

Pero además dentro del Ministerio, valoraba y revisaba de los expedientes de solicitud de convalidación y homologación de los títulos de matronas de extranjeros lo que me llevó a ser miembro de la Comisión de Asesoramiento para la apertura de Unidades Docentes de Matronas en Marruecos.

P: Con todo lo que has contado, y con todo lo que hemos hablado, hay un tema que sé que le dedicas o le has dedicado parte de tu vida personal y es, la situación de las chabolas en una ciudad como Sevilla dónde hay tantas personas de etnia gitana, sobre todo, según me contaste hace unos años, ¿Cómo llegas a implicarte en algunos proyectos en estos barrios?

R: El problema del chabolismo en Sevilla tiene una significación especial, seguramente porque en nuestra ciudad el asentamiento más antiguo de Andalucía y uno de los más extensos. Viven en él aproximadamente unas 800 personas en unas condiciones de marginación social y por lo tanto poco dignas, carecen de muchos servicios fundamentales y en definitiva al acceso a los recursos (incluido el sanitario) en igualdad de oportunidades. El Plan Andaluz de Inclusión Social establece entre otros objetivos, la prestación de atención socio-sanitaria a las personas

en situación de dependencia.

Desde el Centro de Salud Pino Montano de Sevilla observé las características de la población del barrio chabolista de “El vacie”, y especialmente de las mujeres en las que se podía ver la necesidad de una labor de integración social y sanitaria, así que decidí presentar un proyecto que pudiera mejorar la situación de estas mujeres de etnia gitana, que fue aceptado en el Distrito Sanitario de Sevilla y mediante el cual se solicitaba la dispensación gratuita de la colocación de implante anticonceptivos subcutáneos para distanciar los embarazos de las mujeres de este núcleo de población chabolista.



P: ¿Y así, tu sola o tuviste ayuda? Porque es una labor educativa y asistencial más complicada de lo que parece.



R: Pues en el desarrollo del proyecto, se comenzó contando con la ayuda de la Trabajadora Social del Centro de Salud y del equipo municipal que asistía a esta población. Para lograr que acudieran al centro de salud se hicieron charlas informativas en la lavandería y la guardería del propio barrio (lugares de encuentro de las mujeres) y a través del ofrecimiento de controlar su embarazo y de dispensar planificación familiar, conseguimos que comenzaran a acudir al centro de salud.

Y es a través de esta iniciativa, que logramos que las mujeres perdieran el rechazo que tenían de acudir al centro de salud y que acudieran, no sólo, al control de embarazo y planificación familiar sino a los diferentes programas que ofrecía el centro como, vacuna-

ción, niño sano, postparto, odontología, diabetes, hipertensión, climaterio...en definitiva, comenzaron a cuidarse y a procurar conductas generadoras de salud.

P: ¡Guau! ¡Madre mía! que satisfacción debe dar haber logrado este éxito, intuyo que se saborea de diferente manera, cuando de entrada es un reto tan...difícil, ¿no?

R: La verdad que sí, pero en general ese ha sido el denominador común, los retos ante las dificultades pero sobre todo, si tuviera que resumir mi trayectoria profesional, te diría que toda ella se ha desarrollado, en general, en procurar la mejora de la situación de las mujeres a través de la asistencia sanitaria y a mejorar en lo posible la visualización, desarrollo profesional, condiciones laborales, ampliación del mapa de competencias, acreditación profesional y valoración social de las Matronas.

P: Pepa, estamos casi llegando al final, y no te he preguntado por tu situación actual, llevas jubilada desde 2019. ¿Cómo se lleva esta etapa para una mujer tan activa como tú?

R: Después de dejar de trabajar, no se acaba tu vida, sino que ahora comienza otra etapa donde poder disfrutar de cosas que antes por tu dedicación familiar, social y laboral no tenías tiempo de realizarlas. Así, actualmente, me dedico a mis aficiones favoritas, como leer novelas, acudir al conservatorio de música para aprender percusión, acudir a clases de pintura artística, clases de inglés, natación, pádel y sobre todo pasear por la playa. Y últimamente me ronda el pensamiento de realizar un libro sobre mi experiencia en divulgación sexual en los centros educativos. También continúo con algunas labores docentes como cursos en el Distrito Sanitario Sevilla para médicos, matronas y enfermeras, jornadas de sexualidad en Centros de Participación Activa de Personas Mayores, jornada sobre sexualidad para personas con ciertas patologías y disfunciones.

P: Ya estamos en la última pregunta Pepa, ¿algo que quieras comentar de tu vida personal, familiar, una parte muy importante de ti?

R: No quiero terminar sin hacer una mención especial al hecho de que mi marido, estudió enfermería en la misma promoción que yo, también realizó la especialidad de Matrona, un año después, cuando se permitió que los hombres pudieran realizarla. Que ha sido un gran apoyo porque los dos hemos tenido la misma percepción e inquietud profesional, y ha estado siempre facilitando y apoyando todas mis decisiones y proyectos emprendidos en mis diferentes etapas profesionales.

Y para finalizar deciros que estoy muy contenta de tener cuatro hijos y siete nietos por lo que también disfruto de pasear, jugar, ir a verlos y darle muchos besos pues viven en Granada y no los tengo siempre conmigo.



Pepa, ha sido un verdadero placer compartir este tiempo contigo, de verdad, me pasaría horas escuchándote, no sé si la manera de contarlo o tu acento, pero me atrapa el “embrujo andaluz” y he descubierto no sólo a la gran persona, que ya sabía que eres, sino a toda una profesional con un corazón muy grande y de la estirpe guerrera, de las que se implican y hacen por cambiar y mejorar aquello en lo que creen.

Solo espero que, con esta entrevista, aquellas compañeras que no te conocían antes, pongan cara a una extraordinaria mujer y profesional, con una interesante trayectoria profesional, con una estupenda y generosa familia y un incondicional compañero de vida.

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.

ATENEA Redactora AEM



COMUNICADO IMPORTANTE

Como habrás observado no te ha llegado INFOFEBRERO.

Para este 2023 limitaremos el boletín informativo de la Asociación Española de Matronas a una periodicidad bimensual en los meses enero, marzo, mayo, julio, septiembre y noviembre.

JORNADAS CIENTÍFICAS APMEX 2023

Matronas pilar de la salud integral de la mujer



Estimadas compañeras y compañeros,

Estamos ultimando los detalles de las próximas Jornadas APMEX. Este año tendrán lugar en Almendralejo el 11 y 12 de mayo. En breve podremos subir a la web información de la sede, programa e inscripciones...

Sin embargo, a partir de hoy y hasta el 31 de marzo, estará abierto el plazo de presentación de resúmenes para presentar póster a las Jornadas.

Podéis consultar las bases y subir vuestro resumen en el siguiente enlace:

<http://matronasextremadura.org/jornadas-apmex-2023/>



VUELVE A CONVOCARSE EL CONGRESO INTERNACIONAL ICM

Estamos entusiasmados por volver al formato presencial en junio de 2023 con el tema «**Juntos otra vez, de la evidencia a la realidad**». La pandemia de COVID-19 continúa, aunque muchos países están relajando las restricciones y ya se puede viajar al extranjero. Es un buen presagio para el Congreso, pero hemos hecho algunos cambios en el programa para tener en cuenta las posibles repercusiones de la pandemia:

- El programa científico va a **durar tres días** en lugar de cuatro y hemos reducido el número de sesiones simultáneas a 10.
- Se han eliminado los simposios y las sesiones sobre temas especiales para que se pueda hacer el mayor número posible de presentaciones en este programa reducido.
- Solicitamos resúmenes para **presentaciones orales, talleres, sesiones de tesis de tres minutos y pósteres**.
- Las sesiones se grabarán y, tras el Congreso, las grabaciones estarán a disposición de todos los participantes que no hayan podido desplazarse a Bali.
- Tras la introducción del nuevo Marco profesional de la partería de la ICM en 2021, nos gustaría recibir resúmenes relacionados con uno o varios de los diez elementos del marco:
 - 1. Filosofía de las matronas
 - 2. Competencias esenciales para la práctica de la partería
 - 3. Formación de matronas
 - 4. Regulación de la partería
 - 5. Asociaciones de matronas
 - 6. Investigación
 - 7. Modelo de práctica de la continuidad de la atención dirigida por matronas
 - 8. Liderazgo de partería
 - 9. Entorno capacitador
 - 10. Compromiso con la igualdad de género y la justicia, la equidad, la diversidad y la inclusión



Programa 2023

¿Qué mueve a las matronas en su día a día? ¿Cómo afectan la guerra, las crisis y el cambio climático a su trabajo diario? El mundo se vuelve cada vez más complejo, y el conocimiento también. Pero, ¿cómo te mantienes informado?

La digitalización y la IA pueden ser compatibles, pero ¿dónde están los límites? La pandemia puso en marcha muchas cosas y continúa determinando el discurso público y la atención en el sistema de salud alemán hasta el día de hoy. Esto también tiene consecuencias para la obstetricia.

El 17º Congreso Alemán de Matronas aborda estos temas y, con su diverso programa de formación, ofrece una amplia visión general de los desarrollos actuales en el campo de la atención obstétrica en Alemania

Con Berlín como sede, la DHV se centra deliberadamente en su trabajo de política profesional. En la agenda se encuentran iniciativas legislativas, temas de actualidad como la digitalización, pero también diversos temas de relevancia social.

Como de costumbre, la atención se centra en el trabajo diario original de una matrona. ¿Qué los distingue? ¿Qué desafíos enfrenta actualmente y qué determinará el trabajo de sus colegas en el futuro?

Más información sobre los temas del CONGRESO DE MATRONAS se puede encontrar en el programa en breve. Estará disponible aquí a partir del 1 de septiembre de 2022 y se actualizará continuamente.

INFORMACIÓN: <https://hebammenkongress.de/>

NOTICIAS DE SIMAES



LA FALTA DE FLEXIBILIDAD DE LA FSE COMIENZA A ORIENTAR A LOS RECIEN GRADUADOS A ESPECIALIZARSE FUERA DE ESPAÑA.

La voz de alarma parte de los facultativos, que piden ya una “gran reforma” que haga atractiva la especialización dentro de nuestro SNS, y podría ser uno de los paradigmas que solventen el déficit estructural de Matronas.

Recientemente la Asociación de Médicos Españoles en Europa, una organización que se encarga de asesorar a los médicos interesados en completar su formación fuera de las fronteras españolas, ha indicado que a los recién graduados no les atrae el proceso que conlleva hacer el MIR, por el que “un número” determina su futuro, y que es esta falta de flexibilidad del SNS, una de las razones principales por las que cada vez son más los facultativos jóvenes que se plantean especializarse fuera de España.

Apuntamos esta cuestión porque es coincidente con la problemática derivada de la falta de adecuación de las plazas EIR que se ofertan anualmente (en el caso de las Matronas 420) con las necesidades asistenciales de la mujer española. Este encorsetamiento está totalmente injustificado, no sólo por la demanda del sistema que queda sin cubrir (está muy lejos de cubrir el relevo generacional), sino porque el número de solicitantes para formarse como Matronas es superior, año tras año, a la oferta.

Con las posibilidades formativas que posibilita pertenecer a la UE, la Asociación de Médicos Españoles en Europa afirma que es la flexibilidad y la vocación, las dos principales razones de la ‘fuga de batas blancas’ de España: “Que el médico se dedique a la especialidad que quiere es una razón de peso en la decisión final de los estudiantes, además de las condiciones económicas”. También las duraciones de los contratos laborales es uno de los hándicaps de los profesionales noveles y apunta que esta no es una cuestión de dinero, que no parece ser un problema de falta de presupuesto, es de gestión y voluntad política, es una cuestión de mentalidad y de querer mantener el sistema, el “statu quo”.

Más información:

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/la-poca-flexibilidad-del-sns-empuja-a-los-medicos-a-especializarse-fuera-7444>



LA PRETENSión MÉDICA DE CONSEGUIR EL APOYO EUROPEO PARA AUPARSE A LA CATEGORÍA PROFESIONAL A+ SE FRUSTR.

La UE no reconoce el A+ médico ni asigna a los Enfermeros el A1, por entender que es competencia de España determinar qué cualificaciones nacionales se encuentran en qué nivel del Marco Europeo de Cualificaciones (EQF).

Ninguneando a las Enfermeras Especialistas, el germen de esta controversia, sobre la creación de la figura de la categoría A+ para los médicos, parte de la existencia de un Marco Europeo de Cualificaciones (EQF) que refleja una correlación entre los niveles 6 y 7 de del EQF con las categorías A1 y A2 establecidas en el Estatuto Marco de 2007 y la reclamación de la Enfermería para adecuar sus competencias al grupo A1.

La reivindicación médica de ascender a un nuevo grupo (A+), que a la postre supondría un nuevo grupo retributivo, es que según los sindicatos médicos "De lo contrario se estaría incurriendo en un intolerable agravio comparativo que situaría en el mismo rango a dos profesiones con evidentes diferencias tanto en el tiempo de formación exigido, capacidades y responsabilidades adquiridas". De agravios estamos sobrados las Matronas.

Este planteamiento tiene su base en el uso del número de créditos ECTS de las titulaciones como el principal baremo a la hora de establecer las categorías profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que mantendría la diferencia actual entre médicos y enfermeros, sin distinción para las especialidades que también tienen una formación diferenciada.

No obstante, la Comisión Europea ha descartado intervenir en este asunto, al considerar que corresponde a cada uno de los países miembro decidir de qué manera adaptan sus reglas al organigrama común indicando que "Es una competencia nacional determinar qué cualificaciones nacionales se encuentran en qué nivel del Marco Europeo de Cualificaciones (EQF)", más aún, inciden en que el EQF no indica nada sobre el nivel de las profesiones individuales, aunque si dicen la Comisión Europea es que el EQF marca unas pautas generales para el conjunto de las profesiones. **De esta manera, las carreras que implican un master universitario, se suelen enmarcar en el nivel 7 del organigrama, mientras que las que corresponden con una licenciatura corresponden habitualmente al 6. Teniendo en cuenta el razonamiento de la Comisión, a las Matronas debería corresponderles el nivel 7 del organigrama, el mismo que ostentan los médicos.**



PRIMER CONCURSO DE FOTOGRAFÍA 2023: “LA EXPERIENCIA DE SER MADRE”



Este año queremos que os animéis a compartir fotografías entrañables de las mujeres que atendéis durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, por ello, hemos organizado el Primer Concurso fotográfico para vosotras/os, matronas y matrones o para las propias mujeres que quieran participar y llevarse un premio a la foto más artística, emotiva o interesante.

BASES DEL CONCURSO

Plazo de presentación: Desde el 1 de enero del 2023 al 15 de abril de 2023

Formato: Tamaño original (JPG-PNG- 1500 KB calidad mínima), realizada en vertical, en color y a ser posible, con un título.

Condiciones: Las fotografías presentadas, deberán ser acompañadas por un documento firmado de cesión de imágenes a la Asociación Española de Matronas (AEM) para uso divulgativo o científico en nuestra revista.

PREMIO: Las participantes tendrán un certificado y a la ganadora/or se le obsequiará con una tarjeta regalo de El Corte Inglés. La resolución del concurso se publicará en el número de INFOMATRONAS de mayo 2023 y personalmente, a la ganadora o ganador.

Las fotografías deberán enviarse al mail: matronas@asociacion-nacional.com

ASUNTO: Concurso fotográfico.

NOVEDADES SOBRE “LOS CONSEJOS DE TU MATRONA”

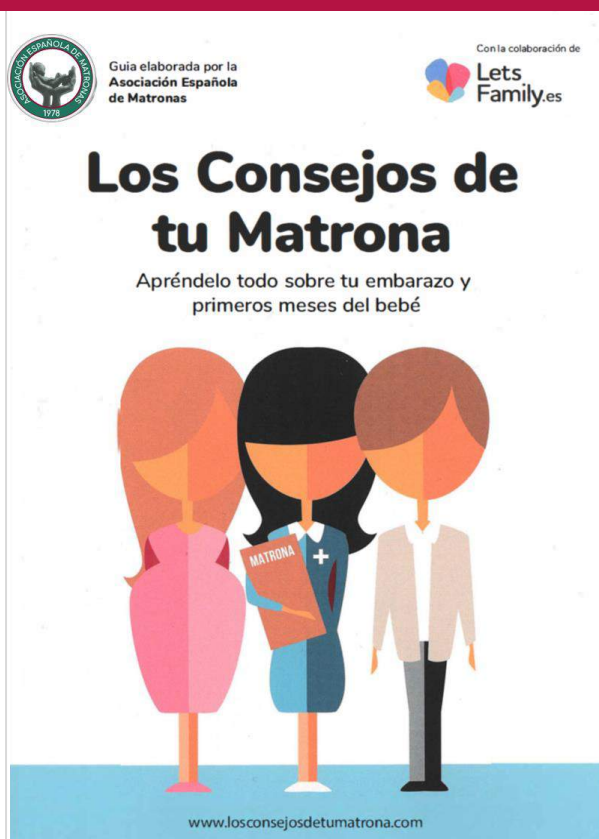
En el año 2022, la nueva tirada impresa fue distribuida a través de Lest Family con la que hemos establecido un nuevo convenio de colaboración para la impresión y distribución de ésta Guía cuya propiedad intelectual sigue siendo exclusivamente de la AEM.

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 2022 a través de la AEM.

Resumen: La distribución de los **Consejos de tu Matrona** ya no la realiza la AEM porque Lest Family se ocupará de la misma. También se mantiene la versión on line PARA DESCARGAR en la web de la AEM: <https://aesmatronas.com/publicaciones/>

AGOTADA NUEVA VERSIÓN IMPRESA ACTUALIZADA 2022

SOLICITAR EJEMPLARES PARA 2023 EN: matronas@lestfamily.es



INVITACIÓN



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

¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

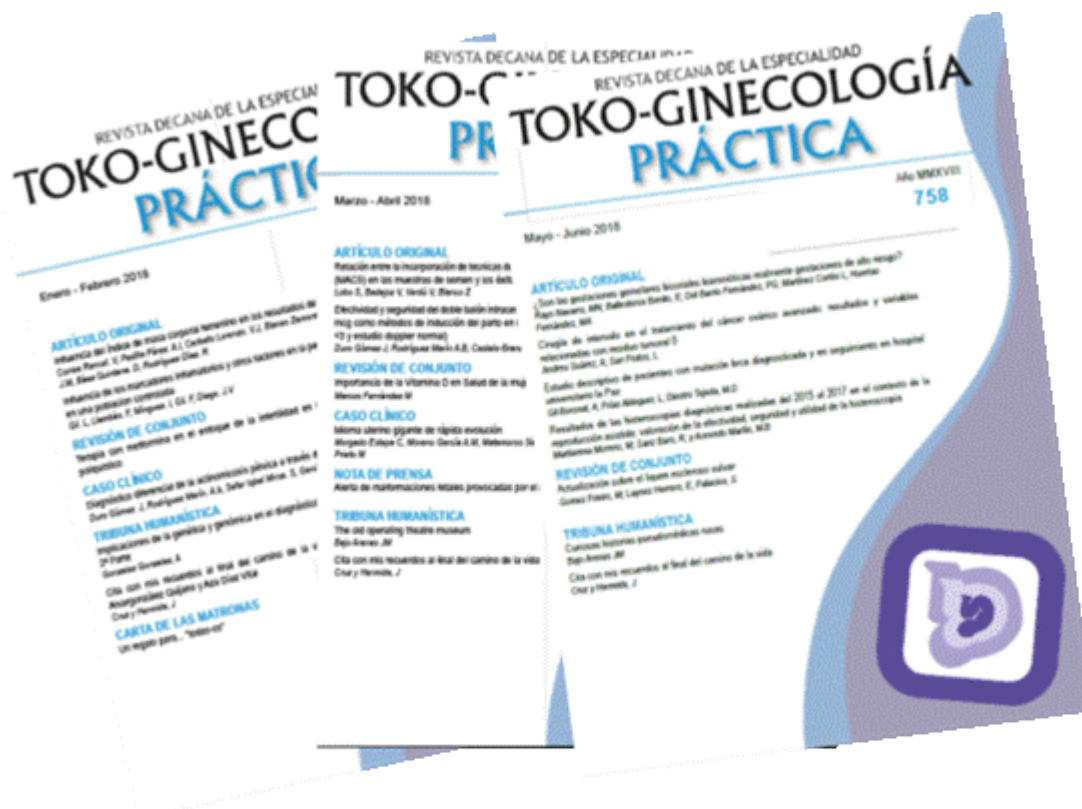
¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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.





CONVOCATORIA DE LOS PREMIOS METAS 2023

Se abre el plazo de presentación de los Premios Metas 2023. El primer premio de investigación estará dotado con 3.000 euros y el ÁCCESIT con una suscripción anual a ENFERTECA para cada uno de los miembros del equipo.

La vigésimo quinta edición de los Premios Metas ya está en marcha. El plazo de presentación de los trabajos finalizará el próximo 10 de septiembre de 2023, cuyo premio estará dotado con 3.000 euros.

La revista Metas de Enfermería convoca, desde hace más dos décadas, este certamen de investigación dirigido a todos los profesionales enfermeros (españoles y extranjeros), a excepción de los miembros que componen el jurado. El equipo investigador puede estar compuesto por profesionales de otras disciplinas, pero al menos el/la investigador/a principal deber ser enfermero/a. El objetivo es el de potenciar la labor científica enfermera a través de la experiencia de los propios trabajadores y de su entorno.

Como cada año, además del primer premio de 3.000 euros, también se otorgará un accésit dotado con una suscripción anual a ENFERTECA (<https://www.enfertecca.com/>), además de la publicación de los trabajos en la portada de Metas de Enfermería, para contribuir, así, a la divulgación científica de la profesión.

Bases del certamen

Los Premios Metas persiguen reunir trabajos basados en el rigor científico, por lo que disponen de unas bases detalladas que pueden consultarse en <https://www.enfermeria21.com/revista-metas-de-enfermeria/premios-metas/>

Al igual que en ediciones anteriores, las investigaciones podrán tratar sobre cualquier área de conocimiento de la enfermería, y los participantes deberán presentar dos archivos:

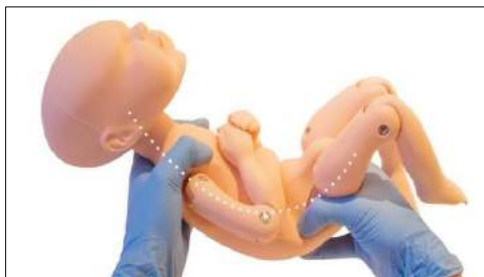
- Archivo 1. Texto completo del trabajo, sin contener nombres o cualquier otro dato que pueda permitir la identificación de su autoría.
- Archivo 2. Donde constarán los datos de la/s persona/s autoras.
- Deberán presentarse antes del 10 de septiembre de 2023, considerándose dentro del plazo los estudios con certificación postal en la fecha límite previamente señalada. Los trabajos deberán ser inéditos y estar escritos en lengua castellana.
- El jurado estará formado por miembros del Consejo Editorial, del Consejo Asesor y del Comité Científico de la revista, así como por profesionales de enfermería externos a la editorial y expertos en investigación, que constituirán, al menos, el 50% de los miembros del jurado.
- El fallo de los Premios Metas será inapelable y se hará público en el próximo mes de diciembre de 2023, a través de Metas de Enfermería y el Diario DICEN (www.diariodicen.com).

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.enfermeria21.com/revista-metas-de-enfermeria/premios-metas/>

1-OFERTA LIQUIDACIÓN LOTE SIMULADORES DE PARTO: PRECIO 6700€

Contacto: simuladoresparto@gmail.com,



<https://limbsandthings.com/global/products/80100/80100-birthing-simulator-prompt-flex-standard-light-skin-tone>,

<https://youtu.be/hRd8cn3JomQ>

https://youtu.be/1HeXmIf_sp4

2. MAMA BIRTHIE: PRECIO ACTUALIZADO EN MERCADO 1.813€. POCO USADO, PERFECTO ESTADO.

<https://laerdal.com/es/products/simulation-training/obstetrics--paediatrics/mamabirthie/>



REGALO

PELVIS DE DEMOSTRACIÓN DEL PARTO: precio de mercado 365€, buen estado.

PELVIS TAMAÑO REAL + MUÑECOS CON SUTURAS Y FONTANELAS PALPABLES etc.



LA IHAN Y LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE FIRMAN UN CONVENIO PARA FOMENTAR EL CONOCIMIENTO, LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA



La IHAN y la Universidad de Alicante han suscrito este martes 21 de febrero un convenio de colaboración con el objetivo de propiciar que la Universidad de Alicante contribuya a un modelo de actuación para la protección de la lactancia materna y su conocimiento entre la comunidad universitaria.

El acuerdo lo han firmado la presidenta de la IHAN, Salomé Laredo y la rectora de la Universidad de Alicante, Amparo Navarro.

Amparo Navarro ha destacado en su intervención que “el compromiso que adquirimos hoy a través de la firma de este convenio se incardina absolutamente en todos los valores que defiende la Universidad de Alicante al mismo tiempo que lo hace con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y con las políticas de igualdad que desde hace años implanta la UA de forma pionera en muchos casos”.

El acuerdo prevé, entre otras iniciativas, trabajar en un programa de acreditación IHAN para la Universidad de Alicante, mediante la implementación de diferentes medidas que fomenten y difundan la lactancia materna entre la comunidad universitaria; la promoción de seminarios y cursos y fomentar la colaboración entre las dos entidades para profundizar en la formación y en el desarrollo de investigaciones relacionadas con la lactancia.

La presidenta de la asociación Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), Salomé Laredo, ha señalado que “este convenio con la Universidad de Alicante, supone la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna desde la sociedad, la formación, la cultura y la ciencia” y ha recordado que “fomentar la lactancia contribuye a impulsar los Objetivos de Desarrollo Sostenible marcados para el año 2030 por la Naciones Unidas”.

Laredo ha destacado también que “este compromiso conjunto establece la lactancia materna como una materia transversal de la que hablar y poner encima de la mesa para toda la comunidad universitaria, crear espacios de protección para las mujeres y sus hijos al crear espacios de conciliación para las madres y supone también considerar que la UA pueda trabajar en un programa para lograr la acreditación IHAN, lo que la convertiría en la primera universidad del país en hacerlo, como ya ocurre en países como en el Reino Unido”.

Durante el acto también ha intervenido la presidenta de la Asociación de Apoyo a la Lactancia Materna La Mama d'Elx, Marina Leal, quién ha felicitado a la Universidad de Alicante por el compromiso que adquiere a través de la firma del convenio y ha reseñado que el acuerdo con IHAN “sitúa a la UA en la vanguardia de los espacios respetuosos con la crianza y la lactancia al incorporar la perspectiva materna en la implementación de políticas que protejan la lactancia, lo que ,sin duda, devolverá buenos resultados a la comunidad universitaria y a la lactancia en su conjunto”.

Fuente IHAN

CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Los días 25, 26 y 27 de enero 2023 se impartió una nueva edición del Curso de Recuperación de Suelo Pélvico. La profesora fue, como en otras ocasiones Lola Serrano.

El curso es organizado y financiado en un 80%, por la Asociación Española de Matronas para sus asociadas/os pero también participan algunos no asociados.

Como es sabido, una de las prioridades de la Asociación Española de Matronas es la formación continuada y para ello se imparten cursos de las materias que precisan actualización continua y a petición de los miembros asociados.

Esta nueva edición también se celebró con aprovechamiento y satisfacción de todos los participantes.





LA FUNDACIÓN ALCOHOL Y SOCIEDAD Y LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS RENUEVAN SU COMPROMISO CON LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO CERO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS.



Ambas entidades renovaban hoy el convenio que mantienen desde 2019 para promover iniciativas que contribuyan a fomentar el consumo cero de bebidas alcohólicas en mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia



Foto: de izqda. a dcha. Rosa Mª Plata, presidenta de la AEM, Mª Angeles R. Rozalen, Relaciones institucionales de la AEM y Silvia Jato, Relaciones Institucionales de la Fundación.

La Asociación Española de Matronas y la Fundación Alcohol y Sociedad (FAS) han firmado hoy un acuerdo de colaboración para concienciar a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia sobre la incompatibilidad del consumo de alcohol en esta etapa de su vida. Aunque los datos sobre incidencia del Síndrome Alcohólico Fetal en España son mínimos, ambas entidades quieren seguir aportando información para que esta tendencia positiva se mantenga en nuestro país.

“En la Fundación Alcohol y Sociedad trabajamos desde 2000 para prevenir el consumo de alcohol en menores de edad a través de la educación, por lo que este acuerdo de colaboración va a servir para que ahondemos más en este objetivo, fijándonos también en los nonatos y en las madres gestantes y en periodo de lactancia” señaló la Directora de Relaciones Institucionales de la Fundación Alcohol y Sociedad, Silvia Jato, tras la firma del acuerdo. De este modo, la Fundación alcohol y Sociedad refuerza su labor prioritaria de proteger a los menores de edad. La Asociación Española de Matronas ha puesto el acento en el cuidado y protección que necesitan las madres gestantes y lactantes, que han de vigilar sus hábitos alimentarios y de consumo en esta etapa de su vida. Así, la Presidenta de la Asociación Española de Matronas, Rosa María Plata, ha recordado que ***“consumir cualquier tipo de bebida alcohólica durante el embarazo puede conducir a un aborto espontáneo o una variedad***

de discapacidades conocidas como trastornos del espectro alcohólico fetal, por lo que es necesario contar con información y apostar por un consumo cero de alcohol en esta etapa de la vida”.

El Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) es un conjunto de patologías que afectan el normal desarrollo del feto durante el embarazo, ocasionadas por el consumo de alcohol durante la etapa prenatal, dado que los niveles de alcohol en la sangre de la madre pasan a través del cordón umbilical.

Para la Directora de Relaciones Institucionales de FAS ***“es vital concienciar de la necesidad de realizar un consumo cero de alcohol durante el embarazo, y desterrar ese falso mito de que el consumo de pequeñas cantidades no hace daño. No hay ninguna cantidad ni ningún tipo de bebida alcohólica que podamos considerar seguro durante la gestación”***, especifica.

Sobre la Fundación Alcohol y Sociedad

La Fundación Alcohol y Sociedad es una entidad sin ánimo de lucro, creada en el año 2000, con el objetivo principal de eliminar hábitos indebidos en el consumo de alcohol. Financiada por la Federación Española de Espirituosos (Espirituosos España), trabaja de forma independiente con vocación de servicio público, para ofrecer a la sociedad información rigurosa junto a soluciones realistas y viables a través de todos sus proyectos.



APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

MORATA (OLYMPIE-FULVIE) nacida en Ferrara en 1526, de un padre que había adquirido una reputación en la enseñanza de las Bellas Letras. La joven Morata recibió de él una educación adaptada a las disposiciones favorables de las que la naturaleza le había dotado, e hizo progresos rápidos en el conocimiento de lenguas antiguas que le resultaban tan familiares como la suya propia.

Privada tempranamente de su padre, que estaba vinculado a la corte de Ferrara, ella se encuentra no solo encargada de la educación de su joven hermano, lo que llevó a cabo muy hábilmente, sino que fue además su apoyo.

Habiéndose casado con un joven médico alemán, llamado Grunthler, ella le siguió a Schweinfurt en Franconie. De esta villa, después de haber estado asediada y abandonada a las llamas, los dos esposos, en la mas grande miseria, se retiran a Hamelberg, a donde estuvieron mas bien obligados a huir. El príncipe palatino ofreció a Grunthler una plaza de profesor en Heildelberg, que convirtió la estancia de la pareja en infortunada.

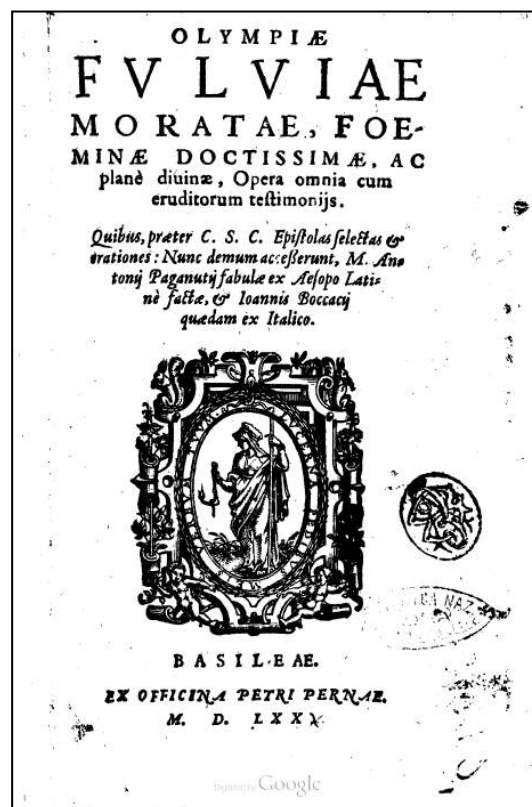
Allí Morata se entrega a un nuevo tipo de estudios; ella preparó las lecciones de su marido, menos versado que ella era en las lenguas científicas. En el siglo XVI, como se sabe, en toda Alemania, principalmente, los hombres estaban excluidos del arte de los partos, y las leyes a este respecto hubieran condenado a muerte al que hubiera osado asistir a una mujer en su parto, como lo hemos dicho ya. Morata había conocido el noble proyecto de establecer en Heildelberg una escuela especial con la intención de formar a alumnas de sus sexo, en el arte de los partos; pero la muerte vino a sorprenderla en el momento en que ella había diseñado esta idea. El proyecto de Morata no fue perdido sin embargo, pues si creemos a Berthold Beherens, nos dice en su *Delecta Medicam* que el arzobispo de Colonia apreció la importancia y dotó a la villa de Bonn de una escuela de partos, pero sobre la historia de la cual no poseemos nada.

Morata murió en 1555, a los 29 años. Ella había compuesto varias obras en las que la mayor par-

te fueron presa de las llamas en el incendio de Schweinfurt.

Coely Curion, bajo el título de *Moratae Olympiae opera omnia*,ha agrupado lo que se pudo rescatar y lo hizo imprimir en Bale en 1558. Esta obras se componían de discursos y traducciones.

El doctor Léveillé poseía, bajo el título de *Prognosi partu. Ful. Moratae*, una pequeña obra en caracteres góticos, impresa en Bale en 1566. Esta obra ¿era de Morata de Ferrara? Léveillé lo pensaba, deduciendo su opinión de la fecha de la obra y la ausencia de todo homónimo.



Adviértase que en la portada de esta edición de 1570, bajo el nombre de Olympia Fulvie Morata, dice: "todas las obras de una mujer muy sabia, incluso divina, con testimonios eruditos".

M-N



APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

MUHRER (MARIE-FRANÇOISE), nacida en Estrasburgo en 1791, alumna del hospicio de la Maternidad de París en 1811, época en la cual ella obtuvo el grado de maestra matrona. Mademoiselle Muhrer aportó al estudio de la obstetricia una educación sólida que le permitió en poco tiempo estudiar con provecho. Versada en la literatura alemana, Chaussier habría recurrido con frecuencia a esta señorita para que le proporcionara la versión francesa de escritos científicos. Es incluso a la demanda apremiante de este erudito, que la señorita Muhrer durante su estancia en la Maternidad, tradujo muy acertadamente varias memorias del alemán al francés y adjuntó en otra, notas críticas que el ilustre profesor encontró muy juiciosas y que él recogió para hacerlas imprimir.

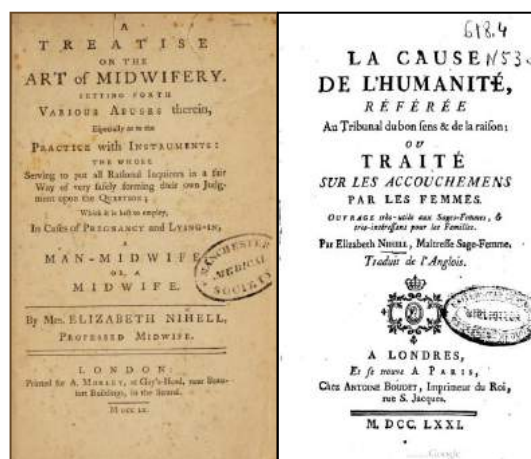
Mademoiselle Muhrer mereció, en la distribución de premios de 1811, una medalla de plata del colegio de medicina y fue mencionada con honores por la exactitud y la precisión que ella había puesto durante el año escolar en la redacción de los boletines clínicos, y que, sirviéndonos de la expresión de Chaussier, habrían podido servir de ejemplos y modelos.

NIHELL (ELISABETH) nacida en Londres, en 1723, dotada de un gran sentido y de mucha sagacidad, se entrega pronto al estudio del arte de los partos. Los medios de instrucción faltaban en Londres, ella viene a París en 1747, para formarse en la clínica de partos, en el Hôtel Dieu. Como ella misma dijo, sentía una fuerte inclinación natural de ponerse en situación de ser útil a su sexo y de distinguirse en el arte de partear; en su calidad de extranjera (o más precisamente, por causa de su religión) ella tuvo mucho trabajo para hacerse admitir como aprendiz. Pero no se desanimó en absoluto por esta dificultad y fue admitida bajo la protección del duque de Orleans.

Fue después de varios años de estudios teóricos y prácticos y de estar formada en el arte de los partos en el Hôtel Dieu de París, que regresa a su patria para ejercer la profesión de matrona.

soportando la competencia de los parteros de Londres. Entonces florecía en esta capital Smellie, el más celebre partero de Inglaterra, pero que enseñaba aun su arte con la ayuda de un autómatas que servía de modelo para sus aprendices. Era una especie de estatua de madera representando una mujer embarazada en la que el vientre era de cuero; una vejiga llena de cerveza señalaba la matriz, esta vejiga se cerraba con un tapón de corcho al que estaba atado un cordel para tirar de él en el momento oportuno, y demostrar de modo visible el derrame de las aguas; dentro de esta vejiga había una muñeca de cera a la que se le daba diferentes posiciones, simulando las del feto. En medio de esta admirable mecanismo se formó un enjambre de espantosos de parteros, que se esparcían, dice Nihell, por toda la ciudad de Londres y las zonas rurales.

Este modo de instrucción que había encontrado muchos admiradores provocó una critica juiciosa por parte de Nihell, y se suscitó una polémica entre esta célebre matrona y Smellie. Fue esta polémica sin duda la que determinó a escribir a Nihell su libro: *Treatise on the art of midwifry setting forth various abuses therein, especially as to the practice with instruments*. Londres 1760.in-8; la obra que ha sido traducida al francés bajo el título: *La Cause de l'humanité référée au tribunal de la raison, ou Traité sur les accouchemens par les femmes*. Paris 1771.in-8.





APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

Como se ve el título del inglés ya es sugestivo de lo que contendrá la obra, una mortal y feroz crítica contra los parteros: *“Un tratado sobre el arte de la partería. Estableciendo varios abusos en él, especialmente en cuanto a la práctica con instrumentos: el conjunto sirve para poner a todos los investigadores racionales en una situación justa de formar su propio juicio sobre la cuestión con mucha seguridad de si es mejor emplear, en casos de embarazo y parto, a un hombre partero o una matrona”* / Por la Sra. Elizabeth Nihell, Matrona.

En francés no es menos sorpresivo su título: *“La causa de la humanidad remitida al tribunal del sentido común y la razón o tratado sobre los partos de las mujeres”*.

Y en efecto este libro, bastante poco conocido, no es a decir verdad más que una declamación a menudo hiriente contra los hombres parteros, principalmente contra los de Londres que abusaban de los instrumentos en el curso de una operación natural. Esta parte del arte de curar estaba en efecto, en el estado que nos muestra la autora, despertar la atención de un espíritu movido por una ardiente filantropía, no solamente para señalar los vicios de una instrucción quimérica, sino además los abusos, los peligros de su aplicación y ciertas charlatanerías groseras de las que el público de Inglaterra había sido la víctima. En efecto Nihell que había tenido una instrucción sólida llena de experiencia, ¿podía mostrar admiración en presencia del autómatas del que Smellie se servía para enseñar los partos y guardar silencio ante los cuentos absurdos sobre una famosa Godalmine que cada mes daba a luz conejos?

Escribiendo su libro, Nihell se ha propuesto poner al día todos los vicios de la enseñanza de los partos, las anomalías morales, lo que en su tiempo acompañaba al ejercicio práctico del arte que ella tenía en vistas de realzar, de hacer resurgir toda la importancia, de no llamar a su servicio más que a las mujeres. El verdadero apego, dice ella, que tengo por una profesión

que ejerzo desde hace tiempo ha excitado en mí una indignación que no he podido ahogar a la vista de las irregularidades, de los errores y de las innovaciones que se multiplican todos los días bajo la protección de una moda que alocadamente hace preferir a los hombres que a las mujeres en una función puramente femenina, preferencia que ha sido admitida sin examen según la recomendación de aquellos a quienes es tan ventajoso hacer servir el temor para el fin que se proponen, el de remplazar la figura de la matrona.

Nosotros estamos bien lejos de compartir la opinión de la autora que pretende que los partos no han tenido jamás más éxito que cuando solamente las mujeres están implicadas; que los hombres que les han criticado y que han inventado diversos instrumentos han sido siempre más dañinos que útiles. En el tiempo en que Nihell escribía, es cierto que el arte de los partos no brillaba en todo su esplendor en las manos de los cirujanos-parteros de Londres; pero también es necesario convenir que de algunos hechos particulares bien frecuentemente ella ha extraído conclusiones muy generales.

La obra de Nihell está dividida en dos partes; la primera trata de prerrogativas de las mujeres en el arte de los partos; la autora combate los argumentos de los hombres para arrogarse la preferencia sobre ellas; la segunda trata de pruebas de la carencia de peligro y de la fatalidad destructiva de los instrumentos empleados en los partos. Para acabar sobre la obra en cuestión, diremos que debería ser titulada más bien: *Tratado sur les accoucheurs*, que *Traité sur les accouchemens*. La autora sin embargo ha sacado provecho habitualmente de todo lo que ella ha podido encontrar en otros autores contra los parteros. Aunque la obra de Nihell no esté desprovista de interés, como muchas otras quedó en el olvido. ¿Cuántos, en efecto hay entre los que practican los partos, que supieran que hubo una señora Nihell, maestra comadrona en Londres?

Esta célebre mujer ejerció el arte de los partos

N



APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

en esta capital, durante una serie de años, con mucho éxito, distinción y desinteresadamente. Se podría decir incluso que fue la primera y más hábil matrona de esa nación.



A continuación examinamos el curioso caso de Mary Toft, la mujer que supuestamente parió una camada de conejos y de la que Nihell se hizo eco para desprestigiar a la profesión médica. Este infame engaño médico del siglo XVIII está documentado en varios folletos, cartas y libros que se encuentran en la colección Hunterian

El caso es que En septiembre de 1726, llegó la noticia a la corte del rey Jorge I del presunto nacimiento de varios conejos de Mary Toft (1703-1763) de Godalming, cerca de Guildford, en Surrey. Toft era una sirvienta analfabeta de veinticinco años, casada con Joshua Toft. Según los informes, a pesar de haber tenido un aborto espontáneo solo un mes antes, en agosto de 1726, Mary todavía parecía estar embarazada. El 27 de septiembre se puso de parto y fue atendi-

da inicialmente por su vecina Mary Gill y luego por su suegra Ann Toft. Ella dio a luz a algo parecido a un gato sin hígado.

La familia decidió pedir la ayuda del obstetra de Guildford, John Howard. Visitó a Mary al día siguiente, donde le presentaron más partes de animales que Ann Toft dijo que le había recogido a Mary durante la noche. Al día siguiente, Howard regresó y ayudó a parir aún más partes de animales. Durante el mes siguiente, Howard registró que ella comenzó a producir la cabeza de un conejo, las patas de un gato y, en un solo día, nueve conejitos muertos.

Howard envió cartas a algunos de los médicos y científicos más importantes de Inglaterra y al secretario del rey, informándoles de los nacimientos milagrosos.

El Rey curioso envió a dos hombres a investigar para ver qué podían averiguar sobre este caso: Nathaniel St. André, cirujano y anatomista suizo del Rey y Samuel Molyneux, secretario del Príncipe de Gales. A estas alturas, la noticia se había difundido y Mary era una celebridad local, lo que requería trasladarla de Godalming a la cercana Guildford para que John Howard pudiera monitorearla más de cerca. El 15 de noviembre, St. André y Molyneux llegaron a la casa de Howard en Guildford y fueron inmediatamente recibidos con la noticia de que Mary estaba de parto con su decimoquinto conejo. Toft dio a luz a varios conejos muertos más en su presencia.

Los médicos realizaron exámenes en los pulmones y otros órganos internos de estos conejos, cuyos resultados mostraron que probablemente no se desarrollaron dentro del útero de María. St. André, sin embargo, todavía parecía convencido de que su caso era genuino. Creía que se trataba de nacimientos sobrenaturales y se llevó algunos de los especímenes de conejo a Londres para mostrárselos al Rey y al Príncipe de Gales.

A medida que la historia de Mary Toft se difundió rápidamente por Londres, el rey decidió enviar a un cirujano alemán, Cyriacus Ahlers, y a su amigo, el Sr. Brand, a Guildford

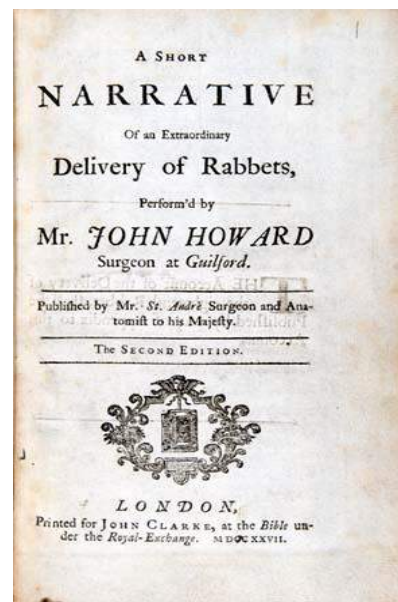


APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

para investigar más a fondo el asunto. Ahlers examinó a Mary y fue testigo de varios de sus nacimientos de conejos; sin embargo, no estaba convencido. Al examinar las partes de conejo que había llevado a Londres, Ahlers descubrió que las bolitas de estiércol en el recto de uno de los conejos contenían maíz, heno y paja, lo que demostró que no se pudo haber desarrollado dentro de Mary. Ahlers informó al Rey el 21 de noviembre que sospechaba un engaño con Mary Toft y John Howard en connivencia y mostró estos especímenes de conejo como evidencia.

Mientras tanto, St André se puso en contacto con Sir Richard Manningham (1690-1759), un eminente médico y partero de la alta sociedad londinense, para que atendiera a Mary Toft. Después de observarla y verla dar a luz lo que él creía que era una vejiga de cerdo, tampoco parecía convencido. Pero Howard y St. André lo persuadieron de que se guardara sus dudas hasta que hubiera pruebas de cualquier fraude. Howard y St. André estaban tratando de salvar su reputación a la luz de lo que había concluido Ahlers. La historia llamó la atención de la prensa y causó sensación a nivel nacional. El interés por las monstruosidades y la disposición a pagar para verlas era común en Europa a mediados del siglo XVIII. No es difícil ver por qué una familia pobre como los Toft vio una forma de hacer dinero con lo que parece, en un principio, un esquema ridículo, ya que las personas monstruosas o deformes habían sido exhibidas, a un precio, en toda Europa durante cientos de años, con pobres y ricos igualmente fascinados.

La explicación de Mary Toft para sus extraños nacimientos fue que, en abril de 1726, estaba trabajando en un campo y un conejo la sobresaltó. Ella y otra mujer corrieron tras él, pero no pudieron atraparlo. Tampoco pudieron atrapar a otro conejo que habían perseguido. Esa misma noche soñó que estaba en un campo con esos dos conejos en su regazo, y despertó con un ataque de enfermedad, que duró hasta la mañana; desde ese momento, durante más de tres meses, tuvo un deseo constante y fuerte de comer conejos, pero



siendo muy pobre e indigente no podría procurar ninguno".

St. André publicó su relato del asunto, "A Short Narrative of an Extraordinary Delivery of Rabbits" el 3 de diciembre de 1726. El Dr. James Douglas (1675-1742), respetado anatomista y partero, leyó el borrador de este libro y lo declaró "nada más que una colección de imposibilidades".

La 'impresión materna', según la teoría médica, era un fenómeno que explicaba la existencia de defectos de nacimiento y trastornos congénitos. La teoría era que un estímulo emocional experimentado por una mujer embarazada (como los sueños de conejo de María y su deseo de carne de conejo) podría influir en el desarrollo del feto. Se creía que los problemas mentales, como la depresión o la esquizofrenia, eran una manifestación de sentimientos similares en la madre. Por ejemplo, una mujer que experimentó una gran tristeza durante el embarazo podría imprimir tendencias depresivas en el feto que estaba gestando. Un ejemplo famoso de esta teoría es el caso de Joseph Merrick (1862-1890), el llamado Hombre Elefante.

Escribió en su panfleto autobiográfico: 'La deformidad que exhibo ahora fue causada por



APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

el miedo de mi madre a un elefante; mi madre iba por la calle cuando pasaba una procesión de animales, había una aglomeración terrible de gente para verlos, y lamentablemente fue empujada bajo las patas del Elefante, que la asustó mucho; esto ocurrido durante un tiempo de embarazo fue la causa de mi deformidad'. El hecho de que pudiera decir esto como si fuera un hecho literal es un ejemplo bastante revelador de cuántas personas todavía creían en esta teoría a mediados y finales del siglo XIX. Cinco meses después de que el caso Mary Toft fuera descubierto como un engaño, James Blondel publicó su *"The Strength of Imagination in Pregnant Women Examined"* en el que desafió la creencia en la influencia prenatal de la imaginación. El debate que inició continuó hasta bien entrado el siglo siguiente.

El 29 de noviembre, Mary Toft fue llevada a Lacy's Bagnio (casa de baños) en Leicester Fields de Londres, donde se la pudo observar más de cerca. St André contactó al Dr. James Douglas y le pidió que fuera al baño para observar los nacimientos de conejos de Mary.

Cuando Douglas llegó, se encontró en compañía de una gran multitud de médicos y médicos que habían sido convocados por St. André. Desafortunadamente para St. André, que estaba desesperado por que Douglas validara los nacimientos de los conejos, Douglas creía que todo el asunto era un fraude. Entre el 30 de noviembre y el 3 de diciembre hubo división de opiniones entre los médicos allí reunidos. Mary no produjo más conejos nuevos, pero siguió apareciendo para ponerse de parto. También estaba gravemente infectada y tenía ataques que la hacían perder el conocimiento.

Poco después, atraparon a un portero en el bagnio del Sr. Lacy tratando de colar un conejo en la habitación de Mary Toft. Confesó a Douglas y Manningham que Margaret Toft (la cuñada de Mary) le había pedido que consiguiera el conejo más pequeño que pudiera encontrar. Manningham y Douglas estaban decididos a obtener una confesión de culpabili-

dad de Mary, pero decidieron ver si ella se incriminaba a sí misma. No tuvieron que esperar mucho cuando se puso de parto el 4 de diciembre, pero no produjo nada. Esa noche llamaron al bagnio a sir Thomas Clarges, juez de paz. El portero, Thomas Howard, hizo una declaración jurada ante él y Clarges inmediatamente detuvo a Mary para interrogarla, pero ella no admitió nada. Durante los siguientes dos días, se la presionó mucho para que confesara, pero Mary resistió hasta que Sir Richard Manningham amenazó con realizarle una dolorosa cirugía experimental para ver si tenía una forma diferente a la de otras mujeres. Toft se vio obligada a admitir el 7 de diciembre de 1726 que había insertado manualmente conejos muertos en su vagina y luego permitió que se los sacaran como si estuviera dando a luz.

A raíz del engaño, la profesión médica sufrió muchas burlas por lo que el público vio como bajaba su credibilidad. El 9 de diciembre, St. André publicó un anuncio en el "Daily Journal" para tratar de reivindicar su propio comportamiento. Los médicos respondieron al asunto Toft en forma impresa, ya que a muchos les preocupaba que el episodio hubiera dañado la reputación, no solo de los médicos involucrados, sino de la profesión en general.

El caso también resultó ser irresistible para los artistas contemporáneos. En este grabado satírico, William Hogarth se burla de la incompetencia de la profesión médica de principios del siglo XVIII.

Se presentan todos los personajes principales de la saga Toft, mostrándose a los médicos como tontos ignorantes y crédulos. Muchos británicos estaban enojados por la preferencia del rey de Hannover por cortesanos y médicos de habla alemana. Esto queda ampliamente demostrado por la plétora de panfletos y dibujos que aparecieron a raíz del escándalo Toft, ridiculizando a St. André y a los médicos de la corte alemana y describiéndolos como crédulos o, peor aún, como charlatanes.

N



APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

El interés público en el caso desapareció alrededor de enero del año siguiente, pero las repercusiones continuaron para los involucrados. Para Sir Richard Manningham y James Douglas hubo una vergüenza temporal por su estrecha conexión con el asunto, pero sus carreras y reputaciones estaban seguras. St André, sin embargo, perdió el favor de la corte y, a medida que su reputación se desplomaba, sus pacientes lo abandonaron. Se retiró de Londres y finalmente murió en la pobreza en una casa de beneficencia en Southampton. John Howard tuvo que responder a los cargos de estar involucrado en la Trampa y conspiración de Mary Toft', pero el caso en su contra se desestimó y siguió siendo una figura respetada en Guildford.

En cuanto a Mary Toft, el caso en su contra fue desestimado, no por falta de pruebas de culpabilidad, sino probablemente por la mayor vergüenza que se produciría para el establecimiento si el caso siguiera adelante. Pasó unos meses en la cárcel y luego volvió a una relativa oscuridad. En los años que siguieron al escándalo, el duque de Richmond



Credulidad, superstición y fanatismo de Hogarth, publicado en 1762, ridiculizó la credulidad secular y religiosa.

(que tenía una residencia cerca de Godalming) a veces la mostraba en cenas para despertar la curiosidad de sus invitados. Murió el 13 de enero de 1763.



The DOCTORS in Labour; or a New Whim Wham from Guildford.

Being a Representation of the Frauds by which the Goddame Woman carried on her pretended Rabbit Breeding; also of the Simplicity of our Doctors by which they affected to carry on that Imposture discover'd their own skill, & Contributed to the Mirth of His Majesty's Linge Subjects.



Poor Mary left in Ignorance was bred,
And never betray'd a deep designing head.
Never found out her plot: yet, ever did wife,
Like her simple to gossip on Miss Midwife,
Who scorn'd Reason common Sense and Nature,
Placed all their faith in such a stupid Creature.



When I say Moll five weeks was gone no child,
And hard at Work was in the field,
Up starts a Rabbit to my grief & view;
And vainly the mob eagerly pursued it,
The Lure was strange - But is the Womb that barren
For that can now be made a noisy warren.



The Rabbit all day long run in my Head,
At Night I dreamt I had him in my Bed!
Although he there a Murmur try'd to make
His Head I patted and I strook'd his Back.
My Husband wak'd me and cry'd Moll for Shame
Let go - What was he meant I need not name.



Help help good people - fetch another Neighbour
Her pains are strong - she'll quickly fall in labour
Here Doctor have good women - help to hold her
For thing she faints take care you have her shoulder
Blow me - Alas! this you've brought to come - O Mary
How late you did a way this - and - and -



Take Notice gentlemen how from her breast
The Milk squirts out as soon as her - her breast
From whence with Reason it may be believ'd,
A strange unnatural Falset is caus'd.
What an odd sign that - Why men of Reason
Will then conclude that she's a Rabbit breeder.



Yes - as I thought - for let me tell ye
That the Rabbit leaping in her belly
May feel your - when - observe the motion truly
Each Evidence must stand - convince ye fully
The Devil's in it if she can be a Cow
Or you can longer doubt my notions right



Now Mary struggles with a second Pain
The Doctor now attends her throes again.
But what a Late - Impatient of delay
Down thro' - his Burroughs works himself a way
The rest so shy but the Doctor spies him
And follows with design to Anatomize him



Is this a Rabbit or a Cat - in truth
Tis hard to say it looks so like the both
But hold - this dung will soon decide of Matter
By this I judge it cannot be the latter
And by its weight - I can as safely swear
That it has this - It never breath'd in air



The Doctors here and Midwives all consult
If 'tis a false Rabbit or adult
When up the learned Merry Andrew starts
This Animal I quoth he! in all its parts
Does with a Natural Rabbit well agree
And therefore it must Preternatural be



Now to the Bagnio flock the Town & Court,
To amuse their Judgment some and some for Sport,
They're welcome all to Mary - all that will
Tay in her Warren for a Rabbit's tail.
But Moll take care they don't Trick discover
For these day Merry will all be over.



So on unhappiness to be lamented,
What people never know when to be contented,
Had breeding seventeen Rabbits satisfied
Poor Mary says the Doctor had still been hid!
But find to make the Numbering a Scare,
The prying World the Secret did explore.



Strange turn of Human life - unhappy Moll;
Is now to Breeding carry'd to Moll Dolly
The same Andrew's raised and no more,
Must serve there as they did before,
Poor Andrew sits upon Repeating stool,
Curfing his fate in being made a Fool.

The Merry Andrew is S^r Andre. See Nichols' ANECD. of HINGHAM, p. 131.

Requiescat in pace for BARNUM HENRY 1776

Un periódico popular contemporáneo satirizaba a San Andrés, mostrándolo vestido como un bufón de corte en esta tira cómica que describía el caso de Mary Toft y que titulaba: " Los doctores en el parto o el nuevo y sonoro capricho desde Guildford "

CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO



PENDIENTE DE FIJAR FECHAS

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

LUGAR: Cavanilles, 3
28007 Madrid

Matricula:
Socios y vinculados: 70 €
Residentes: 90 €
No asociados: 120 €

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

PLAZO DE INCRIPCIÓN:

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición.
Los asociados y vinculados tendrán prioridad absoluta.

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



**PENDIENTE DE FIJAR FECHAS****4ª EDICIÓN CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO 2023**

FECHA 2023. Mañana	De 09:00h a 14:00h.
FECHA 2023. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2023. Mañana	De 09:00 a 14:00h.
FECHA 2023. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2023. Mañana	De 09:00h. a 12:30h.

MATRICULA:

Socios y vinculados: 70 €

Residentes: 90 €

No asociados: 140 €

PLAZOS DE INSCRIPCIÓN

Pendiente de fijar

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3. 28007 Madrid

Solicitud de inscripción en (SOLO POR MAIL):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
Solicitada reacreditación



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 éste suponen un porcentaje muy elevado de las consultas que tienen esos profesionales en su trabajo diario.

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

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

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

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

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

Para trabajar estas musculaturas se está utilizando la propiocepción. Esta nueva forma de trabajo se basa en la importancia que tiene la toma de conciencia del cuerpo como un "todo" y entender cómo 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, en las que 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 anatómicas 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 de 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 BÁSICOS DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS. PENDIENTE DE FIJAR FECHAS

ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3
Colegio de Enfermería de Madrid

HORARIO:

Carga lectiva presencial 9 horas.

FORMACIÓN
CONTINUADA



INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16 ALUMNOS

SOLICITUD ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS

Mediante mail:

matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

SOCIOS Y VINCULADAS..... 70 €

NO SOCIOS: 120 €

EIR: 90 €

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

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE

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



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)

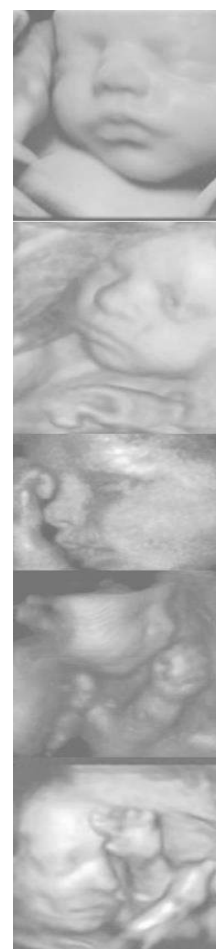
- Ecografía tercer trimestre (Teórica)

- 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.





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

+ de 44 AÑOS + de 44 LOGROS



