

# Info MATRONAS



JULIO 2023 N.º 79



Tony Benavent  
Photography



## 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](mailto: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

Elena Fernández García

Ana M.ª Anocibar Marcano

*Tony Benavent*  
Photography

## En este número

### ❑ ESPECIAL I:

- MATERNIDAD TRASPLANTADA: REFLEXIÓN ÉTICA

### ❑ ESPECIAL II:

- DISTANCIAMIENTO INVETERADO Y FRENO CONSTANTE ...

### ❑ HEMOS LEIDO QUE:

- DUELO SOBRE DUELO. ¡INTOLERABLE!
- PRIMER PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR LA PREECLAMPSIA
- PROGESTERONA VAGINAL PARA PREVENIR EL PARTO PREM...
- ASPIRINA EN DOSIS BAJAS Y PREVENCIÓN DEL PARTO PREM...
- "EN EL NOMBRE DEL PADRE"

### ❑ MUY INTERESANTE:

- LA PLACENTA ARTIFICIAL ESPAÑOLA AVANZA
- EMBRIONES DE TRES PADRES
- BRECHAS DE INVESTIGACIÓN Y NECESIDADES PARA OPTIMIZAR ...
- MATRONA-A
- REFLEXIONES DE UNA MATRONA

### ❑ ENTREVISTA CON:

- TERESA MARIA MARTÍNEZ MOLLÁ

### ❑ BREVES:

- ÉXITO EN LA JORNADA DE LA ASOCIACIÓN CIENTIFICA DE LAS MATRONAS DE ARAGÓN
- MASTER PARA MATRONAS
- CONGRESO FEDALMA
- CURSO SALUD MENTAL PERINATAL

### ❑ NOTICIAS DE SIMAES

### ❑ BUENAS NOTICIAS:

- LA OMS EN EL 33º CONGRESO TRIENAL DE LA ICM
- RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE CUIDADOS MATERNOS Y NEONATALES PARA UNA EXPERIENCIA POSNATAL POSITIVA
- CAFÉ DE LACTANCIA
- SE CREA UNA IMPORTANTE COMISIÓN PARA LA HUMANIZACIÓN EN LA LACTANCIA Y NACIMIENTO
- PRESENTACIÓN DEL WOMEN'S HEALTH PROFESSIONAL CARE (WHPC)
- PRIMER CONCURSO DE FOTOGRAFÍA 2023
- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS

### ❑ MATRONAS CÉLEBRES

### ❑ AGENDA A.E.M.:

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



## MATERNIDAD TRASPLANTADA: REFLEXIÓN ÉTICA

**A** finales de mayo, salta la noticia en todos los medios de comunicación del nacimiento de un niño, Jesús, que así se llama, tras ser dado de alta del hospital Clínic de Barcelona, donde nació el pasado 10 de marzo. La noticia no es su nacimiento como podéis imaginar, claro que no, ni siquiera que ha salido del área de Pediatría donde se encontraba ingresado durante 74 días (43 días en la UCI, 31 en la Unidad de de Cuidados Intermedios del Servicio de Neonatología). La noticia ha sido un revuelo porque ha nacido mediante un útero trasplantado de su propia tía materna (viva) a su madre quien sufría el Síndrome de Rokitansky. Para quien no esté familiarizado con la obstetricia y la ginecología, es un trastorno congénito del aparato reproductor femenino que afecta a 1 de cada 5.000 mujeres en el mundo y que repercute en el aparato reproductor femenino porque quien lo sufre, nace sin útero y sin trompas de Falopio, por tanto, no pueden quedarse embarazadas, aunque si tienen ovarios y deseo sexual, pero no tienen la regla.



Desde el punto de vista científico o médico, es un éxito, claro está, que este experimento científico haya logrado su mayor objetivo, no solo lograr el trasplante de un órgano para que sea funcional, sino además, para que gaste y pueda finalizar con un nacimiento de un “bebé sano”, que yo más bien llamaría, “bebé vivo o viable”.

Recordemos que nació en la semana 30 de gestación, mediante cesárea programada por la complicación que sufrió su madre (preeclampsia) y que hizo necesario extraerlo de ese útero, a riesgo de morir él y su madre.

No explicaré aquí los riesgos de un recién nacido (RN) prematuro de 30 semanas, de 1.125 gramos y con la necesaria maduración pulmonar y la protección neurológica que requieren estos bebés y que seguro que como profesionales conocéis, que evolucionó sin complicaciones relevantes su desarrollo extrauterinamente.

Además, su madre, a quien se le trasplantó el útero de su hermana (donante vivo) en octubre del 2020, tras 20h. de intervención, tuvo que ser tratada durante el embarazo con inmunosupresores, como es habitual en los casos de trasplantes de órganos, para evitar el rechazo del mismo y que se suspendió cuando después tuvo que ser sometida a una histerectomía para no estar el resto de su vida con el tratamiento.

Pero os pongo el relato que el propio hospital Clínic compartió:

*“Dos meses después de la cirugía, la paciente tuvo la regla por primera vez y su recuperación fue normal y, como cualquier persona con un órgano trasplantado, con un tratamiento de inmunosupresores. Sin embargo, había que esperar 6 meses, desde la primera regla, para poder realizar la primera transferencia de embriones (que ya se habían recogido previamente).”*



*Paralelamente, se empezaron a suministrar las primeras vacunas contra la COVID-19 y se decidió priorizar la vacunación, puesto que la paciente era 'de riesgo' porque tomaba inmunosupresores. Tras la vacunación, Tamara se quedó embarazada, pero tuvo un aborto en la semana 8 de gestación (una situación que puede ser habitual en pacientes que se realizan un tratamiento de fecundación). Al cabo de unos meses, y después de que la paciente estuviera recuperada, se contagió de la COVID-19 (leve) y hubo que esperar unos meses antes de realizar un nuevo intento con nuevos embriones. Finalmente, se pudo realizar una nueva fecundación y Tamara se quedó embarazada de Jesús”.*

Como habéis podido leer, la gestación no fue fácil ni de bajo riesgo, más bien todo lo contrario. No olvidemos, en todo este contexto, todos los tratamientos farmacológicos que tanto él como su madre han tenido que recibir y que nadie se ha pronunciado sobre su repercusión psicoemocional, lo que llamaríamos sobre la salud mental perinatal, en el binomio madre-hijo.



#### ANTECEDENTES

El hecho anteriormente relatado no es que sea novedoso en sí mismo, salvo porque es el primero llevado a cabo con éxito completo, es decir, con un bebé nacido. Creo que merece la pena escribir unas líneas para ponernos en los antecedentes de este hecho en España, pero no único en el mundo. En el año 2000 se llevó a cabo el primer trasplante de útero en Arabia Saudí, curioso país precisamente donde no es que se trate muy bien a las mujeres; en este caso, el útero tuvo que ser retirado de nuevo por complicaciones varias. Fue en 2014 cuando se realizó el primer trasplante con éxito como parte de un ensayo clínico en el que algunas donantes eran sus propias madres. Fue el investigador principal<sup>1</sup>, el sueco Mats Bränsström, quien cuenta en una entrevista que cuando una mujer se lo pidió por primera vez descartó la idea como una locura, pero que luego cambió de opinión tomándose una cerveza. Incluso antes de que se publicaran los resultados del ensayo clínico, la Universidad de McGill había redactado el **Protocolo de Montreal** en el que se contemplaba una serie de criterios éticos mínimos: la receptora debía ser «genéticamente hembra», tener una clara intención de ser madre y tener una «contraindicación legal o personal» a los vientres de alquiler. A este equipo sueco de Gotemburgo, se les autorizó llevar a cabo 9 trasplantes. En la primavera de 2013 se completó el último de ellos. En cinco casos, las donantes eran madres de las receptoras y en el resto parientes o amigas. De los 9 trasplantes realizados, dos fracasaron por problemas de trombosis o infección en la mujer trasplantada. La segunda fase del proyecto preveía la implantación de embriones producidos por fecundación in vitro en las 7 mujeres restantes<sup>2</sup>.



En 2016 fue publicado en la prestigiosa revista The Lancet el primer caso de éxito total con el nacimiento de una niña en Brasil, a una mujer de 35 años con el mismo síndrome que nuestra Tamara pero con donante fallecida y que finalizó en la semana 35 por complicación materna (Colestasis del embarazo). Éxito después de 10 casos previamente conocidos de trasplantes de útero de donantes fallecidas en Estados Unidos, la República Checa y Turquía, que no lograron producir el nacimiento de un bebé vivo.

## REFLEXIÓN ÉTICA

Es un tema muy difícil de analizar únicamente desde la perspectiva bioética porque confluyen factores con perspectiva de género y con perspectiva científica, pero intentaré abordarlo de manera sencilla.

Desde el punto de vista médico o científico, tanto el equipo del Clínic como los gestores de ese hospital y autoridades, están rebosantes de alegría, como es lógico, por el hito que supone la reconstrucción de vasos, arterias, y demás, que comporta un trasplante de órgano y que además, haya dado su fruto con otra vida. Pero más allá de ese subidón, debería verse la instrumentalización de la ciencia<sup>3</sup> para logros que no son vitales, es decir, ser madre es un deseo, no un derecho como ya dije en un artículo publicado en el Infomatronas de marzo 2023.

El útero es un órgano exclusivamente femenino cuyo único fin es la reproducción, pero ¿quiere decir esto que se puede quitar, en este caso de donante vivo, y poner para cumplir con un deseo? Como el que se quita y se pone cualquier objeto con un fin no vital, que será lícito, pero no sé si moral o ético.



Tengamos en cuenta ante este hecho dos cosas: primero, que en el caso de donante viva y fértil, se le somete a una menopausia quirúrgica (que la dejará estéril) y sus consecuencias, que por cierto, en el caso que nos ocupa ni se ha hecho mención de a todo lo que ha tenido que estar sometida ni de su estado de salud, y segundo, esto puede convertir este deseo en una exigencia o demanda por parte de otros que piensen que es más rentable encontrar una “voluntaria” que “altruistamente” (como deben ser las donaciones) ceda su útero antes que ir a comprarlo fuera sobre todo si lo importante es gestarlo dentro de una misma y no de otra mujer ajena como ocurre con los vientres de alquiler, por cierto, práctica prohibida en España.

**¿Se corre el riesgo de abrir la puerta a un tráfico de órganos y de gestaciones en hombres biológicos (mujeres trans)? El tiempo dirá, más pronto que tarde, en esta sociedad tan caprichosa.**

## TRES COMITÉS DE BIOÉTICA

En un artículo publicado por Tania Calahorra, y preguntando al Dr. Alcaraz, quien ha capitaneado al equipo del Clínic, hace referencia (un poco medio defendiéndose) para argumentar “su buen hacer” que este proyecto experimental pasó tres comités de bioética, a saber, el Comité Nacional de Cataluña quien le dio el visto bueno al no ver ningún problema con el balance “beneficio-riesgo”, el Comité de Bioética del propio hospital que no puso ningún reparo porque percibía mayor beneficio que riesgo, y el Comité de Bioética de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) quien puso reparos ofreciendo mejor alternativa con donante fallecido y otras modificaciones, que si bien no fueron tomadas en cuenta, el proyecto salió adelante porque tampoco la ONT manifestó una negación absoluta.

**Tengamos en cuenta que estos comités son consultivos pero no necesariamente vinculantes.**

Pero ¿es suficiente tener solo como beneficios el nacimiento de un bebé (no siempre posible cuando se experimenta) y el cumplimiento de un deseo por problema de infertilidad con los riesgos que todo esto conlleva? Pues vamos a ver los riesgos de los que se ha hablado poco porque se ha eclipsado con todo este “milagro de la ciencia” como manifestó Manel Ballcels<sup>4</sup> Conseller de Salut Catalán.

### PRINCIPIO DE BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA: RIESGOS-BENEFICIOS

Desde el punto de vista de la Bioética Principialista, de Beneficencia en la que los beneficios de la práctica a realizar supere los riesgos, y el principio de No Maleficencia, no causar daño, habría que cuestionarse qué consideraron beneficios y en qué se apoyaron para valorar que no hicieron daño porque los defensores de todo esto refieren que “hacen un bien a la salud de las mujeres” sobre todo a las que padecen problemas de infertilidad, que es la que más negocio mueve. Que casualidad y no ocurre con otras patologías, como la endometriosis que tanta morbilidad causa hablando de la salud femenina.

De entrada, a nivel materno, recibir un tratamiento agresivo con inmunosupresores (que ponen en riesgo su propia salud porque supone bajar todas las defensas, de hecho en época de Covid-19 que también sufrió nuestra protagonista), tratamiento que se mantuvo durante la gestación, lo que supone además el riesgo para el feto intrauterinamente que no pasará por una gestación “normal” o de bajo riesgo, más bien todo lo contrario, entre otras cosas por tener que estar bajo técnicas de reproducción asistida (TRA) y su ya de por sí, sus complicaciones. Así nos encontramos con la posibilidad, **respecto de la madre:**



- Intervenciones quirúrgicas no exentas de riesgos (trasplante, cesárea y posterior histerectomía) como hemorragias, infecciones, compromiso de órganos urogenitales, etc.
- Tratamiento con fármacos inmunosupresores con la consiguiente bajada de defensa para el riesgo de otras enfermedades o infecciones oportunistas que pueden agravarse al no contar con un sistema preparado para combatirlos.
- Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), y sus riesgos, entre ellos la hipertensión arterial (HTA) por el tratamiento hormonal tanto para la estimulación ovárica como para la posterior transferencia del embrión y su implantación.

#### Y respecto del feto:

- Partos prematuros con extracción mediante cesárea de niños no solo prematuros o grandes prematuros, sino lo que eso significa (bajo peso, inmadurez pulmonar, y de desarrollo neurológico, separación de la madre (necesidad de la UCI neonatal), problemas respiratorios, y otros tantos que ya conocéis.
- Posible afectación en su desarrollo por los fármacos inmunosupresores durante la gestación y que no voy a extenderme explicándolos pero que podéis encontrar ampliamente desarrollado en este artículo de Elsevier publicado este mismo año *“Medicamentos inmunosupresores y biológicos en el embarazo, la lactancia y la fertilidad en enfermedades inmunomediadas”*<sup>5</sup>.

Y por supuesto, la tercera persona de esta ecuación, **la donante**, que como ya hemos referido, si es de edad se le provoca una menopausia precoz por la extirpación del útero si además se extirpan ovarios, pero sobre todo, la esterilidad sobrevenida, y las propias de la intervención quirúrgica, no exenta de riesgos (histerectomía). En algunos casos, la donante fue la propia madre de la receptora, la abuela de la criatura, que por ser un útero menopáusico, también tuvo que recibir tratamiento. En los casos de donante fallecida, estos riesgos no existen, lógicamente, pero puede

verse comprometida la donación de otros órganos que si salvarían muchas más vidas si es que la fallecida era donante de órganos.

Estos son los riesgos a nivel físico, por lo tanto igual hay más riesgos que beneficios, así que los principios de Beneficencia y no Maleficencia estarían comprometidos tanto a nivel físico cómo psicológico; todas y todos los profesionales de la salud sexual y reproductiva conocemos como viven desde el punto de vista psicológico las mujeres y las parejas que pasan por TRA, efectos poco estudiados a corto, medio y largo plazo, por muy deseados que sean esos hijos-as, el estrés y la ansiedad que generan no están exentos de una atención psicológica.

• **Principio de Justicia:**

Aquí nos deberíamos plantear una reflexión importante, ¿todas las mujeres con problemas genéticos que produzcan infertilidad tendrían el mismo acceso o solo unas cuantas elegidas por la ciencia y el experimento de turno? ¿Es equitativo el número de recursos que se han empleado habiendo tanta lista de espera para recibir otros órganos que sí conllevan un riesgo real de muerte y que no llegan? Es posible, como decía un profesor en un evento sobre salud mental, que el código postal determine la posibilidad de la selección de futuras candidatas a este tipo de trasplantes o algo peor, que se realicen en la sanidad privada al que no todo el mundo puede acceder por falta de recursos.

**¿Es justo explotar la reproducción para cumplir “un sueño”, un deseo?** Mucho nos han inculcado, y educado, que todas las mujeres con útero deben utilizarlo para ser madres, idealizando la maternidad como la máxima aspiración de cualquier mujer para sentirse realizada, como si por tener un órgano o un sistema en nuestro cuerpo nos obligara a tener que explotarlos.

Ejemplo, todos y todas, o la mayoría, somos personas con un sistema muscular potencialmente preparado para correr pero no todos o todas nos hacemos atletas, es una opción loable, si, pero una opción, no un derecho por lo tanto obligación por parte del Estado de proporcionar los recursos y velar por el cumplimiento del derecho. Recuerdo aquí que lo que hay es el derecho a la atención sanitaria (objetiva y universal, de momento) pero no a la salud, que es algo subjetivo.



• **Autonomía:**

Respecto a este principio, es de suponer que tanto la receptora como la donante viva (fértil o no) son informadas de todos los riesgos y alternativas ya que los beneficios son completamente subjetivos, no vitales para la salud física, aunque psicológicamente el hecho de no ser madre suponga una alteración de la salud mental a tantas y tantas mujeres.

Y es de suponer también, que este proceso de información para la toma de decisiones, acaba en la obtención de su respectivo consentimiento, no solo oral (eso siempre y reflejado en la historia clínica) sino también escrito en los casos que la ley contempla para técnicas de diagnóstico y tratamientos invasivos como son la cirugía, entre otros.

## CONCLUSIONES

Muchas preguntas han quedado abiertas como reflexiones propias contadas en voz alta, en mi caso escritas, y seguro que habrá gente que se alegrará y sentirá esperanza ante la posibilidad de no tener que renunciar a ese sueño que tuvo siempre por ser madre. También científicos, médicos, que ven un futuro esperanzador en la mejora de la técnica de los trasplantes en niños muy pequeños o intraútero para poder salvar sus vidas.

Pero también habrá personas que vean este asunto como la utilización experimental sobre cuerpos de mujeres, con posibilidad de negocios alrededor de todo esto, mercantilización de cuerpos femeninos que, ante situaciones de vulnerabilidad, sean perfectas “voluntarias” para ser donantes a las que “oficialmente” lo hacen de manera altruista como donan óvulos o embriones, y que bien sabemos no es una donación totalmente altruista.



La ciencia avanza sí, no es cuestionable, aunque deja muchos campos por avanzar quizá no tan “espectaculares” como este, dígame enfermedades oncológicas, neurodegenerativas, etc. que necesitan de recursos para la investigación.

Otra cuestión es cómo explicar a esa criatura que el útero en el que se gestó es de su tía, o en otros casos de su abuela, y quizá también reflexionar sobre si es necesario haber expuesto públicamente a ese recién nacido. Solo deseo que no tenga secuelas emocionales y crezca felizmente ajeno a todo el revuelo que ha causado su nacimiento.

Y por último, para seguir reflexionando ¿se ha de ser madre a cualquier precio poniendo en riesgo la vida de dos mujeres y un bebé? ¿Se puede trasplantar un útero, un órgano, ¿pero se puede trasplantar la maternidad? ¿Nos hace mejores personas, más mujeres y más felices?



No sé si deberíamos emplear más recursos socio-sanitarios en salud mental y trabajar la gestión de la frustración, de las expectativas y los deseos, y sobre todo, educar en valores con perspectiva de género para no caer continuamente en el cuento de la maternidad cual princesa de cuento buscando su príncipe azul y colorín colorado, sueño logrado.

No quiero cerrar este largo artículo sin desearos un feliz verano, y una de mis frases, como hago habitualmente, esta vez de una filósofa francesa, Simone Weil, que dice así: **“Para que tu mano derecha ignore lo que hace la izquierda, habrá que esconderla de la conciencia”**. Espero os haya gustado y os sirva para pensar y reflexionar sobre estos temas, y ¡no olvidéis disfrutar de las vacaciones!

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

### Referencias:

- 1.- Martín Endara Coll <https://elcomun.es/2021/10/01/la-sinrazon-de-los-trasplantes-de-utero/>
- 2.- OBSERVATORIO DE BIOÉTICA UCV | 25 mayo, 2023
- 3.- Infomatronas Nº77 Marzo 2023 (AEM)
- 4.- <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/nace-el-bebe-de-la-primera-mujer-trasplantada-de-utero-en-espana>
- 5.- <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-medicamentos-inmunosupresores-biologicos-el-embarazo-articulo-S1130634322000149>. Vol.47. Nº1, páginas 39-49 (Enero - Febrero 2023)

## DISTANCIAMIENTO INVETERADO Y FRENO CONSTANTE POR PARTE DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA HACIA LAS MATRONAS



No es de ahora que las matronas reivindicuen un papel específico dentro del área de salud y no precisamente desde el ámbito de la enfermería, sino fuera de ésta, retornando a la profesión independiente que fue hasta 1957, lo que a la vez lleva emparejado poseer propios órganos de decisión y defensa de la profesión, como mantuvo hasta la aciaga unificación impuesta en 1977, ilegalmente declarada por el Tribunal Supremo. ¡ Y esto es un clamor que ha ido creciendo desde aquella funesta fecha en la que las matronas salieron a la calle para defender lo que era suyo por derecho y que avanzando el tiempo, y viendo que las predicciones de la inequidad que las matronas íbamos a sufrir en el seno del conjunto enfermero se cumplían, no queda duda del deseo generalizado de las matronas de **¡INDEPENDENCIA!**.

No sé si hablar de sorpresa por el desconocimiento del Presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, cuya larga andadura por los andurriales de la representación colegial enfermera le tendrían que mantener informado de la realidad, o de cinismo negando la evidencia cuando hace unos días, en unas declaraciones hechas a Redacción Médica (mayo-23) afirmaba: ***“No creemos que este planteamiento sea compartido por la mayor parte de las matronas”***.

Curiosamente el presidente que dice poner en valor el papel de la especialidad de Matronas dentro de enfermería aseguraba en la misma entrevista que ***“Las matronas son enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, al igual que hay muchas otras enfermeras especialistas en ámbitos como la Salud Mental, Pediatría o Familiar y Comunitaria”***. Bueno esto es lo que se llama “una de cal y dos de arena”, porque he de recordarle que cuando no existían las especialidades enfermeras, ni siquiera la enfermería como profesión, la de matronas era una profesión consolidada desde el siglo XIX y presente como oficio desde los albores de la humanidad. Es más, cuando empezaron a desarrollarse las especialidades enfermeras a partir de 1957, para la mayoría de aquellos profesionales especialistas no se definieron los puestos de trabajo ni las funciones, como mayoritariamente en la actualidad para las nuevas de Salud Mental (2000), del Trabajo (2009) Pediatría, Geriatria, Familiar y Comunitaria( desde el 2010).

Sr. Presidente, en lo que sí estoy de acuerdo de sus declaraciones es que a pesar de ***“los palos puestos en las ruedas del carro de las matronas”***, siempre pocas, ( me refiero a las matronas obviamente porque con los palos ya guardados tenemos una hermosa leñera), ***“hay excelentes enfermeras con seis años de formación reglada que aportan una excelente calidad al sistema sanitario”***, ¡qué gran verdad!. Esto al menos las matronas ya lo han demostrado con cifras, lo del resto de especialistas está por demostrar, pero y yo me pregunto ¿ de qué nos ha servido y nos está sirviendo, amén del sentimiento de orgullo profesional del que no se come?.

A día de hoy, y a pesar de ser la única especialidad enfermera en España (la de Matronas) con Regulación por Directivas Europeas propias desde la década de los 80 y cuya identidad está clara, hay ataques contra sus competencias que las matronas sentimos que el CGE no defiende, como la intrusión en su cartera de servicios de las matronas, su prescripción autónoma para matronas sin resolver etc.

Se equivoca D. Florentino en apuntar como otro problema **“ el escaso desarrollo competencial que muchas de las especialistas tienen en su campo de actuación comparativamente con las generalistas pues esto es un aspecto clave en el desarrollo de la profesión enfermera ”**. Lo cierto es que los enfermeros generalistas, en todos los campos de salud, excepto en el área de la salud sexual y reproductiva, han cumplido su función aun sin especialidad, pero las matronas siempre en su campo lo han hecho tras su especialización, por cierto cursada **“ como mandan los cánones ”** ya que ninguna matrona ha accedido ni accederá a la especialidad por la vía extraordinaria en la que han titulado ya a varios miles de enfermeros en otras áreas.

Habrán muchos que no sepan que el penacho de plumas que los milicianos progresistas llevaban en el gorro les hacía visibles desde la lejanía, tras la constitución de Cádiz de 1812, y de ahí que la prensa del siglo XIX comenzara a decir que a los políticos de esta misma tendencia **“ se les veía el plumero ”**, haciendo alusión al mencionado penacho de plumas; pues bien, esta referencia en épocas posteriores nos sirve para poner **“ en solfa ”** a alguien cuando se advierten sus intenciones o tendencias. Por eso permítame utilizar esta expresión coloquial para decirle Sr. Presidente que **“ se le ha visto el plumero en toda su altura ”** cuando afirma que **“ No es necesario una coordinación de matronas en Atención Primaria, la coordinación y gestión debe estar en manos de los profesionales con mejor formación y competencia en gestión ”**. Ante tamaño desatino no puedo por menos que replicarle: pero Sr. Presidente ¿no se acuerda usted de que las matronas, antes de ser matronas, son enfermeras?. Pues fíjese qué lógico es que la coordinación de matronas que actualmente y en casi todas las gerencias de España la administra una enfermera o enfermero, la gestione una matrona que sabe de enfermería y de matronería ¿o es que de antemano presupone que las matronas son incapaces para la gestión, o que solo se forman en este campo los enfermeros de base? No se equivoque y menos cuando hace declaraciones públicas que lo escrito, escrito queda...

En contra de lo que usted ha afirmado que **“ establecer nuevas divisiones jerárquicas o administrativas a la carta, o nuevos grados independientes, no puede ser parte de la solución ”**, ya le decimos las matronas que para nuestro colectivo sería un alivio, un respiro, aunque el esfuerzo hasta llegar a ello sabemos de antemano que costará mucho arrojo y tiempo porque ya contamos con que a **“ este carro en el que se subirán las matronas cuando el momento sea más propicio ”**, como siempre, no le faltarán más palos en sus ruedas.

Por lo que sí he de felicitarle Sr. Presidente, aunque realmente es su trabajo y, además, es una reclamación que viene de lejos, es por sumarse a la denuncia sobre la falta de matronas en España con el resultante impacto negativo en la salud de la población; cierto es que me queda la duda de si lo siente o hizo estas declaraciones obligado por los medios de comunicación que le pedían entrevistas en el Día Internacional de la Matrona... Aunque aquí también tengo que hacerle una reconvencción porque con los datos del INE que utiliza usted y que son justamente los que este organismo recaba a través del CGE que usted preside, no salen tampoco las cifras exactas; no hará falta recordarles que el CGE solo exige la colegiación como enfermero, no como especialista, y por tanto podrían estar infra estimadas las cifras, aunque por otra parte muchos de los títulos contabilizados no implica que los profesionales especialistas estén trabajando, en este caso, como matronas. La paradoja es que faltan matronas y NADIE hace nada para que las tituladas-os lo hagan en su campo y así en muchas ocasiones, estos tengan que guardar su título en la carpeta del olvido y optar por los contratos menos precarios o que mayor estabilidad y mejores condiciones laborales les ofrezcan, aunque sea como enfermeros generalistas.

También es verdad que hay diferencia por autonomías en cuanto al ratio de matronas, aunque los datos que aporta y que anteriormente han publicitado algunas representaciones sindicales a las que también se les ha advertido por la inexactitud de los datos, tampoco se pueden considerar válidos por la razón antes alegada. Sr. Presidente, la situación de las matronas es peor que la del contexto de situación en que nos enmarca.

Y a pesar de todo, como hay que ser justos y reconocer a cada uno sus méritos, tengo que decir que le ha quedado redondo el párrafo donde afirma, en relación con el mermado número de matronas y las diferencias autonómicas, que ***“ esto supone un retroceso en los cuidados de las mujeres de aquellas comunidades con un menor número de matronas, así como una sobrecarga de trabajo de las profesionales, que, después de tres años de pandemia, se encuentran exhaustas ”***. Sin duda, “pleno al quince”, Sr. Presidente, menor número de matronas pone en riesgo la salud sexual y reproductiva de las mujeres a la que irrefutablemente tienen derecho; por otro lado, la asistencia obstétrica prestada por matronas ni cierra ni reduce la actividad asistencial ninguno de los 365 días del año y tampoco lo hizo por la pandemia frente a la mayoría de servicios sanitarios que sí lo pudieron hacer.

Sr. Presidente, como he observado que se sabe muy bien los ratios que OMS establece, esto es una matrona para cada 3.000 mujeres, y que la media española está en una matrona por cada 12.000/15.000 mujeres en edad fértil, apuntando incluso que las matronas atienden a mujeres también fuera de esos límites de edad, solo nos queda decirle que ya tiene datos sobrados para actuar en consecuencia defendiendo a las matronas y su trabajo como corresponde al Presidente del CGE. **Y no se equivoque al pensar que diciendo esto pedimos un trato de favor, no, la realidad es la que es y por eso no consentiremos que NADIE menosprecie o ignore a las matronas en ninguna circunstancia, y seguiremos exigiendo a la institución colegial (CGE) que hoy por hoy representa a las matronas, que actúe con equidad y justicia como es exigible al órgano regulador y autoridad competente de la profesión enfermera en España.**

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



### **DUELO SOBRE DUELO. ¡INTOLERABLE!**

#### **CARTA DE UNA MATRONA Y MADRE**

**Esta es la historia del nacimiento y la pérdida de nuestro pequeño Noah, y de una familia destrozada por negarles la oportunidad de despedirse como se merecía.**

*"Mi nombre es Ana y soy compañera, matrona. He acompañado a muchas mujeres en el embarazo, parto y puerperio, desde mi mejor saber hacer profesional y personal. Como madre, he tenido tres hijos, Leonardo y Elisa que han tenido unos nacimientos muy respetados, y Noah, nuestro pequeño bebé estrella que nació y murió el 14 de Febrero de 2022, a sus 28 semanas de gestación, pues debido a una grave malformación cerebral, nos vimos obligados a interrumpir su embarazo.*

*Tras tres semanas de pruebas y confirmar el diagnóstico en mi hospital, rodeada de compañeras y amigas, pasamos el comité clínico y nos comunicaron que la interrupción se realizará en Madrid, en la clínica el Bosque, centro acreditado por el **SESCAM** para interrupciones del embarazo de alto riesgo.*

*En aquellos días, solo me invadía el dolor por la muerte de nuestro hijo, que sin cesar se movía en mi interior. Así que pensé que si desde mi casa, mi hospital, me enviaban allí, sería una mejor opción y confíe.*

*El 11 de febrero nos marchamos a Madrid, en tren, pues ni mi pareja ni yo nos sentíamos capaces de conducir y nos alojamos en el hotel más cercano a la clínica.*

*La asistente social del hospital nos comenta que el gasto del desplazamiento nos lo devolverán, no así el del alojamiento pues la inducción se realizaría sin ingreso el lunes y 48 horas antes sólo me tenían que ver en consulta allí y darme una premedicación, así que podíamos ir y venir por nuestros medios en las dos ocasiones. A mí me extrañó, pues cualquier inducción de parto, de 28 semanas, se lleva a cabo con ingreso de 24-48 horas, hubiera deseado no ser matrona, el sufrimiento quizás habría sido menor, aún así, intenté no pensarlo mucho y confiar, pues si desde mi hospital, mi casa, me enviaban allí, sería lo mejor para todos.*

***En mi cabeza sólo rondaba una pregunta, ¿Cuándo le pararán el latido a mi bebé?***

***Llegamos a la clínica el Bosque el sábado por la mañana, un chalet escondido en medio de la nada y con una pequeña manifestación de gente en la puerta que nos abordan e intentan darnos panfletos, nuestro amado Noah inquieto, daba pataditas. Ya dentro de la clínica nos dirigen a una abarrotada sala de espera, unas 30 mujeres esperan relajadas y sonrientes, no me lo puedo creer, buscando con la mirada encuentro a algunas que como yo, lloran en silencio.***

***Yo no podía disimular mi llanto y mi agonía cuando una persona invita a los pocos acompañantes a salir, pues literalmente, no cabíamos en la sala, yo agarro fuerte a mi Pablo para que no se lo lleven y al poco nos llaman "¡el número 22!".***

***Tras una pequeña entrevista y ecografía el ginecólogo me dice que hoy me dan la mifepristona oral y en 48 horas me inducirán el parto. Aterrorizada consigo preguntar, "¿Cómo le pararán el latido?" a lo que me contesta, "las contracciones son tan fuertes que no aguantan".***

***Intentaba no pensar, no podía salir corriendo de aquel lugar, no tenía elección, pero a mi instinto de matrona no le convencía ni aquella respuesta, ni aquel pequeño chalet donde el **SESCAM** me había enviado a realizar mi interrupción de embarazo de alto riesgo.***

***¿Dónde estaba la reanimación si algo salía mal?***

**¿Dónde estaba el banco de sangre si lo necesitaba?**

**¿Dónde estaban mis compañeras matronas y su protocolo de muerte perinatal?**

*Tras 48 horas de pesadilla en una habitación de hotel, llorando junto a su papá el final de su vida, mientras le dábamos todo el amor del que éramos capaces, yo en silencio temía por mi vida. Consigo decirle a Pablo que si lo aviso o ve algo extraño, llame al 112 para gestionar mi traslado a un hospital público.*

*El lunes 14 de febrero a las 9 horas acudimos a la clínica el Bosque, aquella casa de abortos de alto riesgo. Una enfermera, (lo supongo por sus funciones, pues no va identificada) me acompaña a la habitación, sola, pues según nos indica, Pablo no puede entrar aún. La desesperación y la angustia me invaden, estoy aterrizada en el momento más doloroso de mi vida, sola, en un lugar que se me antoja de todo menos seguro. "No llores mi niña", "Madre mía como estás", me consuela. Me pongo mi camisón, me tumbo en la cama y me canaliza una vía en la que inicia a infundir oxitocina a chorro y me coloca Cytotec vía vaginal, "4 pastillas" según me informa al preguntarle. Prefiero no pensar, le suplico que deje entrar a mi pareja... y no me da mucho tiempo a pensar, pues a los 10 minutos empiezo con unos escalofríos, temblores incontrolables, convulsivos, y mi útero se aprieta en una contracción continua, tetánica. El dolor y el miedo se convierten en algo insostenibles. Tras un rato dejan pasar a Pablo que me encuentra en esta situación y avisamos al anestesista para ver si se puede aliviar mi agonía.*

*Tras un buen rato, finalmente me pasan a otra habitación donde me ponen el catéter epidural, más Cytotec y Propofol intravenoso. Agradecí la sedación, que por unos minutos me ayudó a evadirme de aquella pesadilla.*

*Descanso unas horas tras las que comienzo nuevamente con un dolor insostenible, mi contracción uterina sigue siendo continua, tetánica. Aterrizada, aviso al personal para que me pongan un refuerzo de anestesia y palpén mi útero. Primero me dice que el anestesista está ocupado y tengo que esperar, a lo segundo hace oídos sordos. Tras mucho insistir y en un alarido de dolor consigo que ella misma me ponga un bolo de anestesia.*

*A las 16.30h. empiezo a sentir presión y aviso, acude el ginecólogo que me explora y fuerza mi cuello uterino. "Pasamos a quirófano", le digo que me gustaría tenerlo en la habitación en intimidad y se niega argumentando que quizás haya que suturar algún desgarro. Imaginándome lo peor, le insisto en qué queremos ver a nuestro hijo cuando nazca y tenerlo en brazos, a lo que atónito me contesta que "normalmente no quieren ni verlos", pero si es lo que quiero me dejarán.*

*Me pasan a "Quirófano", nuevamente mi pareja se queda fuera y en posición de litotomía "la enfermera" se sube encima de mi y antes de que yo pueda siquiera reaccionar comienza a realizar brutales Kristeller a mi bebé y mi útero de 28 semanas, con 2 partos normales previos y el kilo 200 gr de nuestro Noah, no era necesario. Pero mi bebé ya no le importaba a nadie y creo que mi útero y mi suelo pélvico tampoco.*

*A las 17h. nace nuestro hijo, vivo. La mujer de los Kristeller se encarga de levantarme el camisón para que no vea nada y distraerme con maniobras para el desprendimiento de la placenta, entre susurros escucho "vamos a esperar", tras interminables minutos, paralizada, consigo pedir que me dejen ver a mi hijo, "enseguida mi niña, lo estamos preparando", sigo insistiendo y finalmente traen a mi bebé, precioso, pálido y lleno de moratones, y es en ese preciso instante cuando soy plenamente consciente de que acaba de morir y les he permitido que dejen que pasase sus últimos minutos de vida sólo, arrancado de mí, lejos de mamá, probablemente desnudo, encima de una mesa de acero fría. No se lo merecía, ni yo tampoco.*

*Dejan pasar a Pablo a quirófano, mi placenta sigue retenida y yo en posición de litotomía. Abrazamos y lloramos a nuestro bebé ante la mirada estupefacta del personal que de vez en cuando viene a ver si*

*ya es suficiente, yo intento disuadirlos "por favor un poquito más" les digo, consciente de que el recuerdo de su preciosa carita será lo único que nos quedará de él. Ni huellas, ni mariposa, ni pinza de cordón, nada, sólo su recuerdo durante unos instantes en un frío "quirófano".*

*Finalmente se lo llevan, y su papá aún en shock inicia una dura lucha que durará toda la tarde para gestionar la incineración de nuestro hijo, pues una vez más, ni rastro de ningún protocolo. "Nunca se hace nos dicen", "van a una fosa común".*

*Yo me quedo un rato más en "quirófano", necesario para el intento de extracción manual de placenta y posterior aspiración y legrado. Y digo "quirófano" pues de lo que yo sé, en cualquiera suele estar mínimo el anestesista y aquí no estaba, de hecho no lo he vuelto a ver desde que me puso la epidural. Afortunadamente no lo necesité.*

*Cuando todo acaba y tras 3 horas desde el parto, me dan el alta a mi hotel, con las piernas aún dormidas y sin haber realizado alguna micción espontánea, de hecho me acaban de quitar la sonda vesical.*

*Una mujer muy amable, supongo que enfermera por sus funciones, nos acompaña al hotel en su coche personal, pues yo no puedo caminar debido a que aún tengo las piernas dormidas por la anestesia y con un edema brutal debido a la bomba de medicación que me han puesto, para una inducción de parto récord, 12h. del ingreso al alta.*

*Permanecemos 2 noches más en una habitación de hotel en Madrid, pues han de pasar 24h. hasta incinerar a nuestro hijo, 5 noches en total en un hotel de 4 estrellas, el único cercano a la clínica y muy visitado por mujeres con la misma suerte que yo. 5 noches, y casi 1000 euros de nuestro bolsillo de los que no nos corresponde devolución, pues mi inducción de parto de 28 semanas, con su aspiración y legrado, "no ha requerido ingreso".*

*¿Qué hubiera hecho una mujer en mi situación que no se hubiera podido permitir este desembolso de dinero? ¿Qué hacen estas mujeres silenciadas y repudiadas del sistema público? se de algunas que han dormido en su propio coche.*

*Hubiera pagado ese dinero y más por ser atendida en la seguridad de un hospital público, con su sala de reanimación, con sus anestesistas y equipo de ginecólogos, con su banco de sangre, con mis matronas y su protocolo de muerte perinatal.*

***Ni yo, ni ninguna mujer, nos merecemos que el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, ( y de otras comunidades que tampoco protegen a sus pacientes) nos abandone así, de esta manera tan cruel, en el momento más duro de nuestras vidas, en el que tenemos que tomar la decisión de acabar con la vida de nuestro bebé, que se mueve en nuestro vientre, porque no va a poder ser digna, no creo que haya un acto de amor mas grande, que elegir el propio sufrimiento, probablemente eterno, para evitárselo a un hijo.***

*Ya es suficientemente doloroso por sí solo, nos merecemos acompañamiento, intimidad, seguridad y protección. No ser rechazadas y sentirnos más culpables si cabe, escondidas lejos de casa, en un lugar ajeno, tétrico y temer por nuestra vida.*

*Nadie me llamó desde que salí aquel día de la clínica, ni para interesarse por mi salud física ni psicológica, a pesar de que la asistente social me dijo que me llamaría la psicóloga del **SESCAM**.*

*Una vez que sales del sistema, dejas de existir.*

*Como anécdota, mencionar también que cuando fuimos a reclamar los billetes de tren, la ida no nos la reembolsan pues era un billete "confort", el único que había un viernes por la tarde para ir a Madrid, se ve que tampoco nos merecíamos tantísima comodidad.*

***Me gustaría tanto, y desde aquí lo pido a quién tenga la responsabilidad, ver qué tipo de contrato tiene el Sescam con esta "casa de abortos de alto riesgo", consciente de que lo que es de "alto riesgo" no son abortos.***

*Este lugar tiene un concierto público con el Sescam y yo todavía no me creo que los responsables de esto, estén permitiendo que sus pacientes, de toda Castilla-La Mancha, vayamos a perder a nuestros hijos y temer por nuestra vida en este lugar. Es muy cruel, están permitiendo que se nos trate con violencia, obstétrica, psicológica y asistencial, (también institucional y un largo etcétera) y como matrona, que lo he visto y vivido desde dentro, me siento en la obligación de contároslo, a los que como yo, éramos ajenos a esta triste realidad silenciada y de rogar una solución a quien tenga el poder y la responsabilidad de hacerlo. En otras comunidades se hace.*

*Me cuesta pensar que haya tantos profesionales que conscientes de esta realidad, se nieguen a formar parte de estas tristes y nunca deseadas intervenciones en ningún hospital público de toda la región, pues estos bebés que aún laten y no van a poder tener una vida digna debido a sus patologías, si merecen que su muerte lo sea. Y estas mamás y papás, que toman la decisión más dolorosa de sus vidas, se merecen ser tratados con el mismo respeto, mimo y cuidado que cuando su hijo deja de latir por sí solo. A ser acompañados por profesionales formados, en duelo perinatal y en obstetricia, en la seguridad de un Hospital con recursos por si algo sale mal. Se merecen tener derecho a despedirse de sus bebés en intimidad, con tiempo, sin prisa, a llorarles y abrazarles solos en una cálida habitación, a decidir una eutanasia anteparto o a acompañarles en su muerte, calentitos en el pecho de mamá y papá y a conservar algún recuerdo de ellos. Yo no tuve nada de eso, ya ha pasado más de un año y todavía tengo pesadillas porque dejaron que nuestro Noah se apagara solito en una mesa fría, eso no se lo perdono y lucharé porque nuestra traumática experiencia sirva de algo.*

*Si en otras comunidades autónomas se realizan intervenciones de ILE dentro de los hospitales públicos, ¿por qué las familias de Castilla la Mancha tenemos distinta suerte?*

***No entiendo de leyes, pero se que como mujer y madre no me han tratado bien y además como profesional he sido consciente de una clara pérdida de calidad y seguridad asistencial, hasta el punto de temer por mi vida, y de una asistencia médica que roza la negligencia, y digo roza porque estoy aquí para contarlo".***

Ana Lozano. Matronas de la CA Castilla- La Mancha



**“Amar sin latido”. Estatua de bronce del autor Jesús García Trapiello, dedicada a la muerte perinatal. Cementerio de Comillas (Cantabria).**



## PRIMER PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR LA PREECLAMPSIA

Recomendaciones para futuros padres de alto riesgo y proveedores de atención médica para promover la prevención de la preeclampsia, una de las principales causas de muerte relacionada con el embarazo en los Estados Unidos.

Un nuevo informe especial publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG) brinda un enfoque innovador para la preeclampsia, uno de los problemas más apremiantes en la salud materna en la actualidad, y se traducirá la predicción del riesgo en la prevención de la enfermedad.

El informe, “*Plan de atención para personas en riesgo de preeclampsia: enfoque compartido de la educación, estrategias de prevención, vigilancia y seguimiento*”, proporciona recomendaciones específicas tanto para los futuros padres como para los médicos. Las recomendaciones del plan de atención incluyen la consideración de dosis bajas diarias de aspirina, vigilancia, estrategias conductuales, educación de pacientes y proveedores, abordaje de los determinantes sociales de la salud y seguimiento a largo plazo. Estas recomendaciones son un cambio significativo del enfoque de atención actual, que históricamente ha carecido de una estrategia integral e integrada. Si bien la tecnología para predecir de manera confiable la preeclampsia es inminente, hasta ahora no ha habido una dirección clara sobre las estrategias óptimas para su prevención.

Una de las principales causas de muertes relacionadas con el embarazo en los EE.UU. es la preeclampsia que como alteración grave de la presión arterial puede provocar un parto prematuro, daños en los órganos y otras complicaciones graves durante el embarazo. El impacto de la preeclampsia puede extenderse durante toda la vida tanto para las madres como para los bebés. Con el aumento de la mortalidad materna en los últimos años y los trastornos de presión arterial alta en el embarazo (incluida la preeclampsia) que se han duplicado desde 2007, existe una necesidad urgente de predecir, prevenir y mitigar su impacto devastador.

Afortunadamente, existen varias intervenciones eficaces que se han asociado con un menor riesgo de preeclampsia en personas con mayor riesgo. El nuevo informe AJOG los sintetiza todos en una recomendación objetiva basada en la evidencia por primera vez y proporciona listas de verificación tanto para las personas en riesgo como para los proveedores de atención médica, que se pueden descargar y compartir. Hoy en día, la mayoría de las embarazadas con mayor riesgo no reciben ni siquiera una de las intervenciones para prevenir la preeclampsia. Por ejemplo, menos de la mitad de las pacientes de alto riesgo reciben aspirina en dosis bajas. Al simplificar las recomendaciones basadas en la evidencia en un plan de atención sencillo, el informe describe sistemáticamente el enfoque preventivo múltiple que las pacientes en riesgo deberían recibir, que incluye:

- **Recomendaciones clave para los proveedores de atención médica:** evaluación de riesgos que comprende determinantes sociales de la salud, recomendaciones farmacológicas (incluida la terapia con aspirina y la terapia antihipertensiva) y recomendaciones conductuales (incluida información específica sobre dieta, ejercicio y sueño).
- **Recomendaciones clave para personas en riesgo de preeclampsia :**
  - Para discutir con un proveedor de atención médica: Preguntas sobre el uso de aspirina, ejercicio durante el embarazo, control de la presión arterial y más.
  - Para hacer por su cuenta: observar signos de preeclampsia con los síntomas enumerados, controlar la presión arterial en el hogar e informar cualquier lectura superior a 140/90, implementar cambios en la dieta, el ejercicio y el sueño, y más.



**"Este nuevo plan de atención integral, desarrollado por un grupo diverso de expertos en preeclampsia, es un conjunto de recomendaciones específico y claro basado en evidencia revisada por pares y opiniones de expertos",** dijo James Roberts, MD, investigador de medicina materno-fetal, en el Magee-Womens Research Institute, UPMC e investigador principal y fundador de Global Pregnancy Collaboration, quien es una de las autoras principales. **"El plan describe medicamentos, monitoreo, modificación del comportamiento, educación y consideraciones para los determinantes sociales de la salud. Está diseñado para ser tan seguro, rentable y práctico de implementar en la práctica del mundo real como sea posible. Las listas de verificación claras alientan aún más su uso para cualquier embarazo que se considere que tiene un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia",** agregó el Dr. Roberts.

**"La predicción objetiva del riesgo de preeclampsia con meses de anticipación pronto será posible, y el Plan de atención responde a la pregunta de qué hacer con esa información",** dijo Alison Cowan, MD, MSCR y directora de asuntos médicos de Mirvie. **"Una colaboración sin precedentes entre expertos médicos y defensores de la preeclampsia creó este novedoso plan de atención centrado en el paciente. Representa un paso crítico para prevenir la preeclampsia y salvar vidas".** Mirvie, una empresa que desarrolla la primera plataforma para predecir complicaciones del embarazo al revelar la biología subyacente, apoyó el desarrollo independiente de este informe para contribuir a una mayor comprensión de cómo prevenir la preeclampsia.

Eleni Tsigas, directora ejecutiva de Preeclampsia Foundation y una de las coautoras, señaló: **"Al centrar a las sobrevivientes de preeclampsia como expertas y coautoras, junto con médicos, investigadores y pagadores, hemos producido un plan de atención integral práctico y proactivo. Está escrito en un lenguaje claro y sencillo, se puede incorporar fácilmente a los sistemas de registros de salud electrónicos (EHR) y está diseñado para ser un plan cooperativo tanto para las mujeres como para sus equipos de atención. Con una implementación consistente en cualquier entorno, esperamos que este Plan de Atención ayude a abordar las desigualdades en la atención materna".**

Con pruebas objetivas y predictivas para la preeclampsia inminentemente en el horizonte, este Plan de atención integrado traducirá la predicción del riesgo en la prevención de enfermedades. Dado que muchas mujeres sin factores de riesgo tradicionales seguirán desarrollando preeclampsia, esta combinación de nuevas herramientas predictivas y preventivas demostrará ser indispensable para todos los médicos y pacientes que busquen prevenir esta grave complicación del embarazo y los impactos de por vida de la preeclampsia en la salud.

El informe completo, Care plan for individuals at risk for preeclampsia

**"Shared approach to education, strategies for prevention, surveillance, and follow-up,"**

disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937823002600>

### PROGESTERONA VAGINAL PARA PREVENIR EL PARTO PREMATURO Y LOS RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS EN LAS GESTACIONES GEMELARES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Con el objetivo de evaluar la eficacia de la progesterona vaginal para la prevención del parto prematuro y objetivar los resultados perinatales adversos en gestaciones gemelares, los investigadores recurrieron a fuente de datos en MEDLINE, Embase, LILACS y CINAHL (desde su inicio hasta el 31 de enero de 2023), bases de datos Cochrane, Google Scholar, bibliografías y actas de congresos. Determinaron como criterios de elegibilidad del estudio ensayos controlados aleatorios que compararon la progesterona vaginal con placebo o ningún tratamiento en mujeres asintomáticas con embarazo gemelar.

Para el trabajo eligieron realizar una revisión sistemática de acuerdo con el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones. El resultado primario fue el parto prematuro <34 semanas de gestación. Los resultados secundarios incluyeron resultados perinatales adversos. Se calcularon los riesgos relativos agrupados con intervalos de confianza del 95%. Se evaluó el riesgo de sesgo en cada estudio incluido, la heterogeneidad, el sesgo de publicación y la calidad de la evidencia, y se realizaron análisis de subgrupos y de sensibilidad.

La conclusión del trabajo fue que la progesterona vaginal no previene el parto prematuro, ni mejora los resultados perinatales en gestaciones gemelares no seleccionadas, pero parece reducir el riesgo de parto prematuro que ocurre a edades gestacionales tempranas y de morbilidad y mortalidad neonatal en gestaciones gemelares con cuello uterino corto ecográfico. Sin embargo, se necesita más evidencia antes de recomendar esta intervención a este subgrupo de pacientes.

Disponible el estudio completo " **Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in twin gestations: a systematic review and meta-análisis** ", en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937823003174>

### ASPIRINA EN DOSIS BAJAS Y PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO: HISTORIA NO CONTADA DE LA INFLAMACIÓN



Con mucho interés leemos el artículo de Kupka et al, sobre los beneficios del uso de aspirina en dosis bajas en la prevención del parto prematuro (PTB). Se ha sugerido que el principal mecanismo de acción de la aspirina es la inhibición de la ciclooxigenasa (COX) y, por tanto, la producción de prostaglandinas (PG). Sin embargo, parece que éste no es el único camino.

Como se sabe, el trabajo de parto prematuro (PTL) es un evento multifactorial que se caracteriza principalmente por la inflamación. Las citocinas y quimiocinas proinflamatorias provocadas por diferentes mecanismos, como la infección y la inflamación estéril, conducen a la PTL y, por tanto, a la PTB. En una condición infecciosa, la activación de los receptores tipo Toll conduce a la producción de citocinas proinflamatorias a través de la activación del factor nuclear kappa B (NF- $\kappa$ B). La activación de NF- $\kappa$ B conduce a la producción de diferentes citocinas proinflamatorias, como la interleucina (IL) 1 $\beta$ , IL-6 y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), cuyas funciones se han resaltado en negrita en el PTL. Se ha demostrado que IL-1 $\beta$  aumenta los niveles de TNF- $\alpha$ , IL-6 y PG, incluidas PGF2 $\alpha$  y PGE2, y estimula la contractilidad uterina en monos rhesus preñados. Además, IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ , y la IL-6 podría aumentar la expresión de la metaloproteínasa 9 de la matriz, que desempeña un papel clave en la maduración cervical y la degradación de la membrana amniocoriónica. Además, TNF- $\alpha$  es responsable de la síntesis y regulación de PG. Además, la IL-6 puede aumentar la producción de PGE2 en células deciduales y amnios.

La aspirina es un medicamento antiinflamatorio no esteroideo que se usa ampliamente en medicina. Este medicamento puede inhibir el NF- $\kappa$ B y, por tanto, podría afectar la transcripción de múltiples citoquinas, como IL-1 $\beta$ , IL-6 y TNF- $\alpha$ . Entre los factores mencionados, se ha demostrado que la aspirina podría inhibir la transcripción de TNF- $\alpha$  y la secreción de proteínas.

Con todo, parece que la aspirina podría prevenir la PTB a través de diferentes vías, incluida la inhibición de COX y NF- $\kappa$ B.

Artículo completo **“Low-dose aspirin and prevention of preterm birth: untold story of inflammation”**,

Disponible:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937823002478>

## “EN EL NOMBRE DEL PADRE”

**“Ana Trejo Pulido, creadora del proyecto de divulgación feminista Stop Vientres de Alquiler, nos proporciona un análisis feminista y desde los derechos humanos del ecosistema del negocio de la gestación subrogada.**

La autora desgana las características de la industria de la subrogación, el contexto normativo internacional, el perfil y motivaciones de los compradores de bebés y de las mujeres explotadas, los contratos que suscriben, los tratamientos que reciben las mujeres, así como las consecuencias de la comercialización del embarazo y el parto a nivel individual y colectivo. Además, proporciona datos inéditos sobre la evolución del número de bebés comprados por ciudadanos españoles en el extranjero y muestra el impacto de las políticas públicas en la demanda y oferta de servicios de explotación reproductiva.

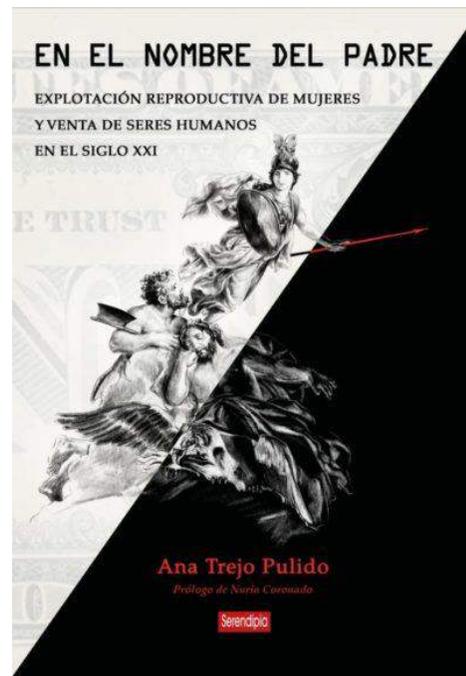
Ana Trejo Pulido, creadora del proyecto de divulgación feminista Stop Vientres de Alquiler, nos proporciona un análisis feminista y desde los derechos humanos del ecosistema del negocio de la gestación subrogada. “En el nombre del padre”, la autora nos advierte de que estamos ante a un negocio multimillonario de explotación y venta de seres humanos que pugna por su legitimación y aceptación social en todo el mundo mediante la presión a los gobiernos y organismos internacionales, y que cuenta con el apoyo de la investigación académica en las Universidades y los medios de comunicación.

Ana Trejo Pulido, mujer, madre, feminista y extremeña. Licenciada en Sociología y Ciencias Políticas, Máster en Igualdad de Género, Experta en Divulgación y Cultura Científica y Especialista en Consultoría en el Sector Público. Compagina su labor profesional como Técnica de Proyectos en una empresa pública en el ámbito de la transformación digital, con el activismo feminista.

En 2017 pone en marcha el proyecto de divulgación feminista Stop vientres de alquiler que tiene como objetivo impulsar el conocimiento y crear conciencia social sobre la maternidad subrogada como una forma de violencia contra las mujeres y una práctica contemporánea de explotación reproductiva de mujeres y venta de bebés.

Como experta en el tema ha impartido numerosas charlas desde la perspectiva feminista y de la defensa de los DD.HH y ha producido gran cantidad de materiales informativos y divulgativos sobre la realidad de la explotación reproductiva junto a sus compañeras Inma Guillem, Vanessa Rodríguez y Teresa Domínguez. Todos estos materiales están disponibles de manera gratuita en el blog y en las redes sociales de la plataforma”.

Explotación reproductiva de mujeres y venta de seres humanos en el siglo XXI» (2023) editorial Serendipia y del e-book: <https://serendipiaeditorial.com/en-el-nombre-del-padre/>,



## LA PLACENTA ARTIFICIAL ESPAÑOLA AVANZA: LA PRIMERA FASE LOGRA UNA SUPERVIVENCIA DE 12 DÍAS EN MODELOS ANIMALES



Es una realidad el prototipo de placenta artificial funcional que ya ha conseguido una supervivencia de 12 días en modelos animales garantizando un buen estado fetal, realizada por un equipo español. Conocemos la morbi-mortalidad de los prematuros extremos (<26 semanas) por ello el centro clínico y de investigación BCNatal, adscrito a los hospitales Sant Joan de Déu y Clínic de Barcelona, (Proyecto Caixa Research Placenta Artificial ) desde hace tres años puso en acción el proyecto de creación de una placenta artificial incorporando condiciones semejantes a las que se producen en el vientre materno, noticia que desde este medio transmitimos también. El fin de este proyecto es intentar prolongar en estos recién nacidos inmaduros el desarrollo fetal adecuado, minimizando el riesgo de mortalidad y de secuelas.

Los logros conseguidos hasta la fecha auguran la viabilidad del proyecto: en el trabajo experimental realizado con fetos de oveja, los investigadores han conseguido alcanzar la supervivencia de 12 días en tres ocasiones, aunque también han logrado varios casos de éxito con 10 y 9 días de supervivencia, todo un "hito", tal y como señaló Eduard Gratacós, director de BCNatal y líder del proyecto, quien subrayó que "este es un proyecto muy singular que tiene la determinación de conseguir cambiar la vida de miles de personas en el mundo".

Sin embargo hay que recordar que el interés por este tema viene de lejos, ya el trabajo pionero en apoyar a los RN. prematuros mediante el intercambio de gases no pulmonares probablemente se inspiró en el trabajo precursor del Dr. John Gibbon en 1930.

En 1958, un grupo de investigadores del Instituto Karolinska ( Westin, Nyberg y Enhöring informaron sobre una técnica para la perfusión de fetos humanos periviables que pesaban 375g. por periodos de hasta 12 horas. Una serie de estudios en animales de prueba de principio siguieron rápidamente a este estudio histórico; Lawn y McCance en Cambridge informaron sobre el uso de fetos de cerdo de 60 a 70 días de gestación en un dispositivo de placenta artificial. Callaghan y sus colegas en Canadá utilizaron fetos de oveja prematuros tardíos para ejecutar partos cortos (~40 minutos) protocolos de derivación pulmonar, seguidos de una recuperación exitosa y una supervivencia prolongada (> 6 meses).

Algunos de los primeros trabajos más importantes en el campo fueron los realizados por Zapol y sus colegas.

Los siguientes avances significativos en el campo provinieron de estudios realizados en Japón y Corea del Sur entre 1989 y 2002. Kuwabara y los colegas de la Universidad de Tokio informaron los hallazgos de un estudio de nueve animales que utilizó fetos de cabra entre 112 y 136 días de gestación.

En conjunto, estos estudios demostraron una mejora incremental tanto en los tiempos de supervivencia como avances significativos en la calidad del mantenimiento (es decir, la estabilidad de las variables fisiológicas clave dentro de los rangos normales, la ausencia de infecciones potencialmente mortales) que se pueden lograr con la tecnología de placenta artificial. Ahora este nuevo estudio marca " España " se suma a la investigación desarrollada desde hace casi 100 años, y que ya con menos fuerza tras un siglo de desarrollo nos hace cuestionarnos si la placenta artificial es ciencia ficción o realidad.

Fuente : Redacción Médica

## EMBRIONES DE TRES PADRES. ¿ES LA TÉCNICA DE REEMPLAZO MITOCONDRIAL (MST) LA SOLUCIÓN A LA INFERTILIDAD IDIOPÁTICA?

En 2016 fue noticia el nacimiento del primer bebé del mundo engendrado con la técnica de reproducción asistida que utilizaba el ADN de tres personas, llamada como de los tres padres mediante el procedimiento que utilizaba tejido de óvulos de mujeres donantes sanas para crear embriones en Fecundación In Vitro libres de mutaciones dañinas que portan sus madres.

Ahora salta a la palestra las evidencias de los últimos meses que reavivan la posibilidad de utilizar la técnica de reemplazo mitocondrial para tratar la infertilidad.

La mayoría del ADN de nuestras células se encuentra en el núcleo, si bien una mínima parte (aproximadamente, 37 genes) también reside en las mitocondrias. Ese ADN mitocondrial (ADNmt) se transmite por línea materna, y en las raras ocasiones en que está alterado puede causar graves enfermedades, como ceguera, cardiopatías o sordera. Fatales, en algunos casos.

La técnica de reemplazo mitocondrial surgió como una estrategia para evitar que las mutaciones del ADNmt que conllevan enfermedades se transmitieran al hijo.

En esencia, hay dos formas de llevarlo a cabo. Ambas implican un ADN nuclear de los padres y el citoplasma con ADNmt de una donante, con lo que el resultado es un embrión con carga genética de tres personas.

En esta ocasión, el estudio se ha publicado con todo detalle y el ensayo aparece en la revista científica *Fertility and Sterility*. (en español, “Primer estudio piloto de transferencia del uso materno para el tratamiento de fracasos repetidos de fecundación in Vitro en parejas con infertilidad idopática”).

Este estudio piloto proporciona los primeros conocimientos sobre la viabilidad de aplicar MST para pacientes con infertilidad idiopática y fallos repetidos de FIV. Los ovocitos reconstruidos produjeron embriones capaces de implantarse, desarrollarse a término y producir recién nacidos/niñas/os aparentemente sanos. Sin embargo, las afirmaciones sobre la eficacia de la MST con respecto al tratamiento de la infertilidad serían prematuras considerando las limitaciones de este estudio. Es importante destacar que se detectó la reversión del mtDNA en un niño nacido después de la MST, un hallazgo con posibles implicaciones para las terapias de reemplazo mitocondrial.

El estudio que se llevó a cabo en Grecia, en el Institute of Life-IASO IVF Center, también participaron especialistas de Embryotools, centro de embriología clínica y reproducción asistida con sede en el Parc Científic de Barcelona. Además, se involucraron científicos de la Universidad de Oxford y Juno Genetics (Reino Unido), y la Universidad de Ciencias y Salud de Oregón (Estados Unidos). Trataron a veinticinco parejas infértiles con ciclos múltiples anteriores de ciclos de IVF fallidos (rango, 3-11), sin embarazo previo, y sin historia de participación de enfermedad del ADN mitocondrial (mtDNA). El estudio se enfocó en mujeres <40 años, con intentos previos de FIV caracterizados por un patrón de bajas tasas de fertilización y/o desarrollo embrionario dañado. Las parejas con factor masculino severo no fueron aptas. Donantes de ovocitos con anteriores resultados exitosos de IVF fueron combinados con pacientes de acuerdo a la práctica estándar.

El artículo completo “First pilot study of maternal spindle transfer for the treatment of repeated in vitro fertilization failures in couples idiopathic infertility”, disponible:

[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(23\)00136-X/fulltext#](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(23)00136-X/fulltext#)



Research gaps and needs to  
**optimize the use of  
assisted vaginal birth:**  
technical brief



**BRECHAS DE INVESTIGACIÓN Y NECESIDADES PARA OPTIMIZAR EL  
USO DEL PARTO VAGINAL ASISTIDO (AVB): Informe técnico.**

**Mensajes clave**

- El acceso al parto vaginal asistido de alta calidad es una parte integral de la provisión de atención obstétrica de emergencia para reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, y puede promover el uso apropiado de la cesárea.
- Se necesita investigación para comprender cómo las mujeres y las comunidades perciben el parto vaginal asistido, y cómo proporcionar información adecuada, confiable e imparcial a través de varios canales de comunicación al público en general sobre el parto vaginal asistido y sus alternativas.
- Se necesita investigación sobre las formas más efectivas de capacitar a los proveedores de atención médica para que adquieran y mantengan el conocimiento y las habilidades necesarias para realizar un parto vaginal asistido. Además de mejorar habilidades clínicas, la capacitación debe incluir comunicación efectiva, conocimiento de la situación, toma de decisiones compartida, consentimiento informado y cómo construir relaciones positivas con la mujer, su familia y la comunidad.
- Existe la necesidad de directrices clínicas integrales sobre el parto vaginal asistido, basadas en la evidencia y aceptadas internacionalmente, que puedan adaptarse y adoptarse a nivel nacional.
- Reconociendo la necesidad de un entorno propicio, es importante investigar cómo cambiar la cultura del cuidado de la salud para que perciba el trabajo de parto y el parto como procesos fisiológicos en los que las intervenciones (incluido el parto vaginal). El parto vaginal asistido (AVB), también conocido como parto vaginal instrumental u operatorio) se deben usar cuando sea necesario de acuerdo con las indicaciones establecidas y pautas.

- Las mujeres y los profesionales de la salud deben participar y comprometerse en la investigación del parto vaginal asistido desde el principio y durante todas las etapas, de modo que sus puntos de vista y opiniones se tengan en cuenta en lugar de simplemente estudiarse.

### El parto vaginal asistido como parte integral de la atención obstétrica de emergencia

El parto vaginal asistido (AVB), también conocido como parto vaginal instrumental u operatorio, se refiere a un parto vaginal realizado con la ayuda de un instrumento como fórceps o vacío-extractor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye el AVB como una de las siete funciones esenciales de la atención obstétrica básica de emergencia.

Las indicaciones comunes para AVB incluyen una segunda etapa prolongada del trabajo de parto, agotamiento materno y sufrimiento fetal cuando la cabeza está profundamente encajada en el canal de parto.

El AVB puede reducir la morbilidad materna y perinatal sin recurrir a cesárea en la segunda etapa del trabajo de parto que tiene riesgos asociados adicionales en comparación con la cesárea previa al trabajo de parto o en la primera etapa. Esto puede ser particularmente crucial en entornos de bajos recursos donde las mujeres y sus hijos tienen acceso limitado a servicios de alta calidad (es decir, seguros), eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas) atención obstétrica y perinatal para el manejo de las complicaciones.

Paralelamente al uso creciente de la cesárea en las últimas décadas, se ha producido una disminución mundial del uso de AVB, particularmente en países de ingresos bajos y medianos (LMIC).

Actualmente, la práctica de AVB es más común en los países de ingresos altos que en los LMIC donde, con algunas excepciones, es casi inexistente.

Los investigadores han identificado varios factores potenciales asociados con la infrautilización de AVB, como la falta de equipos que funcionen, la falta de personal adecuadamente capacitado para indicar y realizar AVB, supervisión y apoyo subóptimos para los proveedores de atención médica capacitados para realizar AVB, problemas de seguridad materna y fetal, y miedo a complicaciones y a los litigios en caso de resultados adversos.

Estos factores pueden haber contribuido a desincentivar el uso de AVB a favor de la cesárea de segunda etapa, que a menudo es percibida por los proveedores y las mujeres como más segura y fácil de realizar—demasiado, demasiado pronto—, o a favor de cesáreas complicadas y derivaciones tardías que ponen en peligro la vida de las mujeres y los bebés —demasiado poco, demasiado tarde—, en entornos donde la cesárea no está disponible.

### Proceso de desarrollo del informe técnico. La OMS lideró un proceso de tres pasos para fomentar el pensamiento y catalizar la investigación sobre AVB

Primero, la OMS realizó síntesis de evidencia global de investigación cuantitativa y cualitativa sobre las barreras y los factores facilitadores asociados con el uso de AVB, y sobre la efectividad de las intervenciones para aumentar el uso de AVB. Posteriormente, se convocó una consulta técnica con 37 expertos técnicos (proveedores de atención médica, investigadores, formuladores de políticas y expertos en salud pública) para identificarlas.

Brechas de investigación y las necesidades para reintroducir o aumentar el acceso y uso de AVB, especialmente en LMIC.

Los participantes de la consulta fueron seleccionados teniendo en cuenta su capacidad para representar diferentes perspectivas y experiencias en AVB, equilibrio de género y geográfico, y sin conflictos de interés importantes. Luego, se llevaron a cabo cuatro talleres con representantes de mujeres y grupos de defensa de 27 países diferentes para recopilar los puntos de vista de las mujeres sobre la importancia y relevancia de las brechas de investigación y las necesidades identificadas por los expertos técnicos.

Dado que la mayoría de las que dan a luz se identifican como mujeres, este término se utiliza en todo momento.

Sin embargo, este resumen técnico también tiene como objetivo incluir a todas las personas con diversidad de género que dan a luz, independientemente de su identidad de género autodeterminada.

### **Desafíos para el uso del parto vaginal asistido**

La falta de proveedores capacitados capaces de identificar qué mujeres en trabajo de parto podrían beneficiarse de AVB y de realizar el procedimiento de manera segura es una barrera importante para su uso.

Por lo tanto, la educación y la capacitación se consideran cruciales para desarrollar habilidades y confianza en la realización de AVB y hay evidencia de que sería bien recibida por los proveedores de atención médica. Sin embargo, adquirir y mantener las habilidades de AVB es una tarea compleja que requiere un entorno de apoyo, tutoría, supervisión y responsabilidad.

Al igual que con otras prácticas para manejar procedimientos y complicaciones poco frecuentes, la educación continua y la supervisión en el sitio son esenciales para garantizar el uso seguro y sostenible de AVB.

Las recomendaciones de la OMS para la atención durante el parto reconocen una “experiencia de parto positiva” como un punto final significativo para todas las mujeres y sus hijos. No sólo importa lo que se hace, sino también por qué, cuándo y cómo se hace. Por lo tanto, es importante que los proveedores de salud también desarrollen habilidades no clínicas, como la comunicación efectiva, el comportamiento profesional dentro del equipo multidisciplinario, el apoyo para la toma de decisiones compartida y el consentimiento informado, y cómo construir relaciones positivas con la mujer, su familia y comunidad.

La falta de equipo funcional y su mantenimiento también representan una barrera crucial y pueden contribuir a las tasas de fracaso del parto asistido por instrumentos, lo que puede actuar como un elemento disuasorio para intentar el AVB en los casos apropiados, cuando también se dispone de una cesárea. La falta de guías sobre las indicaciones y contraindicaciones del AVB y los pasos a seguir después de un intento fallido de parto operatorio, incluida la contextualización y adaptación local, también limitan el uso del AVB.

La ausencia de analgesia para AVB es una barrera para la aceptabilidad y práctica de AVB.

Los desafíos culturales a superar incluyen conceptos erróneos sobre la seguridad de AVB en comparación con una cesárea de segunda etapa que deben comprender mejor las partes interesadas (por ejemplo, mujeres, comunidades, obstetras, matronas, anestelistas, neonatólogos, administradores de sistemas de salud).

Es necesario facilitar una cultura de “aprender a no culpar” y abordar el miedo a los resultados adversos y los litigios por negligencia. En países de medianos y bajos ingresos, la regulación profesional puede no respaldar la práctica de AVB por parte de las matronas, lo que potencialmente podría exponer a las matronas a litigios y limitar el acceso donde no hay médicos capacitados disponibles.

**Brechas y necesidades de investigación sobre el parto vaginal asistido identificadas por los expertos técnicos**

Las brechas y necesidades de investigación se agrupan en tres categorías:

- a) puntos de vista de las mujeres y las comunidades;
- b) educación, formación y aspectos clínicos;
- c) implementación y sostenibilidad

Puntos de vista de las mujeres sobre las brechas y necesidades de investigación propuestas.

En general, las mujeres estuvieron de acuerdo con los vacíos de investigación identificados por los expertos técnicos.

Es importante destacar que enfatizaron la necesidad de involucrar a las mujeres desde el inicio de la investigación y durante todas las etapas, para que sus opiniones sean consideradas en lugar de simplemente estudiadas.

Debido a que la información se percibe como una fuente de empoderamiento, se considera clave comprender cómo informar de manera efectiva a las mujeres sobre AVB (desde sociedades donde las mujeres están más influenciadas por los medios hasta aquellas en las que las mujeres están influenciadas por sus madres y abuelas). La información debe adaptarse al contexto local.

Las mujeres perciben que las habilidades no solo sobre cómo realizar AVB sino también sobre cómo apoyar el trabajo de parto y los partos vaginales en general, se han perdido en algunos entornos debido al aumento en el uso de la cesárea, por lo que es esencial la capacitación para brindar atención intraparto de alta calidad, incluido el AVB.

La capacitación debe abarcar la comprensión de los procesos fisiológicos del trabajo de parto, incluidos los cambios emocionales y neurohormonales.

**Se enfatiza el papel y la inclusión de las matronas.** Debido a que la seguridad y las

secuelas físicas y psicológicas a largo plazo para las mujeres son motivo de preocupación, las mujeres apoyan firmemente los estudios de alta calidad sobre los efectos del AVB.

Se percibe que los incentivos financieros que fomentan la cesárea están muy extendidos y es necesario comprenderlos para poder abordarlos de la mejor manera.

**El camino a seguir**

Actualmente, el uso excesivo de intervenciones médicas coexiste con una gran proporción de mujeres que carecen de acceso a procedimientos que salvan vidas.

Cuando está correctamente indicado, el acceso a AVB de alta calidad tiene el potencial de reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. La reintroducción segura de AVB y el mantenimiento de su uso donde sea apropiado es un desafío complejo que requiere intervenciones multifacéticas que involucren a todas las partes interesadas.

Se necesitan enfoques de investigación dinámicos, multidisciplinarios e integrales para abordar los comportamientos interconectados y las relaciones entre las partes interesadas. Las experiencias, puntos de vista, valores y creencias de las mujeres y los proveedores sobre AVB y sus alternativas son cruciales y deben tenerse en cuenta para optimizar el diseño y la implementación de estrategias efectivas.

La investigación no debe considerar el AVB como una intervención independiente, sino que debe garantizar un conocimiento profundo del trabajo de parto fisiológico y el manejo del trabajo de parto no fisiológico (particularmente prolongado).

La reintroducción o aumento de AVB debe integrarse en las intervenciones para mejorar la capacidad de los proveedores de atención médica para apoyar de forma segura y respetuosa a las mujeres en trabajo de parto, identificar posibles complicaciones y formas de corregirlas, reconocer cuándo

una cesárea en la segunda etapa es mejor que intentar AVB y manejar posibles complicaciones posteriores al AVB.

La investigación debe reconocer el AVB como una práctica integrada en los sistemas de salud locales, con sus propios desafíos, limitaciones y prioridades. La investigación de implementación operativa utilizando un enfoque de pensamiento sistémico y enfoques de investigación adaptativos que fomenten el aprendizaje y su integración sistemática en el proceso de implementación deben usarse y reconciliarse con el rigor de los diseños de estudio de evaluación más tradicionales. El uso de la ciencia del comportamiento puede mejorar el impacto de las intervenciones a través del análisis de los comportamientos individuales y comunitarios que pueden bloquear o facilitar el cambio, pero también para mediar en la negociación y superar la resistencia al cambio. Las intervenciones complejas están sujetas a más variaciones que las intervenciones convencionales como el uso de medicamentos.

Aunque el éxito de una intervención compleja en un entorno proporciona un punto de referencia, no garantiza la reproducibilidad en un entorno diferente.

Por lo tanto, la investigación deberá ir precedida de una fase formativa inicial para evaluar la preparación, la aceptabilidad y la disponibilidad de recursos del sistema de salud local, entre otros factores, que a su vez ayudarán a adaptar el diseño y la implementación de las intervenciones AVB a las situaciones y contextos locales.

El texto completo disponible en:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240073111>



## MATRONA-A

Han pasado más de 20 años de esta propuesta que me dirigía a los laboratorios, pidiéndoles el respeto y consideración a mi profesión, cuantitativa y ancestralmente femenina. Parece ser que hay hombres en mi profesión, no todos, por supuesto, que tienen la necesidad de significarse como diferentes al resto de compañeras de profesión mujeres. Y digo necesidad y no derecho, porque no voy a entrar en la lingüística, pero sí en las emociones.



Cuando hablamos de diversidad, es fácil caer en la jerarquía que lleva a la desigualdad; porque el orden crea jerarquía. Y para que yo, mujer, tenga que descifrarme en el encabezamiento de la carta “estimado/a matrn/a”, que sean ellos, que han llegado después y son menos y ni siquiera todos, los que se descifren en “estimada/o matrona/a”. Comprenderéis que, hace veinte años, la carta que dirigía al laboratorio estaba redactada más desde la ira que desde la tristeza (ambas dos emociones básicas de supervivencia). Hoy os escribo a vosotras, compañeras, más desde la tristeza, pues mi formación en todo este tiempo sobre cómo se deteriora la salud de las mujeres en relaciones de desigualdad, ya no me deja duda sobre de dónde viene la necesidad de estos compañeros de significarse como diferentes a sus compañeras mujeres; ya no me queda duda de dónde les viene esa incomodidad que les impide identificarse como matronas; y ésta certeza en 2023, y quizás porque me estoy haciendo vieja, me lleva a dirigirme a esta revista para proponeros un reto personal, profesional e institucional.

El pasado 25 de noviembre asistí a una obra de teatro de improvisación en la Facultad de Ingenieros de Caminos de la Universidad Politécnica de Madrid; podría haber ido a muchos otros eventos, pero me invitó un amigo y no lo dudé, es más, pensé, qué bien que programen estas actividades en esta facultad, en la que seguramente siguen siendo minoría las mujeres. La obra fue fantástica, las actrices y los actores magníficos. En el coloquio posterior, y con un aforo

de aproximadamente 80 personas, entre los cuales no habría más de 10 hombres,

---

“todo el tiempo se estuvo hablando en masculino genérico, o de forma inclusiva, de ellos y ellas, de nosotros y nosotras, de los niños y las niñas; sí, inclusivo, sí, me dije, pero que tampoco deja duda de “el orden” en que se utiliza, ya que en ningún momento se decía las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, ellas y ellos, o se hablara en femenino genérico. Cuando hice este apunte en el coloquio me dijeron que tenía razón y que, aunque lo intentaban, les resultaba “muy difícil” hacer ese cambio”

---

Con éstas me fui incrédula, considerando que si no se hace es porque no se quiere, y ni corta ni perezosa, en la siguiente clase de Preparación para el Nacimiento y la Crianza, allí estaba yo diciéndoles al grupo, que había decidido hablar en femenino genérico durante un año, para ver si era capaz, y que les pedía ayuda, así que aparte de “no ofenderse” los chicos, tendrían que amonestarme cada vez que hablara en masculino genérico.

Alguna de vosotras me decís que qué más da, que si veo cosas donde no las hay, que eso no tiene ninguna importancia; y entonces yo digo, pues si da igual, vamos a hablar en femenino genérico, y entonces que dicen que no, porque es una tontería, me repiten; ya, les digo yo, pues voy a probar, y en esas estoy, y a ello os reto, a explorar vuestras dificultades, inquietudes o disfrutes hablando siempre en femenino.

Yo estoy muy sorprendida, y no puedo decir que gratamente sorprendida, estoy alucinada viendo que ¡no soy capaz! Y cuando lo consigo durante no más de media hora, me invade una inquietud, que me impulsa a “pedir perdón” ... y si eso me pasa a mí, que exijo a las demás que lo hagan... ¡ya me vale!, esto me lo tengo que hacer mirar, nos lo tenemos que hacer mirar, como mujeres y como matronas, porque las que son sujeto de derecho de atención en estos cursos, para la mayoría de nosotras, son ellas. Y en todo caso siempre van a ser mayoría en la sala.

El pasado 16 de marzo se celebró una formación sobre paternidad corresponsable para matronas, en la Universidad de Alcalá de Henares, gracias a la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de este municipio. Solo estábamos matronas, así que en la ronda de presentación nos pidieron que dijéramos el centro de salud en el que trabajábamos, y mira por dónde, llegó el turno de uno de los tres hombre que había en la sala, y dijo “yo soy matrón y trabajo en ...” (no se si debía de pensar que no véamos que era un hombre), y ahí es donde me dije: ¿Qué necesidad tiene de significarse

como diferente del resto de nosotras?

Es curioso que cuando en una profesión, tradicionalmente masculina entran las mujeres, se nos invisibiliza diciendo que es que hablamos en masculino genérico; y cuando la profesión es tradicionalmente femenina, no se puede soportar la invisibilidad en el femenino genérico, y hay que significarse. Observo que no a todas las mujeres que han estudiado la profesión de medicina, les gusta llamarse médicas, no son pocas las que se denominan como médicos. Si, y no me extraña, porque parece ser que para ser considerada “una eminencia” hay que ser un hombre (recordad la historia del accidente de tráfico tras el cual el padre ha muerto y el hijo tiene ser operado, y cuando a la “eminencia en medicina” que le encargan hacerlo dice que no puede operarle porque es su hijo, no fuimos capaces de pensar que la eminencia era la madre).

VER:

<https://youtu.be/AYRg2DPj-FM>

Las mujeres en profesiones tradicional y mayoritariamente masculinas hemos tenido la necesidad de visibilizarnos porque eso le decía a la sociedad “yo por ser mujer no soy menos que ellos en esta profesión, que se entere el mundo que hay ingenieras, abogadas, fontaneras, juezas, policías, bomberas, agricultoras, etc...”.

Cuando los hombres necesitan visibilizarse en una profesión tradicional y mayoritariamente femenina, me vais a perdonar, pero no le están diciendo a la sociedad “yo por ser hombre no soy menos que ellas en esta profesión”. Le están diciendo “yo, además de tan matrona como ellas, soy hombre, o sea, matrón”. Parece que nombrarse en masculino se siente con más prestigio profesional, y de ahí la necesidad para ser diferenciado, “para ser distinguido”.

La mayoría de los hombres de esta profesión no solo no tienen inconveniente en nombrarse matronas, sino que lo dicen con orgullo, pero hay un número reducido de hombres que no lo pueden soportar y quieren arrastrar a los demás, y arrastran sobre todo a los más jóvenes sin formación en violen-

lencia de género, vendiéndoles que es una cuestión de igualdad. Pero me vais a tener que volver a perdonar, no, no cuela.

“Querer ser iguales obviando la previa desigualdad solo genera más desigualdad.

No es cuestión de si tienen o no derecho a nombrarse en masculino, la cuestión es por qué tienen la necesidad de dejar de nombrarse en femenino”.

Y de todas estas reflexiones surge la propuesta de probar, de dejarse sentir, hablando en femenino, porque merecemos sentirnos también ahí, en primer orden, algunas veces, o al menos cuando en la sala somos la mayoría mujeres.

Cuando no se alternan los géneros en el lenguaje inclusivo, cuando siempre se nombra en primer orden el masculino, a mí como mujer, me están diciendo: “de acuerdo, tú también vas a estar, pero siempre detrás”.

Muy, muy triste.

“La palabra Matrona ya no existe en el Diccionario de la Real Academia de la lengua sino es en referencia a matrón. Y me dicen, que eso es solo orden alfabético, pero no, esto no es verdad, porque si así fuera, ingeniera también está antes por orden alfabético que ingeniero, sin embargo, ingeniera no existe sino es en referencia a ingeniero”

Que, a menos de 5 años para jubilarme en esta maravillosa profesión, que en otros países se le referencia como “mujer sabia”, me quieran colar este machismo encubierto de igualdad, ya me lleva más a la tristeza que a la ira.

Esperanza Agraz Patiño.  
Matrona Atención Primaria. Madrid.

## REFLEXIONES DE UNA MATRONA

**¿QUIÉNES SOMOS? ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS ACTUALMENTE? ¿HACIA DÓNDE DEBERÍAMOS CAMINAR?**



En estos momentos me es sumamente difícil contestar a estas preguntas sin ser crítica.

Durante mi reflexiones diarias que surgen antes, durante, y después de mis visitas domiciliarias a mujeres, principalmente en su periodo puerperal, llego a la conclusión de que hay mucha soledad, falta de apoyo, desinformación y muchísima vulnerabilidad, además de angustia y miedo.

A estas conclusiones he llegado, no porque yo sea superdotada o vidente, sino simplemente porque hablo mucho con ellas y sus familiares, les pregunto y fundamentalmente porque lo observo en mi práctica diaria, y así es como, por desgracia, realmente se sienten.

**Y entonces me surge la primera gran pregunta...**

### ¿QUIÉNES SOMOS?

Fundamentalmente, nos consideramos los especialistas de lo normal, de lo "NO" patológico. Nos consideramos los intermediarios, mediadores y protectores de nuestras mujeres. Les ayudamos a tomar decisiones informadas e intentamos velar por su integridad y seguridad. Las acompañamos durante el viaje más difícil e incierto de sus vidas: embarazo, parto y puerperio.

Por supuesto que la menarquia y menopausia también forman parte de nuestro ámbito profesional, pero en estos momentos existen otros profesionales sanitarios, y que pertenecen a otras especialidades cubriendo esos campos.

### ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS ACTUALMENTE?

Pues esta pregunta me la hago diariamente cuando me encuentro con una mujer puérpera, que ha sido dada de alta hospitalaria y está sola, perdida, sin apoyo, sin conocimientos, sin rumbo, desesperada, con un bebé de dos o tres días bajo su responsabilidad absoluta, y con una pareja que, aunque quiera poner luz en esta situación tan desconcertante, ve que le es imposible ya que se encuentra en la misma situación de incertidumbre que ella...

Y si pensamos en el bebé... cualquier patología que pueda desarrollar en los primeros días de vida, a no ser que aún esté hospitalizado con su mamá, se pasa perfectamente por alto o son los propios padres los que, aún teniendo muy pocos conocimientos, en última instancia deciden llevar al bebé al servicio de urgencias o al pediatra. Eso sí, amor incondicional y entrega absoluta por parte de los papás no les falta.

Y no sólo lo imagino, sino que experimento la soledad, el desconcierto y el miedo que pasan todas estas familias, fundamentalmente porque nadie se preocupa de ellos una vez consiguen su alta hospitalaria.

"La plataforma 'Matronas Andaluzas Unidas' sigue adelante con su calendario de acciones para visibilizar la falta de especialistas y cuáles son sus competencias. Fecha: 07-06-23 Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz..."  
Las Matronas, actualmente, tenemos muchos campos abiertos que pertenecen **SÓLO Y EXCLUSIVAMENTE** a nuestro gremio y que por algún motivo no estamos cubriendo, por ejemplo, preparar adecuadamente a la mujer y su entorno en cuanto a elecciones informadas y obtención de consentimientos informados de manera que la mujer y su pareja se sientan parte del plan de cuidados

diseñado para ellos y así se deje de utilizar el término tan bárbaro de “violencia obstétrica”; ofrecer el apoyo a la lactancia materna en el ámbito hospitalario, proporcionar la preparación adecuada a la pareja antes de darles el alta hospitalaria...

...Y en mis reflexiones diarias pienso... ¿por qué tenemos la necesidad de abarcar más y asumir más competencias (tratamiento del suelo pélvico, educación sexual, consulta de menopausia, menarquía o preconcepción...) si lo básico de nuestra profesión, aquello para lo que mejor nos han formado y nos convierte en profesionales de la salud irremplazables no está cubierto?.

Quizás deberíamos pensar en hacer una encuesta a las mujeres y familiares, que son los verdaderos protagonistas y afectados, para poder analizar lo que está pasando realmente y así poder visualizar dónde les estamos fallando.

**¿Hemos pensado en hablar con alguna de nuestras mujeres recién paridas para ver cómo se encuentran cuando no saben lo que hacer con un bebé a las tres de la mañana y no tienen a quién acudir?**

Y lo peor de todo... es que saben, a ciencia cierta, que nadie va a llamar a sus puertas en cuanto amanezca, ni tienen ningún teléfono de contacto donde llamar las 24 horas del día y hablar con alguno de nosotros para que podamos ayudarles y acompañarles en ese camino tan duro que es el embarazo y aún más, el periodo puerperal.

Y yo continúo reflexionando... ¿No será, realmente, que estamos dejando de ejercer las competencias más básicas que en su día adquirimos, y que nadie más tiene?.

Sorprendentemente, hace unos días me topé con un post en Instagram de @luciamipe-diatra, en el que ella, una pediatra muy reconocida, hablaba sobre el periodo postnatal

en un vídeo con más de 36.000 likes.... Y yo me pregunto... ¿por qué sucede esto? ¿Qué mueve a miles de mujeres a buscar apoyo e información sobre su posparto de una pediatra? Tendríamos que pararnos y reflexionar todos... ¿quizás claro caso de intrusismo como éste lo hemos permitido, o incluso provocado las matronas al no haber apoyado adecuadamente a todas esas mujeres, al no haberlas escuchado, al no haberles enseñado lo suficiente?

Yo soy una férrea defensora de la innovación y el progreso profesional, y creo que durante mi carrera profesional lo he demostrado con creces, pero es fundamental tener unas bases sólidas antes de nada para después poder avanzar y prosperar.

**En mi modesta opinión... es imposible y algo absurdo, enseñarle a un niño a correr cuando aún no sabe andar.**

Y entonces...

#### **¿HACIA DÓNDE DEBERÍAMOS CAMINAR?**

Antes que nada, y como dejé reflejado anteriormente, tenemos el deber de escuchar a las mujeres y sus familiares; conocer, mediante encuestas antes de que acaben su control de embarazo, antes de que se les dé el alta hospitalaria y antes de que se les dé el alta puerperal, sus necesidades, sus inquietudes, sus preferencias y sus temores. Para que seamos las matronas, y no cualquier otro profesional sanitario sin la correcta formación y preparación, las que estemos a su lado durante el embarazo, parto, y puerperio.

Además de elaborar estas encuestas podríamos:

- Organizar los hospitales de manera que exista un teléfono de contacto, 24 horas de cada día, sólo y exclusivamente para el uso de la mujer y su familia, para que en caso de surgir alguna duda, preocupación

o consulta les facilite la comunicación directa con alguna de nosotras.

La natalidad española ha bajado considerablemente en los últimos años. Sería muy interesante reorganizar al personal clínico, estimularlo e incentivarlo para que nuestra actividad clínica aumente y crear así la necesidad de la presencia de la matrona en las plantas antenatales y postnatales.

Organizar consultas hospitalarias especializadas por áreas, totalmente dirigidas por matronas:

- Consulta en casos de presentación de **nalgas**.
- Consulta de **elección del parto**, orientada a mujeres con necesidades específicas a la hora de parir.
- Consulta del **duelo**, enfocadas a familias que han padecido una pérdida intrauterina o postnatal.
- Consulta de **desahogo**, para las parejas que han tenido una experiencia traumática durante el embarazo, parto y/o periodo puerperal...
- Consulta de **lactancia**.

Como veis, nuestras competencias pueden ser ilimitadas, todo depende de lo que nos propongamos.

Tenemos mucho camino por recorrer y mucha necesidad de creación de nuevos servicios.

Centrémonos en lo que verdaderamente nos debe de importar, que es mejorar lo que ya hemos adquirido desde hace años y que estamos posiblemente perdiendo por querer abarcar más, en la actualidad compartido con otros profesionales.

Espero y deseo que estas reflexiones sirvan a modo de crítica constructiva y no como una ofensa a la labor de la Matrona.

Victoria Valimana. Matrona





**ENTREVISTA A TERESA MARIA MARTÍNEZ  
MOLLÁ, MATRONA Y DOCTORA EN  
ANTROPOLOGÍA, FUE PROFESORA Y  
COORDINADORA DE MATRONAS DURANTE  
26 AÑOS EN LA UNIDAD DOCENTE DE  
MATRONAS EN LA COMUNIDAD  
VALENCIANA**

Nuestra entrevistada, de este mes de julio del 2023, es una matrona de esas que tienen muy claro las competencias de la matrona y de las que han peleado durante toda su etapa profesional, la cual sigue ejerciendo desde su Centro de Salud. Trabajadora incansable, siempre con la sonrisa puesta y con ese rostro juvenil que a veces le pasó factura, una Alicantina de pro, inmersa en las acciones culturales de su tierra y en el trabajo con las mujeres.

Teresa, como la conoce todo el mundo, es una mujer de las que yo llamo “constantes”, “fieles” a sus principios y creencias, y que forma parte del grupo de trabajo de “Duelo Perinatal” que acoge el Colegio de Enfermería de Alicante. Es una mujer de apariencia joven pero con una gran experiencia en el mundo asistencial en Atención Primaria y docente, en la que fue su “otra casa” durante 26 años en la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana (UDM CV), desde sus inicios en 1994 hasta el 2020.

**P:** ¡Hola Teresa! No sabes la alegría que me da poder hacerte esta entrevista. Nos conocemos muchos años pero quizá no habíamos tenido la oportunidad de profundizar en algunos aspectos de tu vida, así que, llegado este momento, creo que es bien merecido que salgas a la “palestra” como dirían algunos maestros. Vaya por delante mi admiración a la dedicación que pusiste durante tantos años a la UDM y a la coordinación de las matronas que se formaron en Alicante. Por empezar por algún sitio, ¿te sorprendió que te invitase a unirme a esta sección para ser entrevistada?

**R:** Pues cuando me llamaste me acordé que hacía tiempo que me lo habías comentado pero lo había olvidado, así que sí, fue una agradable sorpresa.

**P:** Bueno, eres alicantina de pura cepa, en concreto de Crevillente, ¿nunca se te ocurrió salir de la que ha sido y es tu tierra, tanto en lo personal como en lo profesional?

**R:** Toda mi familia es de Crevillente, aunque nací en Alicante porque aquí estaba la clínica donde mi madre quería tener su parto. Allí viví hasta los 8 años que nos vinimos a Alicante y aquí sigo. Por el trabajo de mi marido se nos ha presentado en varias ocasiones la opción de vivir en otros sitios (Madrid, Suiza...), pero la familia, “la terreta” y el mar han ganado y nos hemos quedado aquí.

**P:** Sé que hiciste enfermería en Cruz Roja para luego ser matrona, pero tengo entendido que fue un descubrimiento casual porque pensabas que lo de atender los partos era de médicos, ¿no? Cuéntanos.



**R:** *Si, la verdad es que estudié Matrona de casualidad. Siempre había querido acompañar a las mamás en el momento del parto, pero pensaba que se hacía desde medicina.*

*Aunque tenía buenas notas en BUP y COU, en la selectividad saqué una nota muy baja que me impidió entrar en medicina. Ya estaba matriculada en Biología en Murcia, para hacer un curso puente cuando vi en el periódico una nota en el que decía que se hacían pruebas selectivas para entrar a estudiar enfermería en la Escuela Universitaria de la Residencia "20 de Noviembre" de Alicante. Como no me apetecía nada ir a Murcia, me planteé hacer enfermería y ahí descubrí que lo que yo quería hacer, acompañar partos, lo hacían las matronas y era una especialidad de enfermería.*

**P:** ¿Te costó mucho entrar en la escuela de matronas?

**R:** *La verdad es que no. Tuve la suerte de que mis padres me apoyaran y no pusieran pegas a que fuera a estudiar donde quisiera. Tenía tanto interés que me presenté a las pruebas de selección en todos los hospitales en los que había en aquel momento. Aprobé la prueba de ingreso en Cataluña y cuando ya lo tenía todo preparado para irme a Barcelona, me enteré de que también había aprobado en Cruz Roja y ya no me presenté a la entrevista en Valencia. Escogí Cruz Roja para hacer enfermería porque su título se reconocía internacionalmente.*

**P:** Desde que te conozco, siempre has trabajado en Atención Primaria (AP), no te gusta el trabajo de paritorio?

**R:** *No es que no me guste el trabajo de paritorio, pero siempre me han ido dando contratos en primaria, he estado muy poco tiempo en paritorio. De hecho he pasado por muchísimos centros de salud: Albaterra, Monforte del Cid, Aspe, Novelda, Santa Pola, S. Fermín, Altabix, El Toscar y Carrús en Elche, Florida, Florida-Babel, Ciudad Jardín, Juan XXIII, Crevillente, San Juan, Hospital Provincial, y ahora que estoy en el CS Santa Faz-Ayuntamiento en Alicante.*

**P:** ¿Qué momento destacarías en tu paso por Atención primaria?

**R:** *Como hito importante, cuando en septiembre de 1991 me contrataron en Alicante para que pusiera en marcha el programa de la mujer en los tres centros de salud que había en ese momento: La Florida, Juan XXIII y Ciudad Jardín. Hasta ese momento, el seguimiento del embarazo lo hacían solo los ginecólogos en el ambulatorio, y las matronas lo acompañaban en la consulta tomando la TA, rellenando las recetas y también hacían la educación maternal. Fue una experiencia gratificante establecer los circuitos y empezar a pasar consulta a las gestantes, como había hecho en todos los centros de salud de los pueblos por los que había pasado.*

**P: Sé que no te fue fácil implantar este programa por un poco de resistencia de los ginecólogos pero ¿tus compañeras te apoyaron este cambio en la manera de trabajar en el CS?**



*R: Desde luego que esta decisión fue muy mal tomada por los ginecólogos, que durante varios años estuvieron rompiendo las cartillas que rellenábamos y amenazando a las embarazadas si venían a consulta con nosotras. Aunque lo que realmente me sorprendió es que algunas compañeras matronas me dijeran que no me metiera en líos, que esa no era labor nuestra. En fin, afortunadamente todo eso ha cambiado y la mayoría de las matronas tenemos muy claras nuestras competencias en AP.*

**P: Pues si la verdad, y sigues peleando cada día en tu centro de salud...**

*R: De eso no te quepa duda, ahora estoy de Matrona en el centro de salud Santa Faz- Ayuntamiento desde abril del 2019, aunque también atiendo a las mujeres del CS Gerona. Es decir, soy la matrona de casi todo el centro de Alicante, con una población de unas 33.000 mujeres. El año pasado se ofertaron algunas plazas estructurales, lo que ha supuesto el refuerzo de una compañera Matrona que viene una vez a la semana para hacer las citologías.*

**P: Escuchándote, te noto muy orgullosa de tu trabajo en AP pero ¿qué parte disfrutas más?**

*R: La educación para la salud es una de las actividades que más me gusta, porque siento que mejora la calidad de vida de las personas; da igual que sea la charla del primer trimestre, la Educación Maternal, los talleres posparto, LM, masaje infantil, crianza, suelo pélvico, climaterio...*

*Sobre todo, disfruto en la educación maternal porque ves la transformación de las gestantes que vienen con muchos miedos, con muchas dudas y puedes ver cómo se van sintiendo cada vez más seguras porque van viendo que tienen recursos para poder afrontar el parto y poder vivir la maternidad de una manera más consciente, empoderada. Me parece fundamental la relajación y la respiración. Pero también son muy importantes el movimiento, el canto, los masajes, las visualizaciones... Creo que tenemos un campo muy amplio de acción y que requiere estar continuamente formándonos.*

*También es muy gratificante trabajar con mujeres más mayores, en edad climaterica o con problemas de suelo pélvico. ¡Tenemos un campo tan grande de acción!*



**P: A propósito de la Educación para la Salud, ¿qué más me puedes decir de la Educación Maternal? ¿Piensas que hay un retroceso?**

*R: ¡Madre mía, habría para escribir un libro!. Si me permites primero te cuento como fue mi aprendizaje en este campo...Durante mi paso por Cruz Roja no tuve nada de formación sobre preparación al parto. Cuando llegué a Alicante, el único trabajo que me ofrecieron fue el de Matrona APD en Albaterra adonde me tuve que ir a vivir. Antes de ir, pasé unos días aprendiendo preparación al parto con las matronas del ambulatorio de la calle Gerona. Me dieron unas fotocopias de gimnasia y de respiración y una casete del Dr. Aguirre de Càrcer, tan de moda en aquellos tiempos, con ejercicios y respiraciones. En el consultorio no había espacio para hacer la EM, hablé con el alcalde y consiguieron un espacio en el colegio infantil. Empecé con una gestante y yo creo ¡que sabíamos las dos lo mismo!.*

*Puse la cinta y aprovechamos para ir haciendo los ejercicios y la respiración.*

*Después de eso, he hecho preparación al parto en sitios muy diferentes, en un gimnasio, en un local de la concejalía de la juventud, en una sala de juntas, en una biblioteca, en una asociación de vecinos... Ya que no en todos los centros de salud hay un espacio para poder llevar a cabo la educación maternal. Es más, en los últimos años se han ido reduciendo ya que muchas salas de educación maternal se han reconvertido en consultas.*

*Además, creo que nos encontramos ante un doble problema. Por una parte, algunas matronas que no le dan valor a la educación maternal, que piensan que con la epidural no hace falta “enseñar” a las mujeres, que no se han actualizado... y por otra parte nos encontramos con que cada vez hay más “profesionales y otros no profesionales” haciendo educación maternal y vendiéndose muy bien: psicólogas, fisios, enfermeras, doulas, entrenadoras personales... De modo que, si nosotras no hacemos una educación maternal de calidad, las gestantes elegirán hacerla donde sientan que son atendidas en sus necesidades.*



**P: Sé que eres mujer de principios y como tal, también sé que tienes un listado de máximas que guían tu quehacer diario, a modo de decálogo ¿podrías compartirlas?**

*R: Claro que sí, no son ningún secreto y es más, seguro que muchas compañeras tienen éstas o parecidas. En primer lugar: formación, formación, formación, formación, es decir, estar continuamente aprendiendo conocimientos nuevos y/o actualizando los que ya tenemos, me parece fundamental y básico para dar la mayor y mejor calidad posible a las mujeres que atendemos. En segundo lugar, tratar a las personas que vienen a tu consulta como si fueran tu familia: no hagas lo que no harías, lucha por ellas como lucharías por tu madre o tu hermana. En tercer lugar, escuchar lo que las gestantes u otras mujeres nos digan en la consulta y en la medida de lo posible creerlas porque nos están contando “su verdad”. En cuarto lugar: Respetar siempre sus decisiones, aunque no esté muy de acuerdo en algunas e intentar comprender qué les ha llevado a esa decisión.*

*Y por último, pero no menos importante, como matrona tengo que hacer el esfuerzo de llevar a cabo todas las actividades y desarrollar todas las competencias que mi formación me acredita, si no alguien vendrá con más ganas aunque tenga menos formación y las hará o aunque no quiera hacerlo, los gestores se lo impondrán y no les quedará otra opción y con el tiempo supondrá la creación de plazas de trabajo que no serán para matronas.*

**P: Te he presentado como matrona luchadora y defensora de la profesión, pero ¿cuál es tu espinita clavada, si la tienes?**

*R: Si, la verdad es que siento que siempre he tenido, o, mejor dicho, hemos tenido que luchar por defender la profesión.*

*Realmente no lo siento como una espinita, pero sí que es verdad que en muchas ocasiones he tenido que luchar contra las creencias de algunas de mis compañeras de hospital que, se pensaban o piensan, que las matronas de primaria somos de segunda porque no hacemos partos; luchar con la compañeras que piensan que su labor se limita a la atención al embarazo y parto; luchar con otras profesionales que se meten en mi campo de actuación; luchar contra muchos obstetras que no han respetado mi profesionalidad, incluso han llegado a decirnos, que somos mano de obra barata o les han dicho a las mujeres que “¿ cómo se fían de mí?”... En fin, agotador. A veces es, como estar todo el día enfrentándose a molinos de viento, como diría Don Quijote...*

**P: Bueno, y cambiando de escenario, sé que participas o has participado en grupos de cooperación internacional ¿Qué tal fue la experiencia?**

*R: Pues fue una experiencia muy importante para mí. Estuve en el campo de refugiados de Ritsona (Grecia), en octubre y noviembre del 2016. Siempre había querido hacer cooperación internacional pero no había surgido la oportunidad.*

*Con la crisis de los refugiados sirios en Grecia, se hicieron llamamientos para matronas. Lo comenté con mi marido y me animé a ir. Estuve mirando las asociaciones que iban y en ese momento, una compañera, Adelaida, que estaba en Cruz Roja, compartió en redes sociales que había estado organizando el servicio de matrona en varios campos de refugiados. Hablé con ella, me puso en contacto con Cruz Roja, y lo organizamos. Tuve una formación online bastante intensa y completa para conocer dónde iba, protocolos de actuación, cultura... y por otra parte tuve la ventaja de que la Comunidad Valenciana ofrece unas condiciones muy favorables para la cooperación de modo que cuando me fui como voluntaria, el sueldo me lo pagó la Consellería y además puso sustituta en mi Centro de Salud.*



**P: Pero seguro que, como comentan otras compañeras que tienen esta experiencia, hay un antes y un después en la forma de ver la vida o de verla de otra manera, ¿qué es lo que más te impactó?**

*R: Pues de mi experiencia en el campo de refugiados te puedo decir que fue brutal el choque cultural. Por ejemplo, tuve que adaptar las sesiones de educación maternal a otras formas de ver el mundo. ¡Menos mal que conté con la ayuda de la traductora!*

*Aprendí mucho. Por ejemplo, me hizo ver que la cooperación es mucho más que a ir allí, a hacer cuatro cosas y que era necesaria mucha coordinación entre las distintas ONGs que allí había. Conocí historias desgarradoras y vi el sufrimiento, desconcierto e incredulidad de muchas personas por la situación que estaban viviendo. Trabajé como matrona en unas condiciones muy diferentes de las habituales. Como ejemplo de esto, solo te diré que la consulta estaba en un contenedor, sin luz, y la traductora nos iluminaba con su móvil. Para lavarte las manos tenías un recipiente con un grifo y un*

*cubo y cuándo se acababa el agua te acercabas a uno de los grifos comunitario que había en medio del campo. Aparte de la consulta, puse en marcha un taller de educación maternal y uno de suelo pélvico.*

*Me gustaría volver a ir, pero ahora no es el momento. Y mientras tanto participo en el grupo de Cooperación al Desarrollo del Colegio de Enfermería de Alicante, donde nos hemos dado cuenta de que no hace falta irse muy lejos para hacer cooperación, que, al lado de casa, en tu mismo edificio, puede haber personas vulnerables y con muchas necesidades y que hay muchas cosas que se pueden hacer. Por ejemplo, durante la pandemia hicimos un mapa de recursos de toda la provincia de Alicante, con todas las organizaciones, asociaciones, iglesias... que estaban ayudando a paliar las necesidades más básicas que la situación había creado.*



**P: Además de ser miembro del grupo de cooperación internacional eres miembro de otros dos grupos, el de Violencia de Género (VG) aunque a mí me gusta más el término “contra la Violencia Machista” y del de Duelo Perinatal, ¿qué nos puedes contar de las actividades que lleváis a cabo en estos grupos? ¿Cómo surgieron?**

*R: El grupo de Violencia de Género se creó sobre el año 2016 como una necesidad de trabajar para eliminar esta lacra. En el grupo compartimos información, actividades, iniciativas y participamos en manifestaciones, manifiestos, conferencias...*

*El grupo de Duelo Perinatal se crea en enero del 2021. Durante una jornada sobre duelo perinatal que se hizo en octubre del 2020, se puso de manifiesto la necesidad de formarnos, de tener más conocimientos y herramientas. En enero del 2021 nos reunimos por primera vez, en una reunión presencial y a partir de ahí, nos reunimos por videoconferencia casi todos los meses.*

*En el grupo hay matronas de todos los hospitales públicos de la provincia de Alicante. Tenemos como objetivos formarnos, y compartir recursos y experiencias para mejorar la calidad de nuestra asistencia a las mujeres y sus parejas que sufren duelo perinatal, así como lograr su visibilización. Hemos organizado jornadas, hemos hecho un video en el que han participado profesionales y afectadas. Hay una exposición de fotos que está exhibiéndose por toda la provincia y que incluso ha llegado a Vigo, se apoyan iniciativas como la iluminación de espacios, solicitud de espacios del recuerdo, entrega de arrullos e información, apoyamos a las distintas asociaciones de apoyo al duelo perinatal en sus iniciativas, estamos organizando las segundas jornadas...*



*La verdad es que contamos con todo el apoyo del Colegio de Enfermería de Alicante.*

**P:** Hablando un poco de todo esto y por tu manera de ser, has sido miembro del Comité de Bioética Asistencial del Departamento de Salud de San Juan, ¿cómo ves tú esto de la bioética en nuestra profesión? ¿Consideras importante formarse en esta área de conocimientos? ¿crees que es una asignatura pendiente entre las matronas?

*R:* Estuve bastantes años en el Comité de bioética y lo dejé por agotamiento tras la pandemia. No hay muchos comités de bioética donde haya matronas, creo que es importante que estemos y animo a mis compañeras a formar parte de estos.

Por otra parte, considero que tener formación en bioética es fundamental en todas las profesiones sanitarias, ya que nuestra actuación debe estar guiada por sus principios: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. De hecho, es tan importante, que es el primer

punto del Código deontológico de las matronas españolas, editado en el año 2011 por la Asociación Española de Matronas. Estoy segura de que si estos principios fueran los que guiaran siempre la actuación de todos y todas las profesionales implicadas en el proceso reproductivo, serían muchas menos las mujeres y sus parejas, que sienten y manifiestan que han sufrido “violencia obstétrica”.



**P:** Bueno Teresa, llevamos ya un rato y ni te he preguntado por tu parte académica, pero vamos a ello. Estudiaste también antropología social y cultural en la Universidad Miguel Hernández (UMH) y eres doctora por la Universidad de Alicante. Es curioso el título de tu tesis doctoral “Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio”. Me interesa mucho el por qué de esta tesis, de este tema. ¿Cuáles fueron las conclusiones más relevantes?

*R:* Escogí el tema del parto en casa por curiosidad. Cuando empezamos a dar clases en la UDM, aunque yo estaba en primaria, daba el tema de alternativas al parto tradicional. Consulté con Enrique Lebrero y me mostró otras opciones como el parto en una casa de partos o en el domicilio. Cuando me planteé la investigación me hice la pregunta de por qué una gestante y su pareja elegían tener el parto en casa. Al ser una etnografía estudié los valores y las creencias que apoyaban esta decisión y también las prácticas en torno al parto en casa.

Respecto a los datos quiero destacar que eran mujeres y hombres que contaban con un nivel de estudios alto. Los principales resultados fueron que estas parejas se asesoraron y buscaron mucha información, sobre todo sobre el riesgo y la seguridad; que tenían miedo a la atención que se ofrecía en los hospitales y sus posibles complicaciones. Respecto a sus valores destacar que eran reivindicativos/as y críticos/as con el sistema; eran mujeres muy empoderadas que deseaban que se respeten en todo momento sus derechos a un trato digno, a tomar sus propias decisiones y a la intimidad. Respecto a sus creencias, consideran que el parto es un acontecimiento normal, familiar y trascendental que suele ir bien; que en el hospital hay más riesgos, no se respetan los derechos en el nacimiento y el padre tiene poco protagonismo y en el que para ambos, el parto en el domicilio es lo mejor, aunque tiene algunas desventajas y son necesarios ciertos requisitos como buscar profesional y financiación, preparar el hogar, planificar el parto y un posible traslado al hospital. Durante la investigación me enfrenté por primera vez al término violencia obstétrica.



**P: Tienes numerosos artículos publicados y trabajos presentados, que denota tu vena investigadora, ¿qué opinas de la investigación en nuestra profesión?**

*R: Bueno, no son tantos, ojalá fueran más, es muy difícil publicar. La investigación es fundamental en toda profesión que quiere crecer. Afortunadamente cada vez hay más interés en la investigación, hay más matronas doctoras, y se ha producido un incremento en el número de trabajos y publicaciones, pero todavía queda mucho por hacer. Sería fundamental que hubiera más apoyo por parte de los gestores y que se valorara más la investigación.*

**P: Y si es fundamental investigar para avanzar, no menos importante es formar a matronas para que continúe la profesión. En relación a esto, has estado 26 años en la UDM-CV, desde su inicio en 1994 hasta 2020, tanto como coordinadora de primaria, como profesora en las clases teóricas y como tutora de prácticas de residentes. ¿Cómo ha sido tu vivencia o experiencia en cada una de ellas? ¿Por qué decidiste dejarlo, si se puede contar?**

*R: Uff!!!. Han sido tantos años y tantas experiencias que sería interminable. Pero no te preocupes que voy a intentar resumir.*

*En primer lugar, agradecer la gran oportunidad que se me dio de formar parte de la UDM, porque me ha permitido conocer a mujeres maravillosas, matronas de bandera y defensoras a ultranza de la profesión: tú, Clara, Laura, M<sup>a</sup> José, Lola, Pepa, Concha, Amparo, Sole, Sandra, Susi, Erme, Elvira, M<sup>a</sup> José Poquet, Silvia, Olaya, Santi, Noelia, ... Uff!!, en menudo lío me acabo de meter.*

*Pido disculpas, no puedo nombrar a todas y sé que quedan por decir muchas grandes matronas que he conocido en la UDM.*



*Sobre el año 1998, Laura nos pidió que fuéramos coordinadoras de la formación en Alicante. Yo era la responsable de Atención Primaria. Cuando la formación teórica se centralizó en Valencia, también estuve un tiempo como coordinadora de primaria de toda la UDM.*

*Mis recuerdos son sobre todo positivos. Mucho trabajo, mucho esfuerzo, mucha dedicación, pero al mismo tiempo muy gratificante ver cómo se convertían en grandes matronas muchas mujeres y hombres que llegaban el primer día con tanta ilusión.*

*Ha sido muy estimulante compartir clases, consulta, trabajos de investigación...*



*Te obliga a estar totalmente actualizada, a buscar la manera de que aprendan lo máximo posible y logren todas las habilidades, actitudes y conocimientos que deben tener.*

*Decidí dejar de ser tutora del Hospital de S. Juan de Alicante en septiembre del año 2020. Llevaba todo el verano intentando acabar el rotatorio de las residentes, y cuando acabé, era un domingo, y fue tal el descanso que experimenté que me di cuenta de que ya no lo hacía a gusto, que me producía más ansiedad que satisfacción y decidí que había llegado el momento de dejarlo y al día siguiente, informé y firme la renuncia.*

**P: En mi opinión, creo que desde unos años para aquí, el perfil de las y los residentes es diferente, ¿qué opinas tú que has estado desde sus inicios en su formación?**

*R: Está claro que en todas las promociones hay una gran variedad a nivel personal y no se puede generalizar. Pero sí que he visto un cambio importante. En las primeras promociones estaban como más ansiosas por aprender, sin importar el número de horas que hacían. Ahora tienen más en cuenta sus "derechos": las jornadas que tienen que hacer, los permisos, las opciones para juntar libranzas... Creo que todavía es difícil para algunas matronas y residentes entender que no son alumnos ni alumnas. Que tienen un contrato, que son profesionales a los que se les paga para formarse, y que por lo tanto tienen que cumplir con su trabajo.*

**P: Una pregunta que hago casi siempre a las entrevistadas ¿Y cómo ves el futuro de la profesión?**

*R: Pues desgraciadamente, siento que somos una profesión en peligro de extinción, sobre todo fuera de los paritorios. Estoy convencida de que al final solo quedarán matronas en los paritorios, salvo que se tomen medidas. Creo que la situación es insostenible, que es una pena que muchas matronas estén trabajando de enfermeras y no se establezcan los mecanismos necesarios para favorecer su vuelta a la matronería.*



*También tendríamos que mirar en Europa los otros modelos formativos que hay y la opción de la carrera independiente me parece la más adecuada, siendo consciente de todas las dificultades e implicaciones que esto conlleva. Aunque lo veo como una solución a largo plazo que no soluciona la falta de matronas actual.*

**P: Estamos casi llegando al final, y casi seguro me he dejado alguna cosa o algún tema en el tintero, así que, es tu oportunidad para compartir lo que quieras y quede reflejado en estas líneas.**

*R: Creo que no me queda nada que añadir... (risas). Solo darte las gracias por esta entrevista.*

**P: Y mi última pregunta, ¿qué le dirías a las nuevas promociones que se incorporan a la especialidad de matrona?**

*R: Les daría la enhorabuena por haber logrado acceder a la mejor profesión del mundo, que es una profesión en la que van a tener grandes satisfacciones. Pero también les diría que se vayan preparando para luchar por la profesión, y sobre todo para defender todas nuestras competencias.*

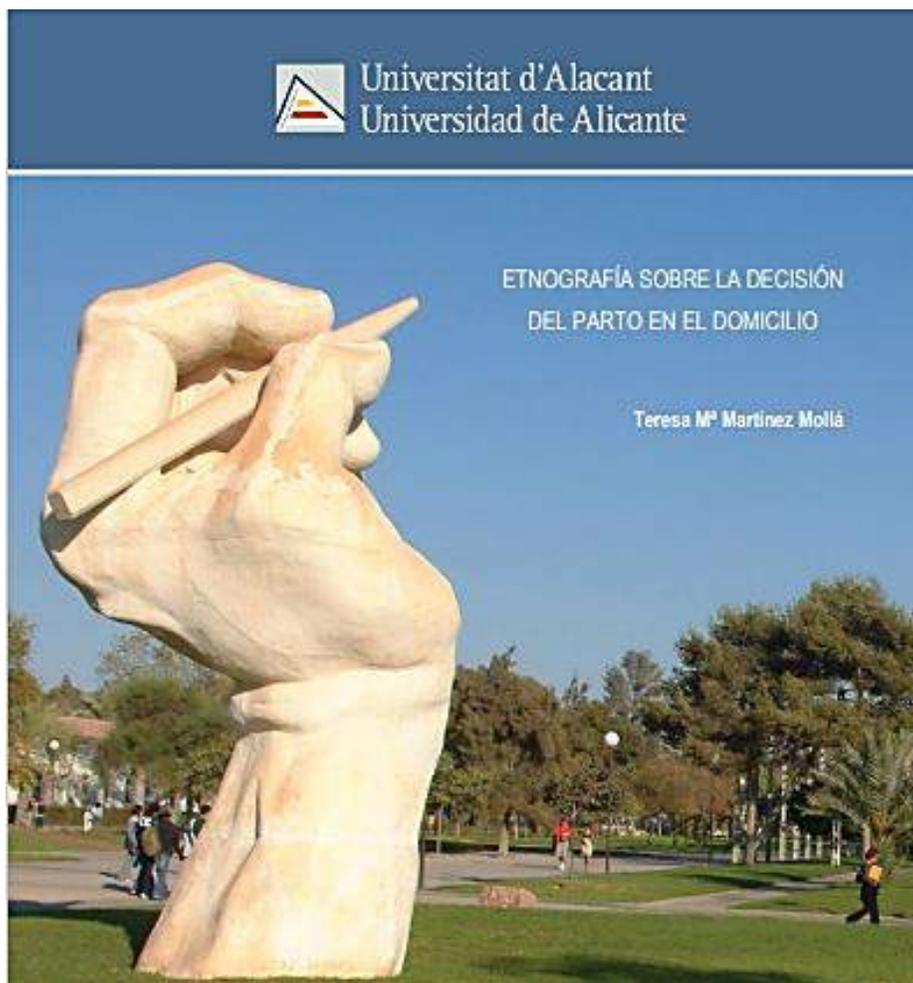
**Teresa, como siempre digo a todas las entrevistadas, ha sido un verdadero placer compartir este tiempo contigo, de verdad, sé que nos conocemos hace mucho tiempo, años, pero creo que al igual que yo, muchas compañeras descubrirán aspectos desconocidos de tu trayectoria, sabes todo lo que te estimo por ese corazón tan grande y generoso que tienes.**

Solo espero que con esta entrevista, aquellas compañeras que no te conocían antes, pongan cara a una extraordinaria mujer y comprometida profesional.

En nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio, agradecerte el tiempo que nos has dedicado y tu labor defendiendo en el día a día nuestra labor y durante muchos años desde la Unidad Docente, y te deseamos un excelente final para los años que te quedan, y aunque no sea desde la primera línea, sé que siempre estarás implicada en mejorar nuestra profesión.

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, en tu caso, por los años dedicados a la formación de nuevas matronas y desde luego, defendiendo el papel de la matrona en la Atención Primaria.

ATENEA Redactora AEM





## ÉXITO EN LA JORNADA DE LA ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE LAS MATRONAS DE ARAGÓN



De dcha. A izda. Patricia Navarro Vicepresidenta de ACMA; Rosa M.ª Plata Presidenta AEM; María José Ramón del Carmen Presidenta ACMA; Sira Repollés Consejera de Sanidad; Salomé Álvarez Presidenta FAME; M.ª Angeles R. Rozalén AEM.

El pasado 5 de mayo de 2023 se celebró en Zaragoza la II Jornada Autonómica de la Asociación Científica de matronas de Aragón (ACMA) con el lema “Matronas en un momento histórico: unidas ante la crisis” donde se reunieron casi un centenar de matronas.

El objetivo de estas jornadas fue reunir de nuevo a todas las compañeras aragonesas en un día muy representativo para la profesión a nivel internacional. El inicio de la jornada autonómica estuvo marcado por la presencia de la consejera de Sanidad de Aragón, Sira Repollés, en el acto inaugural, donde destacó la profesionalidad de las matronas.

El programa científico se abrió repasando nuestra historia actual y pasada como profesión de la mano de la presidenta de la Asociación Española de Matronas, Rosa Plata, y de la presidenta de la Federación de

Asociaciones de Matronas de España( FAME), Salomé Álvarez, que expuso los resultados del informe CROWE realizado recientemente por FAME. Una situación actual inquietante con un futuro poco prometedor ante la ausencia real de un relevo generacional, que no está asegurado con la tasa de reposición actual de matronas mediante el sistema vigente (EIR).

Tras analizar el pasado, presente y futuro de la profesión se dio paso a dos mesas donde se expusieron diferentes proyectos llevados a cabo por compañeras en distintos puntos de la comunidad aragonesa. La figura de la matrona está cada vez más presente, como en consultas de diagnóstico prenatal, de educación diabetológica para gestantes o realizando talleres en colegios para la prevención de abusos sexuales en la infancia; sin olvidar la educación sexual a adolescentes.



Así mismo se contó con la participación de compañeras que realizan un estudio para la introducción del TENS y su uso en la fase preparto dentro del hospital de Aragón con mayor volumen asistencial. Dos mesas rebosantes de ideas por aplicar tanto en el ámbito hospitalario como en consulta rural o urbana.

La mañana acabó de la mano de Ana Lizano, madre y abogada, la cual expuso los derechos de las mujeres en el parto y de los profesionales que las asisten. Una mesa muy interesante que proporcionó debate ante las dudas que surgieron por parte de las asistentes.

En la segunda mitad de las Jornadas, se invitó a varias compañeras provenientes del hospital Universitario Doce de Octubre y del Hospital Universitario La Plana (Castellón) que explicaron las remodelaciones y el camino que habían desarrollado en sus hospitales hasta el punto actual, donde una asistencia personalizada, humanizada y respetuosa es el punto central de todos los cuidados proporcionados durante el parto.

Dos realidades muy diferentes y con gran contraste, que ofrecieron visibilidad a la idea de que el cambio en el paradigma del parto es posible, real y tangible en el sistema sanitario público.

Finalizando las Jornadas disfrutamos de la presentación del libro "Historia de las matronas en España", de la mano de su autora, matrona de profesión Dolores Ruiz-Berdún, donde se pudo comprobar que los problemas que aqueja la profesión son mucho más antiguos de lo esperado y las reivindicaciones de la profesión siguen vigentes pasados los años. Junto a la presentación del libro se pudo disfrutar de la visualización del documental "La matrona" con un breve coloquio de su autora Elisabeth López, en el que homenajea la figura de la matrona rural en la segunda mitad del s. XX. Documental especial para Aragón, rodado en un pueblo turolense, Monreal del Campo, donde residió y ejerció la profesión M<sup>ª</sup>

Victoria García Ochoa, matrona rural, también presente en el acto.

Por último, se homenajeó a las jubiladas en los últimos años obsequiándoles con un detalle y agradeciéndoles su trabajo individual y colectivo por la profesión.

El resultado de la Jornada fue muy satisfactorio por el esperado reencuentro de las compañeras tras la pandemia mundial por COVID-19 y por todas las exposiciones realizadas, que promueven seguir trabajando por y para nuestra profesión y abarcando todas las esferas donde la matrona tiene un lugar, al lado de la mujer, en toda su etapa sexual y reproductiva.



<https://www.um.es/web/enfermeria/estudios/formaci%C3%B3n-permanente/m%C3%A1ster-formaci%C3%B3n-permanente-en-nuevas-tendencias-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-para-matronas>

# I EDICIÓN MÁSTER DE FORMACIÓN PERMANENTE EN NUEVAS TENDENCIAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA PARA MATRONAS

CURSO 2023-24



**INFORMACIÓN GENERAL**  
60 Créditos ECTS

**FASES DE PREINSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA**

**1º PERIODO DE PREINSCRIPCIÓN**  
Del 12/06/2023 al 25/06/2023

**MATRÍCULA**  
Del 03/07/2023 al 09/07/2023

**2º PERIODO DE PREINSCRIPCIÓN**  
Del 10/07/2023 al 25/07/2023

**MATRÍCULA**  
del 02/08/2023 al 07/08/2023

**Co-Dirección:**  
Dra. María Suarez Cortés  
mastermatronas@um.es

**ORGANIZA**



FACULTAD DE  
ENFERMERÍA



**AVALA**



**+ INFO.**





## XIX CONGRESO DE LACTANCIA MATERNA FEDALMA

### «Tejiendo redes por la lactancia materna»

Grupo organizador ALMAMAR

#### ▪ **Inscripción al Congreso**

La inscripción se realizará a través de la web [www.fedalma.org](http://www.fedalma.org) rellenando el formulario de datos correspondiente para las acreditaciones. La forma de pago se efectuará en la tienda virtual de la web :

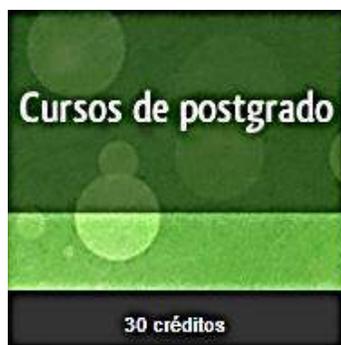
- <https://aulavirtual.fedalma.org/producto/xix-congreso-fedalma/>

- Y si has solicitado algún descuento de desempleo o estudiante, enviar justificantes a [contacto@fedalma.org](mailto:contacto@fedalma.org)

#### ▪ **Declaración de Interés Sanitario**

El Congreso ha solicitado la declaración de Interés Sanitario

- Créditos de Formación Continuada para los profesionales sanitarios
- El Congreso ha solicitado créditos de Formación Continuada para los profesionales sanitarios
- Créditos de formación IBCLC
- El Congreso ha solicitado créditos de formación IBCLC.
- Cambio cuota de inscripción:
  - 11 de Septiembre de 2023
- Fin plazo envío comunicaciones:
  - 25 Agosto (Para ampliar hasta el 5 de Septiembre)
- Notificación aceptación/rechazo comunicaciones:
  - 8 de Septiembre



**Curso académico 2022--2023**

## **Salud Mental Perinatal en Contextos de Salud**

Fundación UNED

C/ Guzmán el Bueno, 133 - Edificio Germania, 1ª planta

28003 Madrid

Teléfonos: +34913867275/1592

Correo electrónico: bsaez@fundacion.uned.es

<http://www.fundacion.uned.es>

[https://formacionpermanente.uned.es/tp\\_actividad/actividad/salud-mental-perinatal-en-contextos-de-salud](https://formacionpermanente.uned.es/tp_actividad/actividad/salud-mental-perinatal-en-contextos-de-salud)

### **Programa de postgrado**

Máster, Diploma de Especialización, Diploma de Experto y Certificado de Formación del Profesorado. Curso 2022/2023

El Programa de Postgrado acoge los cursos que dan derecho a la obtención de un Título Propio otorgado por la UNED. Cada curso se impartirá en uno de los siguientes niveles: Máster, Diploma de Especialización, Diploma de Experto y Certificado de Formación del Profesorado.

### **Requisitos de acceso:**

Estar en posesión de un título de grado, licenciado, diplomado, ingeniero técnico o arquitecto técnico. El director del curso podrá proponer que se establezcan requisitos adicionales de formación previa específica en algunas disciplinas.

Asimismo, de forma excepcional y previo informe favorable del director del curso, el Rectorado podrá eximir del requisito previo de la titulación en los cursos conducentes al Diploma de Experto Universitario. Los estudiantes deberán presentar un curriculum vitae de experiencias profesionales que avalen su capacidad para poder seguir el curso con aprovechamiento y disponer de acceso a la universidad según la normativa vigente.

“  
Sé una mujer  
**Forte**  
más allá de  
la menopausia



**Las ventajas  
de ser una  
mujer Forte**

Con CimiNocta Forte irás más allá de la menopausia, gracias al avance de su fórmula que te ofrece un cuidado integral.

*Y tú, ¿eres ya Forte?*



Con extractos de Cimicifuga racemosa<sup>1</sup>, Azafrán<sup>2</sup>, extracto de olivo (hidroxitirosol)<sup>3</sup>, melatonina<sup>4</sup> y vitaminas B<sub>6</sub><sup>5</sup> y D<sub>3</sub><sup>6</sup>

**1 cápsula al día  
antes de irse a dormir**

Ayuda a sobrellevar los sofocos<sup>1</sup>, a mantener el humor positivo<sup>2</sup> y a disminuir la fatiga<sup>5</sup>. Estimula la libido<sup>2</sup>, y contribuyen a la protección de los lípidos de la sangre frente al daño oxidativo<sup>3</sup>. Además ayuda a conciliar el del sueño<sup>4</sup> y a mantener los huesos en condiciones óptimas<sup>6</sup>.





## NOTICIAS DE SIMAES

### SIMAES HA RECLAMADO AL CONSEJERO DE SANIDAD DE CANARIAS QUE SE ABONE A LAS MATRONAS LAS HORAS DE DOCENCIA COMO EN EL RESTO DE ESPAÑA.

En colaboración con ACAMAT, el Sindicato de Matronas reclama para las Matronas Canarias cobrar las horas de docencia, los gastos de desplazamiento que ello suponga y los actos no pagados desde 2019.



Aunque parezca irreal, es cierto, hay Matronas que realizan trabajos sin contraprestación económica. En Canarias es histórico el que las Matronas no cobren por impartir formación, por ello SIMAES (en colaboración con ACAMAT) ha reclamado al Consejero de Sanidad de Canarias que fije los criterios y el baremo de remuneraciones por colaboración en actividades de formación y perfeccionamiento que organiza, así como al abono de las retribuciones que resultasen por las “colaboraciones de carácter no permanente ni habitual” en las actividades organizadas por esa Consejería de Sanidad que implique o hubiera implicado a las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), con efecto retroactivo al día 1 de Enero de 2019.

Al Consejero se le ha recordado que hay Matronas que no perciben remuneración alguna por las horas de servicio que realizan colaborando en la formación de las enfermeras especialistas internas residentes de ese Servicio y que, entre las funciones del puesto de trabajo de una Enfermera Especialista en Obstetricia, no se encuentra prestar servicios docentes en entidades o lugares distintos y/o distantes del especificado en su nombramiento, aunque este capacitada para ello.

También se ha recalcado que corresponde a la Matrona que sea asignada para prestar dichos servicios, la indemnización por razón del servicio, consistente en una contraprestación económica basada en la realización de actividades y/o colaboración con carácter no permanente ni habitual en instituciones y/o y escuelas de formación y perfeccionamiento del personal al servicio de la Administración Pública de Canarias y que dicha indemnización, por razón de servicio, está regulada en la Comunidad Autónoma de Canarias mediante el Decreto 251/1997, de 30 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de Indemnizaciones por razón del servicio y es de aplicación al personal al servicio de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias cualquiera que sea la naturaleza jurídica de la relación de empleo o de la prestación de servicios y su carácter permanente o temporal.

Entre la argumentación presentada destacamos el derecho que asiste a la Matrona, como empleada pública, a no ser obligada a prestar servicios no retribuidos, ni incluidos entre la funciones inherentes al cargo, sea cual fuera su cargo o disponibilidad, puesto que desempeña las funciones determinadas en su relación estatutaria a cambio precisamente de una retribución (artículo 14 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre).

Se le ha recordado también al Consejero, por si alegara motivos presupuestarios, que la C.A. de Canarias tiene asignado un presupuesto de 62 millones de euros para formación sanitaria especializada, según la Estadística de Gasto Sanitario Público, publicado por el Ministerio de Sanidad en marzo de este año.

A modo de prueba comparativa y ejemplo de que este concepto es abonado en el resto de CC.AA., se ha enviado al Consejero el contenido de la normativa actualmente aplicada en la C.A. de Extremadura y de Cataluña.



## EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA CREE QUE LA MAYORÍA DE LAS MATRONAS NO COMPARTE TENER UN CONSEJO PROPIO O UN GRADO UNIVERSITARIO ESPECÍFICO.

Inmersos en lo que creemos es un error, increíblemente el CGE tampoco es partidario de que exista una Coordinadora de Matronas en Atención Primaria.

Inmersos en lo que creemos es un error, increíblemente el CGE tampoco es partidario de que exista una Coordinadora de Matronas en Atención Primaria.

Es lo que presuponíamos, que el Consejo General de Enfermería (CGE) no iba a apoyar las reivindicaciones planteadas por las Matronas a través de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), y que apoya SIMAES. La FAME ha manifestado la necesidad de crear un Consejo General propio o un grado específico donde formar más Matronas puesto que "Un grado universitario de matronas nos igualaría a los países grandes de nuestro entorno y permitiría formar a los efectivos suficientes". Según Florentino Pérez Raya, Presidente del CGE: **"No creemos que este planteamiento sea compartido por la mayor parte de las matronas"**.

El CGE insiste en la obviedad de que **"Las matronas son enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, al igual que hay muchas otras enfermeras especialistas en ámbitos como la Salud Mental, Pediatría o Familiar y Comunitaria"**, si darse cuenta de que ese es precisamente el problema. Más aún, intenta apoyar sus tesis en que "El problema radica en la baja tasa de enfermeras en general y matronas en particular que existe en nuestro país y su distribución desigual en las distintas comunidades autónomas", sin percatarse que identificar el problema no supone proponer una solución.

En respuesta a la posición de las Matronas madrileñas y de otras CC.AA., de que se imponga la figura del Coordinador/a de Matronas en Atención Primaria, puesto que en la actualidad se realiza en su mayoría por una enfermera desde las gerencias de atención primaria y obviando que las Matronas tienen competencias reconocidas a nivel europeo en gestión, el CGE asegura que **"No es necesario una coordinación de matronas en Atención Primaria, la coordinación y gestión debe estar en manos de los profesionales con mejor formación y competencia en gestión"**, e insiste en que "Establecer nuevas divisiones jerárquicas o administrativas a la carta, o nuevos grados independientes, no puede ser parte de la solución".

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/el-cge-ante-el-consejo-de-matronas-nuevas-jerarquias-no-son-la-solucion-2656>

## NOTICIAS DE SIMAES

## NO SOLO FALTAN MATRONAS, TAMBIÉN HAY DIFERENCIAS SUSTANCIALES ENTRE CC.AA.



SIMAES comparte con la Vocal Matrona del CGE, Montserrat Angulo, que *“las Administraciones Públicas no pueden ponerse de perfil en este asunto y deben ser conocedoras que la falta de matronas pone en riesgo la salud de todas las mujeres de nuestro país.”*

Se detectan además diferencias sustanciales entre el número de Matronas de cada CC.AA., incluso dentro de cada una de ellas. Recordemos que la media nacional (datos del INE) se sitúa en 75,1 Matronas por cada 100.000 mujeres en edad fértil (15-49 años), una cifra superada por el País Vasco (132,08) pero muy superior a Asturias (41,7) o Canarias (24,5).

La situación, como venimos denunciando hace años, esta llegando al nivel crítico, incluso el Consejo General de Enfermería insta a las comunidades autónomas a convocar más plazas en las próximas ediciones del EIR y a convocar plazas para incorporar más matronas al sistema de salud.

Montserrat Angulo, Vocal matrona del CGE y presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, ha manifestado al respecto que la falta de matronas pone en riesgo una buena calidad de la vida reproductiva de la mujer pues “Existe una escasez de todo tipo de trabajadores del área de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, pero la mayor carencia es de matronas y matrones. Además, es importante destacar que la escasez de matronas y matrones no puede cubrirse con otras especialidades porque también hay carencia global de estas. Un mayor número de matronas y matrones no solo permitiría que más mujeres, adolescentes y recién nacidos tuvieran acceso a sus singulares habilidades, sino que también liberaría a los médicos y enfermeras para que pudieran centrarse en otras necesidades sanitarias”, con la que no podemos estar más de acuerdo.

Llevamos año reivindicando UNA MATRONA EN CADA CENTRO DE SALUD y sigue habiendo Administraciones que ignoran el papel de la Matrona en Primaria, donde es de vital importancia la atención a la vida sexual y reproductiva de la mujer, en el que se incluye a la adolescencia, anticoncepción, embarazo, parto y postparto, menopausia...

### Más información en:

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/notas-prensa/category/20-notas-de-prensa#modal-full-2438>

<https://www.larazon.es/sociedad/20220513/4nm3j36pijexjnzxyr45526gwe.html>

[https://www.consalud.es/profesionales/matronas-borrador\\_129757\\_102.html](https://www.consalud.es/profesionales/matronas-borrador_129757_102.html)



### **SIMAES SOLICITA LA INCLUSIÓN DE LAS MATRONAS MURCIANAS ENTRE LOS SANITARIOS ESPECIALISTAS SUSCEPTIBLES DE RECIBIR LA COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR PUESTOS DE DIFÍCIL COBERTURA.**

Las Matronas han sido excluidas, a pesar de que cumplen todos los requisitos para percibir esta compensación económica.

SIMAES ha cursado un escrito al Secretario General de la Consejería de Salud, para que modifique la Resolución de 30 de enero de 2023, por la que se publica el Acuerdo suscrito por la Consejería de Salud y las organizaciones sindicales SATSE, CESM y CSIF, el 25 de noviembre de 2022, sobre de medidas para la mejora y fortalecimiento de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia, en cuyo contenido se expone que en el Acuerdo Cuarto que *“Tras la entrada en vigor de la modificación de la Ley 5/2001 del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, que introdujo el concepto de puestos de difícil cobertura, se han declarado como tales diversos servicios sanitarios en las Áreas que históricamente presentan más dificultades para conseguir nuevas contrataciones. Los beneficios contemplados en la misma, han supuesto un aliciente eficaz que ha permitido dotar de más y mejores medios a las citadas Áreas. Entre los mismos, el artículo 45 bis de dicha Ley, contemplaba la posibilidad de asignar incentivos económicos”.*

El sentido del requerimiento de SIMAES es modificar el contenido del artículo 45 bis, para que se añada a la frase referida a los *“facultativos sanitarios especialistas”*, un texto que incorpore a las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología en el mismo, de modo que quede reflejado del siguiente modo:

***“6. Igualmente y para las categorías de Facultativo Sanitario Especialista y Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología. Matronas, cuando en un Área de Salud el número de opciones declaradas de difícil cobertura en esa categoría supere el 30% de las opciones existentes en dicha Área, los incentivos contemplados en la presente Ley se extenderán a la totalidad de opciones de la citada categoría.”.***

Igualmente se ha reclamado el abono de la compensación económica correspondiente a la modificación aludida, con efectos retroactivos a la fecha de la publicación de la Resolución mencionada.

Como apoyo a la solicitud se ha indicado que del Estudio de la Situación Asistencial Actual, mencionada en la Resolución, debería derivarse el conocimiento exacto de la situación por la que pasan las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas) de la Región de Murcia, donde persiste la no cobertura de todos los puestos de Matronas por déficit de profesionales, lo que acredita la circunstancia de penosidad que soportan las Matronas para el desempeño de sus competencias, hasta el punto de que en diversas áreas las Matronas deben cubrir los puestos entre la plantilla disponible, para atender el servicio cuando alguna ha de causar baja o ausencia en su puesto de trabajo por motivos justificados.

Finalmente SIMAES ha hecho constar que excluir a las Matronas del incentivo económico, supone no sólo adoptar decisiones contrarias a los objetivos perseguidos en la norma, sino además una discriminación injustificada de la profesión que pasa, por circunstancias formativas y generacionales, por una escasez galopante y progresiva de profesionales dispuestas a prestar sus servicios en la plazas de difícil cobertura.



NOTICIAS DE SIMAES

**SIMAES RECLAMA AL SES EL ABONO DE LAS ACUMULACIONES DE TAREAS PARA LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA.**

El sindicato denuncia una flagrante discriminación por razón de profesión y tramita las reclamaciones de sus afiliadas por discriminación respecto al resto de profesionales de los EAP de los centros de salud extremeños que si lo perciben.

En base a que la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud establece como una de las retribuciones complementarias, “el complemento de productividad que define como el destinado a retribuir el especial rendimiento...”, SIMAES reclama individualmente las acumulaciones de tareas que asumen las Matronas de AP de Extremadura sin compensación alguna cuando tienen que sustituir a compañeros/as de baja, vacaciones o permisos, incidiendo en que este complemento si se abona al resto del EAP, incluyendo a los administrativos.

Concretamente, se expone que en la Resolución del Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud de 20 de marzo de 2023, por la que se dictan instrucciones para la elaboración de la nómina del personal estatutario, funcionario, eventual, laboral y directivo del Servicio Extremeño de Salud y se aprueban los anexos y tablas retributivas correspondientes al año 2023, en el punto 1.6 de dicha resolución, se establece que **“1.6 El complemento de Productividad Variable retribuirá la especial dedicación, el interés o iniciativa con que se desempeñen los puestos de trabajo, la adscripción de funciones adicionales de responsabilidad dentro de la jornada laboral, así como la participación en programas o actividades especiales. El Gerente del Área de Salud que corresponda asignara las cantidades a percibir por este concepto, de acuerdo con la Resolución de 21 de febrero de 2020, de la Dirección Gerencia, de delegación del ejercicio de competencias en materia de asignación individual y abono del complemento retributivo de Productividad Variable. (DOE nº 45, de 5 de marzo).”**

La reclamación se justifica en que en las instrucciones sobre retribuciones el personal de los Centros de Salud de Extremadura se fija la percepción del complemento por acumulación de tareas para todo el personal, excepto el personal de Enfermería Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrón/a), lo que constituye en sí mismo en caso flagrante de discriminación por razón de profesión.



Nº 13  
1975 JUNIO  
2023

REGISTRO ESTATAL DE PROFESIONES SANITARIAS



**EL REGISTRO ESTATAL DE PROFESIONALES SANITARIOS SIGUE VERGONZOSAMENTE SIN ESTAR OPERATIVO 5 AÑOS DESPUÉS DE SER ESTABLECIDO POR LEY.**

Es obligación de organismos, entidades y corporaciones, no de los profesionales, y debería estar plenamente operativo desde 2018, pero sólo recoge el 42% de los sanitarios e impide saber cuántas Matronas ejercen exactamente en España.



<http://simaes.org/>

Sindicato de Matronas Españolas



**OFERTA DE EMPLEO para MATRONA**

SE PRECISA **MATRONA** en **CANARIAS** para **FUERTEVENTURA**

**INTERINIDAD de 3 años.**

**En Atención Primaria**

**Por falta de matronas en bolsa.**



Fecha: 29 de Junio de 2023

Contactar con Dirección de Enfermería de A.P. :  
Teléfono Contacto: **928862132/928862004**

## APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

P



**PHAINARETTE**, matrona ateniense, madre de Sócrates. Diógenes Laercio, en vida de este filósofo, se limita a citar el nombre de Phainarette; muchos historiadores también la nombran ya que ella fue madre de uno de los hombres más ilustres de la antigüedad. Se cree sin embargo que Phainarette había adquirido mucho respeto y estima, y que su profesión tenía derecho a la veneración pública entre los antiguos, debido a que Sócrates mismo se gloría de ser hijo de una matrona y que en sus búsquedas sobre la verdad este filósofo se ha comparado con una matrona. Se podría concluir que entre los Griegos las mujeres que ejercían el arte de los partos gozaban de una gran consideración.

**PHILISTA**, matrona griega. Diógenes Laercio nos muestra que era hermana de Pirrhon. La historia no nos dice nada tocante al saber y el merito de esta obstétrica.

**PLISSON (MARIE-PRUDENCE)** matrona de Paris, nacida en Chartres en 1727, de Thomas Plisson, procurador de la jurisdicción de esta villa, y de Prudence d'Auvergne.

Mademoiselle Plisson fue menos celebre en la práctica del arte de los partos que en la cultura de las letras y las ciencias naturales; pareciera que el campo de su profesión no era suficientemente vasto para la dimensión de su espíritu, ni suficiente para su actividad. Mademoiselle Plisson debutó en las letras en 1753 componiendo una oda al nacimiento del duque de Borgoña y estrofas sobre el nacimiento del duque de Aquitania. Algunas otras producciones sin importancia que anunciaban más imaginación que saber, salieron de la pluma de esta mujer antes de que publicara sus "Réflexions critiques sur les écrits qu'a produits la question sur la légitimité des naissances tardives", en 1765. Paris, in-8º. Esta obra no es en absoluto como ha dicho Sue, en sus Essais historiques

sur les accouchemens, un resumen de todos los escritos que tratan de los nacimientos tardíos, sino un examen en profundidad de la cuestión, la obra de un espíritu superior y lógico.

En vano hemos buscado en los escritos periodísticos del tiempo la expresión de la opinión publicada sobre la obra de mademoiselle Plisson. Sin embargo esta obra es bien superior a lo que ha sido escrito sobre el mismo asunto y se distingue eminentemente de estos por los razonamientos profundos y las reflexiones más juiciosas.

El olvido desdeñoso en el que fue dejada esta obra destacable desde, con muchos puntos de vista, no es más que la nefasta consecuencia del despotismo científico y literario que las academias y los cuerpos eminentes ejercieron en todos los tiempos hacia la consideración de las mujeres. Si en el siglo XVIII las críticas y los juicios nacidos del mérito hubiesen sido sin parcialidad, el libro de mademoiselle Plisson hubiera motivado a su examen y a su juicio. Se ocuparon poco del libro de una mujer que había escrito en provecho de la ciencia y en interés del derecho civil y se ocuparían largamente de los de Lebas, Louis y Petit, y de tantos otros que no son más que críticas, diatribas cuando no libelos o escritos injuriosos.

Mademoiselle Plisson murió en Paris en 1803. Pocas mujeres de su profesión vivieron rodeadas de más estima.

**POOR** (mademoiselle) maestra matrona jurada en Paris, hija de una hábil matrona del mismo lugar.

Mademoiselle Poor fue nombrada en 1725, matrona en jefe del Hotel Dieu. Hacia la mitad del siglo XVII no había, por así decirlo en toda Europa otra escuela de partos que la del Hotel Dieu de Paris; de todos los países extranjeros venían alumnas de matrona, incluso médicos y cirujanos para instruirse allí en la práctica de este arte.

Aunque nos ha sido imposible seguir el orden

**APUNTES BIOGRAFICOS  
DE MATRONAS CÉLEBRES**

**P**



cronológico del servicio de partos del Hotel Dieu, estamos sin embargo autorizados a creer que mademoiselle Poor sucedió a su madre y ésta a Madame Lamarche.

Se sabe que mademoiselle Poor en su servicio, sin otra ayuda que las manos, liberó a una mujer de un bicéfalo (niño con dos cabezas); fenómeno que fue depositado y conservado largo tiempo en San Cosme, el cual se ha renovado en nuestros días en Rita y Cristina, con la diferencia sin embargo de que el primero nació sin vida y que éste al contrario, ha sobrevivido tres meses al nacimiento.

Mademoiselle Poor, después de Elisabeth Nihell que fue su alumna y capaz de juzgar su mérito, su saber y su habilidad, fue digna del título de matrona en jefe de la primera escuela de partos.

**POSRINA, POSTERVA, PROSA.**

Bajo estas diferentes denominaciones, las damas romanas honraban divinidades todas imaginarias, que ellas invocaban según las posiciones que el feto presentaba en el parto.

Según Macrobio y Aulugelle, se hacían sacrificios a Posterva y a Prosa, cuando el niño se presentaba por los pies. Los romanos habían erigido altares a estas diosas en el monte Carmentes.

**PHUA.**

Matrona egipcia que se hizo célebre según las santas escrituras, al rehusar ejecutar la orden dada por el faraón, de exterminar a todos los niños varones que nacieran y de conservar solo a las niñas.

El rabino Zoar, en sus comentarios sobre

el primer libro del Éxodo, y Origegène, en sus homilías sobre esta parte del antiguo Testamento, dicen que, para excusarse y no obedecer la orden de este rey sanguinario, Phua presumió de que las mujeres de los hebreos no tenían necesidad de ayuda alguna para parir y que los cuidados a este efecto les llegaban siempre demasiado tarde (Ver SEPHORA).

## EL GOBIERNO DE NAVARRA CONCEDE LA CRUZ DE CARLOS III A LA MATRONA PATXUCA DE MIGUEL IBAÑEZ

Este galardón reconoce y valora su destacada trayectoria científica y humanística que ha permitido recuperar el testimonio de la vida de en las generaciones que nos antecedieron y especialmente de las mujeres.



Entrega de la condecoración por la Presidenta del Gobierno de Navarra Dña. María Victoria Chivite Navascués

La Cruz de Carlos III el Noble fue creada en 1997 por el Gobierno foral para otorgar reconocimiento público a personas y entidades que han contribuido de forma destacada al progreso de la sociedad navarra o a la proyección exterior de la Comunidad.

El galardón toma el nombre de Carlos III el Noble, monarca que destacó entre el conjunto de los reyes de Navarra por su talante pacífico y conciliador, por sus iniciativas a favor de la Cultura y el Arte, y por el establecimiento de relaciones de paz y amistad con las demás cortes europeas.

En esta edición del galardón Cruz de Carlos III el Noble 2023, también fueron premiados:

**Vicente Madoz**, médico psiquiatra; **Oihan Iturbide**, biólogo; **Alfredo Sanzol**, autor y director teatral; **Antonio Eslava**, pintor, escultor y grabador; **Iñaki Perurena**, levantador de piedra; **Judith Torreá**, periodista.

La condecoración consiste en una cruz esmaltada, en la que se reproduce la efigie sedente de Carlos III del real sello céreo conservado en el Archivo Real y General de Navarra.

La cruz está circundada por la leyenda "Karolus regis navarre".

En el reverso, figura el escudo de Navarra sobre la expresión "Comunidad Foral de Navarra" y la leyenda "Cruz de Carlos III el Noble de Navarra".



Desde Infomatronas y la Asociación Española de Matronas felicitamos a Patxuka por éste merecido reconocimiento y por su brillante trayectoria profesional y científica que, sin duda, honra al colectivo de las matronas españolas.



## LA OMS EN EL 33° CONGRESO TRIENAL DE LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS

En el comunicado de prensa del Gabinete de Comunicación de la OMS incluyen la noticia de su presencia en el Congreso Internacional de Matronas y en la misma comunicación afirman:

*“Las matronas desempeñan un papel fundamental en la mejora de los resultados de salud en todo el mundo.*

*Desde la atención materna y neonatal hasta la prevención y el control de infecciones, la planificación familiar, el aborto seguro y el abordaje de la violencia de género como parte de la salud y los derechos sexuales y reproductivos integrales, las matronas son líderes en la promoción de la salud y el bienestar y la defensa de los derechos humanos.*

*Invertir más en matronas podría evitar más del 80% de todas las muertes maternas, mortinatos y muertes neonatales que ocurren en la actualidad”.*

La OMS se enorgullece de unirse a la Confederación Internacional de Matronas (ICM) en su 33º Congreso Trienal celebrado en Bali, Indonesia

El equipo de la OMS ha mantenido un stand en el Centro de Convenciones de Bali Nusa Dua (BNDCC), Vestíbulo Sur y han desarrollado en el marco del Congreso las siguientes actividades:

## Tendencias de la Mortalidad Materna: 2000-2020. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y UNDESA/División de Población

### Recursos clave:

- **Tendencias de la mortalidad materna 2000 a 2020 :**  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

### Intervención de sangrado posparto

Muertes por sangrado posparto, que es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo. Después de la intervención, el sangrado severo después del parto se redujo en más de un 60%

### Recursos clave:

- **Más información sobre el paquete E-MOTIVE para gestionar la HPP:**  
<https://www.who.int/news/item/09-05-2023-lifesaving-solution-dramatically-reduces-severe-bleeding-after-childbirth>
- Apoyar a las matronas para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos a lo largo del curso de la vida: aspectos destacados de la OMS
- Presentación de nuevos recursos de la OMS relacionados con temas específicos de salud sexual y reproductiva, y demostración de cómo la OMS se involucra con las parteras para apoyar sus competencias en salud y derechos sexuales y reproductivos

### Recursos clave:

- **Recomendaciones de la OMS sobre atención materna y neonatal para una experiencia postnatal positiva:** <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

• Caja de herramientas de planificación familiar y atención integral del aborto para el personal de atención primaria de la salud:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240063884>

• Brechas de investigación y necesidades para optimizar el uso del parto vaginal asistido:  
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240073111>

• Integración del contenido de la mutilación genital femenina en los planes de estudio de enfermería y partería: una guía práctica: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042025>

• Abordaje de la violencia contra la mujer en la formación previa al servicio en salud: integración de contenidos del currículo Cuidado de la mujer en situación de violencia :  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240064638>

• Más información sobre el trabajo de la OMS en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh))

## Amplificación de las voces de las matronas y desarrollo del liderazgo (coorganizado por la OMS India y WRAI)

### Recursos clave:

- Más información sobre la OMS en la India: <https://www.who.int/india/>

**Historia de la partería en la India: hitos alcanzados y camino a seguir**

Compartiendo el viaje del progreso significativo realizado por el gobierno en la transición de la India para desarrollar un cuadro de parteras para mejorar los resultados de salud materna y neonatal .

**Recursos clave**

- Más información sobre la OMS en la India: <https://www.who.int/india/>

**Transición a modelos de atención de partería**

Compartiendo el progreso en el desarrollo de guías para países en transición a modelos de atención de partería e involucrando a las parteras y otras partes interesadas para hacer una contribución directa a la guía.

**Recursos clave:**

- Obtenga más información sobre el trabajo de la OMS sobre la salud y el envejecimiento de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing>

**Lecciones aprendidas de la transición a los modelos de atención de partería en los países de la OMS de Asia Sudoriental**

Proporcionar una actualización del estado después de la decisión política para la transición a los modelos de atención de partería y el Sur de la OMS -Región de Asia Oriental y compartir aprendizajes en toda la región.

**Recursos clave:**

- Más información sobre la OMS en la Región de Asia Sudoriental: <https://www.who.int/southeastasia/about#:~:text=The%20WHO%20South-East%20Asia%20>

**Apoyando a las matronas para que sean comunicadoras efectivas para prevenir la mutilación genital femenina: un nuevo recurso basado en evidencia****Recursos clave:**

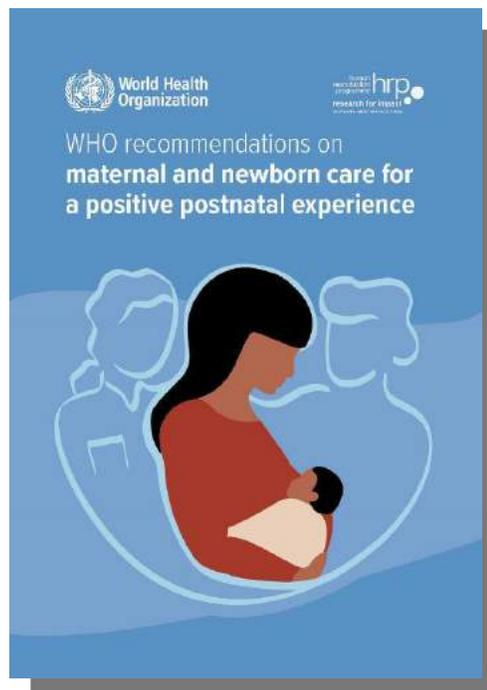
- Mutilación genital femenina: [https://www.who.int/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab_1)

**Estrategia global de prevención y control de infecciones de la OMS: ¿qué significa esto para las parteras y los líderes de partería?****Recursos clave:**

- Proyecto de estrategia mundial sobre prevención y control de infecciones <https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-strategy-on-infection-prevention-and-control>
- Enfermeras y parteras críticas para la prevención y el control de infecciones: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-UHL-HIS-2020.6>
- Prevención y control de infecciones en atención materna y neonatal; <https://openwho.org/courses/care-pregnant-woman-antenatal-clinic-en>
- Obtenga más información sobre el trabajo de la OMS en la prevención y el control de infecciones: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>

## RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE CUIDADOS MATERNOS Y NEONATALES PARA UNA EXPERIENCIA POSNATAL POSITIVA.

Recién salida de imprenta esta guía tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención posnatal de rutina esencial para mujeres y recién nacidos con el objetivo final de mejorar la salud y el bienestar de la madre y el recién nacido.



Reconoce una “experiencia posnatal positiva” como un punto final significativo para todas las mujeres que dan a luz y sus recién nacidos, sentando las bases para mejorar la salud y el bienestar a corto y largo plazo. Una experiencia posnatal positiva se define como aquella en la que las mujeres, los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias reciben información, tranquilidad y apoyo de manera constante por parte de trabajadores de la salud motivados; donde un sistema de salud con recursos y flexible reconozca las necesidades de las mujeres y los bebés, y respete su contexto cultural.

Esta es una guía consolidada de recomendaciones nuevas y existentes sobre la atención posnatal de rutina para mujeres y recién nacidos que reciben atención posnatal en un centro o en la comunidad en cualquier entorno de recursos.

### Visión de conjunto

Las recomendaciones de esta directriz tienen por objeto informar sobre el desarrollo de guías programáticas, protocolos clínicos y políticas sanitarias nacionales y subnacionales pertinentes. Por lo tanto, los principales destinatarios son los responsables de la formulación de políticas de salud pública nacionales y subnacionales; implementadores y administradores de programas de salud materna, neonatal e infantil; administradores de centros de salud; trabajadores de salud (entre ellos, matronas, enfermeras matronas, enfermeros, obstetras, pediatras, neonatólogos, médicos generales y agentes de salud comunitarios); organizaciones no gubernamentales; sociedades profesionales involucradas en la planificación y administración de servicios de salud materna, neonatal e infantil; personal académico implicado en la capacitación de trabajadores de salud, y grupos de mujeres y de padres.

Fuente : OMS

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

## CAFÉ DE LACTANCIA.

EL PASADO 12 DE ABRIL COMENZÓ UN NUEVO Y ORIGINAL PLAN DE APOYO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA



Se trata de un grupo de apoyo para mamás y familias que han optado por la lactancia materna como medio de alimentar a sus bebés. Nos reunimos en una cafetería los Miércoles de cada semana. Julita, gran amiga y propietaria del local, nos reserva un espacio exclusivo para que las mamás puedan exponer sus dudas y compartir sus experiencias tanto positivas, como negativas. Yo solamente intervengo cuando es necesario. Por regla general en estas reuniones las mamás toman las riendas y dialogan entre ellas.

Los beneficios de estas reuniones son extraordinarios. Las mamás no sólo se sienten muy acompañadas y apoyadas entre ellas, sino que además, encuentran soluciones a sus problemas. Asociado a estas reuniones regulares, se ha creado un chat de lactancia, llamado "Café de Lactancia". A medida que van asistiendo a las reuniones, se van añadiendo al chat. Actualmente el chat esta compuesto por 19 participantes. Por regla general las reuniones asisten las mamás y sus bebés, aunque en más de una ocasión nos han visitado mamás aún embarazadas y de vez en cuando algún papá.

¡Os animo a que toméis la iniciativa y organicéis algo similar!. La satisfacción personal y profesional son incalculables.



**SE CREA UNA  
IMPORTANTE  
COMISIÓN PARA LA  
HUMANIZACIÓN EN  
LA LACTANCIA Y  
NACIMIENTO**



La comisión nace a raíz del convenio firmado entre el CECOVA y la IHAN que tendrá como objetivo principal abordar todos los temas que se generen respecto al fomento de la lactancia materna en la población de gestantes/madres para beneficio de éstas y de sus hijos/as. Desde la recién creada comisión se realizará también un trabajo de coordinación y relación con las diferentes comisiones de lactancia departamentales, así como con las diferentes asociaciones y grupos de apoyo de la Comunidad Valenciana.

**La Comisión está formada por nueve miembros, ocho matronas y una enfermera especialista en pediatría de diferentes departamentos de salud de la Comunidad Valenciana con una avalada formación y bagaje profesional en temas de lactancia. Durante la constitución, realizada en la sede del CECOVA, tuvo lugar la elección de la presidencia, la secretaria y resto de vocales con funciones recogidas en el reglamento interno de funcionamiento (RIF).**

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) constituyó, el pasado 31 de mayo, la **Comisión para la Humanización en la Lactancia y el Nacimiento**, tras un periodo selectivo de colegiados y colegiadas de los tres colegios provinciales de Enfermería de Castellón, Valencia y Alicante que cumplieran los requisitos de la oferta.

A partir de ahora se trabaja en una actividad tipo taller, tanto para madres/padres como para profesionales en la que se abordarán los aspectos jurídicos, regulados por ley, que hay entorno de la protección de la salud del binomio madre-hijo, así como de la protección de los derechos del recién nacido lactante.

**La promoción de la lactancia repercute en la prevención de enfermedades y por lo tanto en la salud de la población adulta, madres, y en la de sus descendientes tanto en la vida presente como futura.**

**Desde la recién creada comisión se realizará también un trabajo de coordinación y relación con las diferentes comisiones de lactancia departamentales, así como con las diferentes asociaciones y grupos de apoyo de la Comunidad Valenciana.**

Con todo ello, el CECOVA pretende cumplir con el compromiso adquirido en la firma del convenio con la IHAN de apoyo a la mejora de la salud y la sostenibilidad del sistema sanitario que se logra con el fomento de la lactancia materna en una población de madres y sobre todo, de sus hijos/as.

Fuente: Nota de prensa del CECOVA



## 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 30 de agosto 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 julio 2023 y personalmente, a la ganadora o ganador.

Las fotografías deberán enviarse al mail: [matronas@asociacion-nacional.com](mailto:matronas@asociacion-nacional.com)

**ASUNTO:** Concurso fotográfico.

## WOMEN'S HEALTH PROFESSIONAL CARE (WHPC) ES EL PRIMER CONGRESO PROFESIONAL Y EXPOSICIÓN SOBRE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER



El pasado 23 de Mayo fue presentado con asistencia de prensa en Madrid, el Congreso “ Women Health Professional Care”. Women's Health Professional Care es una iniciativa que nació en el Reino Unido y se ha expandido a España.

El objetivo es ser un punto de debate y reflexión sobre cómo la atención sanitaria a las mujeres debe hacerse desde una perspectiva femenina que tenga en cuenta sus necesidades y especificidades. A la vez ofrecer todas las herramientas y conocimientos para actualizarse y avanzar en las mejoras de atención sanitaria con perspectiva de género. Todo a través de un amplio Programa Científico con más de sesenta ponencias y mesas de debate con los mejores especialistas de cada área.

Es el primer congreso que se enfoca sobre este tema a nivel nacional e involucra a especialistas de atención primaria y especializada, médicos de familia, enfermería/ matronas, ginecología, oncología, cirugía, salud mental, fisioterapia, nutrición, deporte e IA y BIG DATA.

Un evento dedicado íntegramente a la salud de las mujeres, que se celebrará los próximos días 17 y 18 de noviembre en el Centro de Convenciones Norte de IFEMA Madrid. El evento contará con una exposición de 1.800m2 con más de 50 laboratorios y empresas que mostrarán novedades en la salud de la mujer, incluyendo sectores como farmacéuticos, equipamiento médico, complementos alimenticios y autocuidado de la salud.

La tendencia actual cada vez más alejada del androcentrismo, es garantizar que las mujeres sean vistas "en el entorno adecuado, por el profesional adecuado, en el momento adecuado" mediante una mejor integración de los servicios de salud de la mujer en la salud primaria, secundaria y sexual y reproductiva. En consecuencia, la fuerza laboral del centro de salud debe construirse identificando las habilidades y competencias requeridas para brindar servicios de alta calidad, en lugar de basar los roles en formas históricas de trabajo.

El acto de presentación que contó con la presencia de varias de las entidades científicas que avalamos este proyecto, representantes de Farma-industria y prensa especializada fue presentado por Pilar Mateo, Científica e Investigadora, Presidenta del Comité Científico y ponente del Congreso, el Dr. Javier de Castro, Jefe de Sección de Oncología Médica del Hospital Univ. La Paz y D. Fernando Prados Roa, Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

También asistieron, como invitadas ponentes Dña. Rosa M.ª Plata, Presidenta de la Asociación Española de Matronas y Dña. Angeles Rodriguez Rozalén, Relaciones Institucionales de la AEM.

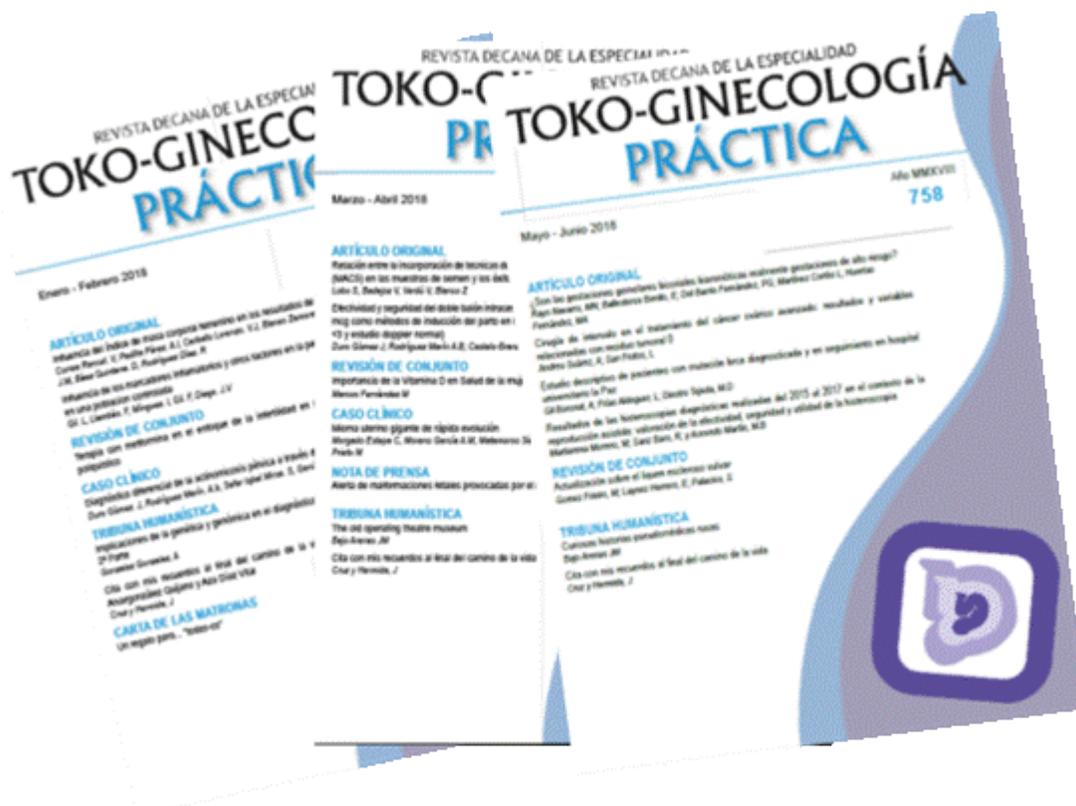
**¡ Hay muchas razones por las que asistir a este evento !**

La cita es en MADRID, los días 17 y 18 de Noviembre, en el Centro de Convenciones Norte de IFEMA Madrid.

Más información : <https://womenshealthprofessionalcare.es/>



## ¿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](mailto:infomatronas@gmail.com)

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

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario. En la página web de la Asociación Española de Matronas ([www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)) se encuentra el archivo histórico de esta revista, 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.

**matronas hoy**  
 TERCERA ETAPA. VOLUMEN 11 Nº 1 AÑO 2023  
 REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS  
 ISSN: 2340-0161

**SUMARIO**

**Editorial**

**Originales**

- Determinantes sociales en salud que influyen en la realización de la primera toma de PAP (P. Papanicolaou) en mujeres, región de Valparaíso, Chile

**Revisiones**

- Papel clave de matronas y médicos en Atención Primaria frente a la previsible pandemia sexual: enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos
- Efectos del consumo de marihuana en la fertilidad masculina: una revisión de la literatura, 2011-2021

**Artículo especial**

- La Historia clínica, su importancia en el proceso de responsabilidad sanitaria y su valor como medio probatorio

**Echando la vista atrás**

- Evolución de las unidades docentes de matronas

**Entrevista**

- M<sup>a</sup> del Carmen Navarro Jiménez

**Agenda**

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

International Confederation of Midwives  
 Strengthening Midwifery Globally

<http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/>

DAE EDITORIAL



## 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 ACCESIT 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:

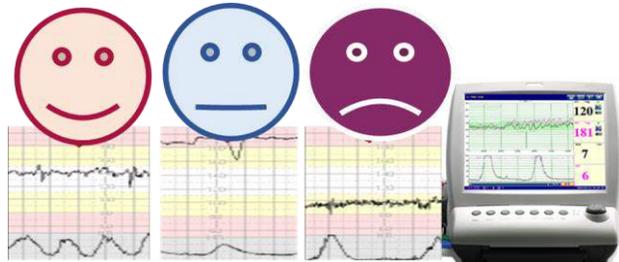
- Archivo 1. Texto completo del trabajo, sin contener nombres o cualquier otro dato que pueda permitir la identificación de su autoría.
- Archivo 2. Donde constarán los datos de la/s persona/s autoras.
- Deberán presentarse antes del 10 de septiembre de 2023, considerándose dentro del plazo los estudios 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](http://www.diariodicen.com)).

TODA LA INFORMACIÓN:

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



**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](mailto: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. <b>Mañana</b>	De 09:00h a 14:00h.
FECHA 2023. <b>Tarde</b>	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2023. <b>Mañana</b>	De 09:00 a 14:00h.
FECHA 2023. <b>Tarde</b>	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2023. <b>Mañana</b>	De 09:00h. a 12:30h.

**MATRICULA:**

**PLAZOS DE INSCRIPCIÓN**  
Pendiente de fijar

Socios y vinculados: 70 €

Residentes: 90 €

No asociados: 140 €

**LUGAR:**

C/. Cavanilles, 3. 28007 Madrid

**Solicitud de inscripción en (SOLO POR MAIL):**

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

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

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

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





## RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

### 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 transversal del abdomen) y el diafragma torácico.

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

Para trabajar estas musculaturas se está utilizando la propiocepción. Esta nueva forma de trabajo se basa en la importancia que tiene la toma de conciencia del cuerpo como un "todo" y entender 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](mailto: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





## 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”.

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

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

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



**OBJETIVO:**

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

**CONTENIDOS DEL PROGRAMA DEL CURSO BÁSICO  
DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS :**

- **Ecografía obstétrica.**
- **Inicios, aspectos básicos,**
- **Instrumentación.**
- **Aspectos**
- **Éticos y psicosociales**
  
- **Ecografía primer trimestre de embarazo.**  
Complicaciones primeras semanas de gestación.Limitaciones y resultados de la ecografía obstétrica  
**(Teórica)**
  
- **Ecografía captación (Practica)**
- **Gestantes entre Semana 8-12 de gestación**
  
- **Ecografía segundo trimestre . Estudio anatómico fetal. (Teoría)**
  
- **Ecografía segundo trimestre (Practica)**
  
- **Ecografía tercer trimestre (Teórica)**
  
- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 24- 28 de gestación:**
  
- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 30- 32 de gestación:**
  
- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 36-38 de gestación:**
  
- Conclusiones.**
- Ruegos y preguntas.**
- Resumen puntos**
- Importantes.**



+ de 44 AÑOS + de 44 LOGROS





