

Info MATRONAS

NOVIEMBRE 2023 N.º 81





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 de más, enviándolos a:

infomatronas@gmail.com

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

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M.ª Plata Quintanilla

Isabel Castello López

Carmen Molinero Fraguas

Rosario Sánchez Garzón

Ana Martínez Molina

Elena Fernández García

Ana M.ª Anocibar Marcano

DEPOSITO LEGAL: M-12001-20023

ISBN: 987-84-09-49775-1

www.aesmatronas.com

En este número

❑ ESPECIAL I:

- ÉTICA DE MÍNIMOS: REFLEXIÓN EN EL AQUÍ Y AHORA

❑ HEMOS LEIDO:

- ¿MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEBEN ADHERIRSE A DIETAS BASADAS EN ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL?
- CASO CURIOSO: NIÑO NACIDO TRAS LA MUERTE Y ENTERRAMIENTO DE SU MADRE

❑ MUY INTERESANTE:

- LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE PROVOCADA POR EL TRÁFICO INDUCE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO
- LA NUEVA TECNOLOGÍA PREDICE LOS RESULTADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS TRAS HIPOTERMIA TERAPÉUTICA
- LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL ENTRA EN LA OBSTETRICIA

❑ ENTREVISTA CON:

- ENTREVISTA A ISABEL EGÜES JIMENO

❑ BREVES:

- 7º CONGRESO DE ENFERMERIA ESCOLAR
- IX JORNADAS DEONTOLOGICAS EN MADRID
- JORNADAS CASTELLANO-LEONESAS SOBRE LACTANCIA MATERNA
- 17 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD DE CONTRACEPCIÓN
- 6ª EDICIÓN DE ENTRE DOS MANOS
- CURSO SALUD MENTAL PERINATAL

❑ NOTICIAS DE SIMAES:

❑ BUENAS NOTICIAS:

- SEMANA EUROPEA DE LA LACTANCIA MATERNA
- LAS MATRONAS CORDOBESAS INSTALAN UNA MESA INFORMATIVA PARA VISIBILIZAR EL DUELO PERINATAL...
- OFERTA DE TRABAJO
- XXIII CURSO FORMACIÓN CONTINUADA (GEMMA)
- WOMEN'S HEALTH PROFESSIONAL CARE (WHPC) CAMBIO DE FECHA Y SEDE
- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS

❑ MATRONAS CÉLEBRES:

❑ AGENDA A.E.M.:

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



ÉTICA DE MÍNIMOS: REFLEXIÓN EN EL AQUÍ Y AHORA

Ya han pasado 7 años desde que comencé a escribir en esta sección para nuestra revista y muchos son los temas que he ido abordando, unos más teóricos, otros desde casos prácticos, que trataban aspectos éticos, bioéticos o deontológicos que todo profesional sanitario debería de conocer.

No obstante siempre he intentado contextualizarlo para nuestra profesión, la de matrona, aunque bien podría servir para otros profesionales sanitarios.

Llegada a este punto, y no es que las "Musas" estén de vacaciones, como diría Serrat, he estado reflexionando si no sería interesante parar, ver lo andado, en este caso, escrito, y antes de seguir avanzando con otros temas, que haberlos "haylos" como diría aquél, repasar en qué punto del camino estamos.

A lo largo de estos años hemos avanzado en cuanto a técnicas, protocolos, evidencia científica, y otras cuestiones más cuantificables, pero ¿y sobre la ética, bioética y la deontología (ética profesional)? En mi opinión creo que menos. He sido tutora de EIRs de matrona más de 25 años y esta experiencia me ha permitido observar que lo que estas últimas generaciones demandan o prefieren es más formación en competencias técnicas, sean diagnósticas o terapéuticas. Claro ejemplo es su gran interés en formarse en ecografía.

Muchos son los doctores, más que doctoras, que tenemos dentro de nuestra profesión y otros tantos que aspiran a serlo, ya no porque eso suponga un cambio laboral y competencial, sino por el nivel académico que se puede alcanzar siendo profesores universitarios y así, poder ascender por la vía académica.

Y ¿qué pasa con las habilidades de comunicación? O ¿qué pasa con la ética del cuidado? Entiéndase ética del cuidado a *aquella basada en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos, y de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros*. Así pues, por mucha técnica o conocimientos que se tengan, como ya he dicho cientos de veces, sin la ética, no se ejerce bien la profesión. No sé muy bien si realmente las nuevas generaciones, y también las anteriores, son conscientes de que la ética personal (moral) está en nuestro día a día, en cada decisión que tomamos y que la deontología, como ética aplicada a una profesión, también queda reflejada en nuestro día a día en nuestro quehacer, en nuestra praxis. De hecho, me atrevería a decir que mantener unos valores y principios en los que crees, personales o profesionales, tiene un alto coste emocional, personal y por supuesto, profesional.

Me explico: no en pocas ocasiones, el sistema te "corrompe", es decir, caes en una inercia de desidia o desmotivación (burnout) que empeora tu calidad profesional. El propio sistema no está hecho para incentivar la calidad profesional, aunque a los políticos se les llene la boca con eso, no es cierto, si luego no te proporcionan unos mínimos recursos para hacer bien tu trabajo. Y por otra parte, mantenerse y ser constante en un ambiente hostil donde acabas siendo "el rarito o la rarita" porque no haces "lo que todo el mundo hace" e incumples eso de "*aquí se ha hecho así de toda la vida*", supone un desgaste tan grande a tantos niveles que, por puro instinto de supervivencia emocional, acabas sucumbiendo a la inercia y "evitarte" así algunos disgustos y sofocones.

Me explico: no en pocas ocasiones, el sistema te "corrompe", es decir, caes en una inercia de desidia o desmotivación (burnout) que empeora tu calidad profesional. El propio sistema no está hecho para incentivar la calidad profesional, aunque a los políticos se les llene la boca con eso, no es cierto, si luego no te proporcionan unos mínimos recursos para hacer bien tu trabajo. Y por otra parte, mantenerse y ser constante en un ambiente hostil donde acabas siendo "el rarito o la rarita" porque no haces "lo que todo el mundo hace" e incumples eso de "*aquí se ha hecho así de toda la vida*", supone un desgaste tan grande a tantos niveles que, por puro instinto de supervivencia emocional, acabas sucumbiendo a la inercia y "evitarte" así algunos disgustos y sofocones.





En resumen, al final, la buena praxis (técnica más ética) acaba cayendo en el propio sentido de la responsabilidad profesional y personalidad que tengas, en tu voluntad, en tu manera de gestionarlo y en una suerte de “lotería” para la persona que atendemos. Sí, así como suena, “una lotería o suerte que me tocó fulanito o menganita, más majos, que simpáticos, etcétera”, segura estoy de que todas y todos, en algún momento de nuestra vida, hemos dicho o escuchado una frase como esa, no en vano, todas y todos, pasamos por algún proceso como pacientes o como acompañantes (que no sé qué es peor) quedando en el ámbito de lo personal, de la actitud del profesional, lo que debería ser una **ética de mínimos**, más allá de la buena educación.



MARCO CONCEPTUAL

No hace tantos años, que se estudia “algo de bioética” en la formación de grado de algunas profesiones sanitarias, a lo sumo en un trimestre o cuatrimestre en alguno de los cursos, y sólo los profesionales con “interés” en los dilemas o aspectos éticos que se plantean, en el día a día del desarrollo de su profesión, profundizan en esta formación (excluyo a los coleccionistas de puntos para méritos, claro), por lo que es una asignatura pendiente de ampliar en la mayoría de las formaciones sanitarias. Me atrevería a decir, y puede que esté en un error, ¡ojalá!, que este interés ha despertado ante una sociedad más exigente en el cumplimiento de “sus” derechos, recogidos en diferentes leyes que, asimismo, deberíamos conocer todos como potenciales pacientes, cuando a los profesionales se les ha “exigido” en cumplimiento de sus deberes u obligaciones, muchas de ellas, en aspectos ético-legales.

Dicen que el desconocimiento de la ley no te exime de cumplirla, pero ¿Quién vigila que eso sea así? ¿Tiene que ser a base de reclamaciones o denuncias en el SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente) u otro departamento ?, ¿De agradecimientos escritos al personal de ese día o de esa guardia?. El profesor Dr. D. Gracia decía en sus clases, que **hay una ética de mínimos que debe ser exigible en cualquier profesional, en especial si es sanitario, y una ética de máximos que sería deseable para alcanzar la excelencia profesional**. Veamos lo que esto significa.

Según el profesor Gracia¹ la bioética debe contener unos principios mínimos y exigibles a todo profesional sanitario, y que la Ética debe ser:

- a) Una **ética secular, civil, racional y no directamente religiosa**, que no significa que no haya libertad de conciencia, sino que significa que debe ser posible un acuerdo moral sobre los mínimos aceptables por todos y a todos exigibles, que constituya el núcleo de la “ética civil” de la colectividad profesional, es decir, que sea racional y no creencial (basado en creencias personales).
- b) Una **ética pluralista, universal**, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior.
- c) **Autónoma y no heterónoma**, es decir, partir del propio sujeto y no impuesta desde fuera, sea desde lo religioso, social, etc. Según este autor, **“es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad, y por ello mismo en tribunal inapelable: eso es lo que se denomina “conciencia” y “voz de la conciencia”**.



d) Y debe ser **racional**, que no significa racionalista.

e) Finalmente, la moderna ética aspira a **ser universal** y, por tanto, a ir más allá de los puros convencionalismos morales. La razón ética, como la razón científica, aspira al establecimiento de leyes universales, aunque siempre abiertas a un proceso de continua revisión.

Dicho todo lo anterior, los cuatro principios éticos (Ética Principialista) de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, que seguro conocéis, a su vez se diferencian en dos niveles:

- **Nivel 1: “ética de mínimos”**, exigible a cualquier profesional, para los principios la no maleficencia y la justicia.

- **Nivel 2: “ética de máximos”**, deseable, para los principios de beneficencia y autonomía.



Es importante conocer esto, porque en caso de conflicto, los de nivel 1 tienen prioridad sobre los del nivel 2. Pero todo esto ¿qué quiere decir? Pues que las obligaciones públicas siempre tienen prioridad sobre las privadas. Según el profesor Gracia *“a los mínimos morales se nos puede obligar desde fuera, en tanto que la ética de máximos depende siempre del propio sistema de valores”*.

CONCLUSIONES

Y llegados a este punto y para no complicar más el artículo, quizá nos deberíamos plantear si nuestros valores profesionales engloban derechos y deberes que las leyes y los códigos deontológicos recogen, que son exigibles como obligaciones de un sistema público de salud y por tanto, de sus trabajadores; a saber, la **confidencialidad** (protección de datos, por ejemplo, su incumplimiento es delito), requieran el derecho a la **intimidad**, el derecho a la **información veraz** y el deber de proporcionarla siempre y cuando el o la paciente quiera recibirla o la soliciten, **respeto a la dignidad** en cualquier etapa y proceso de la vida o muerte de una persona, el respeto a la **toma de decisiones** (derecho de autonomía) derivada de la información recibida, que puede cambiar o no unos proyectos vitales, se ajuste o no esta toma de decisiones a nuestros propios valores; debemos dejar de ser tan paternalistas en la relación sanitario- paciente, y aprender a ponernos en la piel del otro sin ser el otro, o lo que muchos llaman **ser empáticos**.

Y pregunto, ¿estos y otros principios y valores deben ser exigibles a los profesionales por parte de quien gestiona? Yo creo que sí porque todos y cada uno, redundan en los principios de primer nivel, justicia y no maleficencia. Si además forman parte de nuestra moral, pues mejor, más sencillo es ejercer nuestra profesión de cuidados a las mujeres y sus familias, y más factible podrá ser llegar a la excelencia profesional.

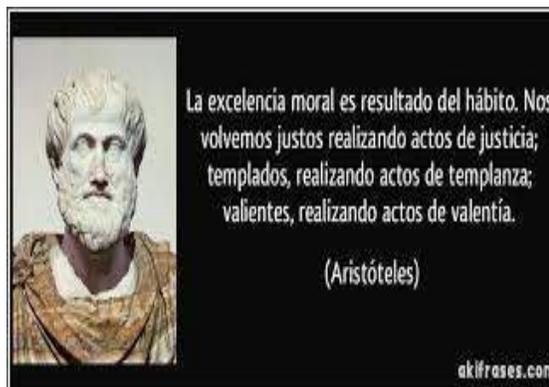




No confundamos todo lo anterior con la educación básica, también en lo personal, que debe venir ya de casa o por lo menos de la facultad, y que no solo en lo profesional, también en lo personal brillan por su ausencia. Decir “buenos días” al entrar a una habitación, dilatación o consulta, “presentarse” para que sepan con quién hablan y no nos metan a todos y todas en un mismo saco, porque en juicios he presenciado la confusión de la paciente entre la matrona/enfermera y la TCAE (auxiliar). También sería recomendable desarrollar habilidades para aprender a mostrar interés, desarrollar la escucha activa, ser capaz de mirarle a los ojos, observar sus gestos, en fin, esto ya formaría parte de lo personal y por lo tanto, deseable en cualquier profesional, máxime si es sanitario.

Para ir concluyendo, que no se nos olvide NUNCA que si alguien quiere ser mediocre o mal profesional, por muchos conocimientos que tenga, muchas técnicas que maneje o muchos títulos que posea, posiblemente también sea mediocre como persona.

Y en el “**aquí y ahora**” y para las compañeras y compañeros que leen este artículo les recomiendo que: paren, reflexionen, chequeen cuáles son sus puntos débiles, sus fortalezas, lo mejorable, lo cambiabile o modificable, lo potenciable, lo que dependa de uno, lo que dependa de otros, lo que es, lo que quiere ser, en resumen, tomar conciencia de cómo está su traje ético y deontológico, porque la persona que tiene delante no es responsable de sus frustraciones o insatisfacciones, laborales o personales.



Y como siempre una frase de Aristóteles que yo misma me digo cuando a veces, como cualquiera, pierdo el rumbo de mi conciencia imperfecta y que dice: ***“Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo, y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo”.***

Y como este es el último **Infomatronas** del año, como propósito para el 2024 que viene: **“ser mejores y seguir creciendo personal y profesionalmente”**, hemos elegido una profesión que nos obliga, aunque sea mínimamente, a intentar aspirar a ser excelentes personas primero, para ser excelentes profesionales después.

¡¡Hasta el próximo año 2024, con más y si puede ser, mejor!!

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

Referencias:

1-Ética Médica. D. Gracia. Capítulo 33 del libro Medicina Interna. Ed. Farreras Rozman (13ª edición)

¿MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEBEN ADHERIRSE A DIETAS BASADAS EN ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL?



Una dieta basada principalmente en alimentos de origen vegetal se asoció con un menor riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo, según los resultados de una investigación publicada en *American Journal of Obstetrics and Gynecology*: "Pregnancy plant-based diets and risk of hypertensive disorders of pregnancy".

El estudio de cohorte prospectivo dio seguimiento a 11.459 mujeres a lo largo de 18 años (1991-2009) y evaluó la dieta desde el inicio utilizando un cuestionario validado de frecuencia y calidad de los alimentos de origen vegetal. Esta herramienta permitió calcular el índice de dieta basada en plantas (*plant-based diet index-PDI*) incluso entre los participantes omnívoros. Una puntuación más alta indica una mayor adherencia al PDI.

Se trataba de saber cómo la dieta anterior influye en el embarazo, por lo que se dio seguimiento a las mujeres prácticamente durante su vida reproductiva entera, casi 20 años, sabiendo su dieta usual antes de la gestación, explicaba el médico líder del trabajo, el Dr. Jorge E. Chavarro, profesor de nutrición, epidemiología y medicina en las Escuelas de Salud Pública y Medicina de la Universidad de Harvard, Estados Unidos. Su área de investigación es estudiar cómo la nutrición y estilo de vida tiene un impacto en la salud reproductiva y la salud en general de las mujeres a lo largo de la vida.

El análisis de los datos del Estudio de Salud permitió detectar que a medida que cambiaban las proporciones: la de productos animales disminuía y la de vegetales aumentaba el riesgo de que las mujeres tuvieran trastornos hipertensivos del embarazo también disminuía.

Las mujeres en el quintil más alto de PDI se asociaron significativamente con un menor riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en comparación con las del quintil más bajo.

Las mujeres en el quintil más alto de PDI tuvieron un riesgo un 24 % menor de trastornos hipertensivos del embarazo que aquellas en el quintil más bajo. El riesgo de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo disminuyó en un patrón lineal con aumento de PDI, mientras que la relación de PDI con preeclampsia se restringió a mujeres en el quintil más alto de adherencia.

"Fue más claro para la hipertensión del embarazo que para la preeclampsia, pero la dieta basada principalmente en alimentos de origen vegetal parecía ser protectora para ambas", señaló el Dr. Chavarro, añadiendo que además de los problemas que generan en el embarazo, ambas aumentan el riesgo de sufrir otras enfermedades crónicas más adelante. "¿Será que factores de estilo de vida modificables tanto antes como durante el embarazo pueden no solo ayudar a reducir problemas en la gestación, sino también a prevenir problemas de salud de la mujer años más adelante? Esa fue la motivación general del estudio".

Nadie discute que el tomate es saludable, pero ¿y las patatas fritas?

La mayor parte del beneficio se deriva del patrón de dieta de origen vegetal en su conjunto y no en la asociación individual de cualquier alimento. Pero estos estudios utilizan un puntaje de lo que es y no es saludable.

La dieta se evaluó cada cuatro años (a partir de 1991) utilizando un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de alimentos (FFQ) que registró el consumo de 131 alimentos y bebidas durante el año anterior, en términos de la frecuencia, en promedio, en que los participantes consumían cada alimento. Se asignaron 18 grupos de alimentos en tres categorías: alimentos vegetales saludables (granos enteros, frutas, verduras, nueces, legumbres, aceites vegetales, té y café), alimentos vegeta-

les poco saludables (zumos de frutas, granos refinados, patatas, bebidas azucaradas, dulces y postres) y alimentos de origen animal (lácteos, huevos, pescado o mariscos, carne y alimentos diversos de origen animal).

Los alimentos vegetales saludables se convirtieron en puntuaciones positivas, mientras que los vegetales menos saludables y los grupos de alimentos de origen animal se tradujeron en puntuaciones inversas. La ingesta de cada grupo de alimentos se clasificó en PDI utilizando quintiles. Las mujeres en el quintil más alto de PDI se asociaron significativamente con un menor riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en comparación con las mujeres en el quintil más bajo. Hubo una relación dosis-respuesta inversa entre PDI y el riesgo de la enfermedad. *"Una dieta vegetariana no tiene por qué ser más saludable que una no vegetariana si está basada en alimentos superfluos como patatas fritas y bebidas refrescantes, destacó la Dra. Sotos-Prieto. La diferencia radica en la calidad de los alimentos de origen vegetal, ahí está la diferencia entre la saludable y no saludable"*.

¿Es preciso abandonar la carne?

No se trata de abandonar la carne de forma definitiva.

"En el quintil más alto tampoco son mujeres vegetarianas o veganas, pero comen mucho menos alimentos de origen animal que las otras", puntualizó, agregando que las dietas vegetarianas o veganas no son incompatibles con un embarazo saludable. "Todos los veganos saben cómo encontrar la vitamina B12 en suplementos".

¿Es la dieta o la pérdida de peso?

Gran parte del beneficio observado en el estudio parece estar relacionado con un mejor control del peso.

El índice de masa corporal entre la evaluación dietética y el embarazo explicaba el 39 % de la relación entre PDI y trastornos hipertensivos del embarazo, y el 48 % de la relación entre PDI y enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

Las mujeres que adoptaron la dieta con más alimentos de origen vegetal ganaron peso más lentamente que las que tienen mayor consumo de alimentos de origen animal. *"Son diferencias por las trayectorias de peso durante muchos años, por lo cual parte de la asociación que vemos tiene que ver con mejor control de peso a largo plazo, pero la otra mitad de la asociación es atribuible a la dieta per se y no necesariamente al peso"*. En la discusión del artículo los autores sugieren para explicarlo, mecanismos de acción en la disfunción endotelial, la inflamación o la presión arterial antes del embarazo.

Sotos-Prieto considera este punto **"realmente relevante"**. En su opinión, pone de manifiesto que para la población de mujeres embarazadas es muy importante controlar el peso al inicio del embarazo, que también puede mejorar otros factores, como la diabetes gestacional. *"Creo que las medidas preventivas deberían enfocarse en eso y en base a estos resultados se pone en evidencia que tiene que haber intervenciones para aumentar las probabilidades de comenzar un embarazo con un peso adecuado. Y esto incluye la modificación de la dieta"*.

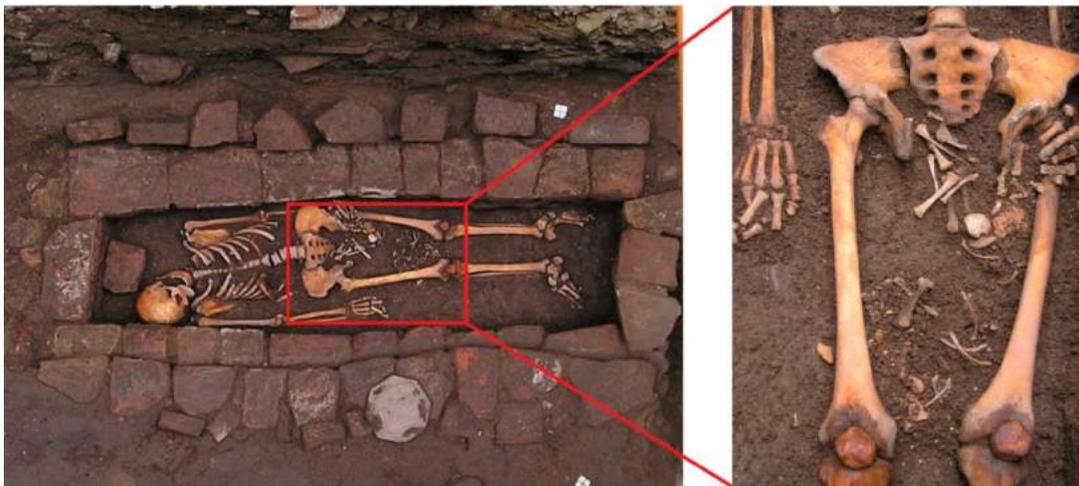
Estudio completo accesible: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(23\)00548-3/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(23)00548-3/fulltext)

CASO CURIOSO: NIÑO NACIDO TRAS LA MUERTE Y ENTERRAMIENTO DE SU MADRE

Hallazgo de una mujer fallecida a consecuencia de una trepanación craneal que, una vez enterrada, expulsó al feto.

En algún número anterior de INFOMATRONAS, informamos de un caso similar al que presentamos hoy y denominado “nacimiento de ataúd”, refiriéndose a la extrusión del feto no viable a través de la abertura vaginal del cuerpo en descomposición de una mujer embarazada fallecida como resultado de la presión creciente de los gases intraabdominales.

El caso se remonta a 2018, cuando un equipo de arqueólogos de la Universidad de Ferrara y de la Universidad de Bolonia descubrieron, en la ciudad medieval de Imola, Italia, la tumba en piedra de una mujer, datada en 1.300 años de edad. Un agujero en la cabeza y un feto entre las piernas, eran los dos misterios a los que se enfrentaba el equipo de arqueólogos y cuyas conclusiones presentaron en la Revista World Neurosurgery bajo el título: “Neurosurgery on a Pregnant Woman with Post Mortem Fetal Extrusion: An Unusual Case from Medieval Italy” *



Imágen de Pasini y cols. 2018*

Las conclusiones de los investigadores fueron que estos restos óseos pueden representar un extraño ejemplo de una técnica de **cirugía cerebral** llamada **trepanación** en la Edad Media.

Este procedimiento implica la perforación o raspado de un agujero en el cráneo del paciente para **aliviar la presión** y (teóricamente) toda una serie de dolencias médicas. En este caso, lamentablemente, ese alivio pudo no haber sido suficiente. La hipótesis del equipo de investigación es que la mujer embarazada sufrió **preeclampsia o eclampsia** [dos condiciones de embarazo que implican presión arterial alta] y fue tratada con una trepanación frontal para aliviar la presión intracraneal, a pesar de lo cual, la mujer no **sobrevivió y murió con el feto in-útero**.

Debido a que los restos de la mujer fueron encontrados boca arriba y rodeados de piedras cortadas, los investigadores concluyeron que fue **enterrada intencionalmente** y que probablemente no la habían movido ni alterado hasta ahora.

Del estudio se dedujo que la mujer tendría **entre 20 y 30 años** y parecía estar cerca del final de su embarazo cuando fue enterrada. Aunque el **sexo** del bebé fue **imposible de determinar**, las mediciones de las piernas indicaron que estaba cerca de la **semana 38** de gestación. En la parte supe-

rior del cráneo de la mujer, los investigadores detectaron un **pequeño agujero circular de 4.6 milímetros de diámetro**, un poco más pequeño que el diámetro de un lápiz. La punción fue **precisa y redonda**, lo que sugiere que **no fue fruto de la violencia** o de un golpe único y extremo, afirman los investigadores.

Más bien, la herida parecía consistente con la **perforación directa** y repetidas veces en el hueso, un sello distintivo de algunas **cirugías de trepanación**, según el estudio. Debido a que el cráneo mostraba signos tempranos de cicatrización cerca de la herida, es probable que el agujero fuera hecho al menos **una semana antes de la muerte** de la mujer, no de forma póstuma, según los científicos.

Puesto que la trepanación se solía usar en el tratamiento de la hipertensión para reducir la presión sanguínea en el cráneo, la teoría del equipo es que la lesión craneal detectada podría estar asociada con el tratamiento de un **trastorno hipertensivo del embarazo**, como la preeclampsia.

Este hallazgo es uno de los pocos casos documentados de trepanación en la Alta Edad Media europea, y el único que presenta a una mujer embarazada en asociación con un fenómeno de expulsión fetal post mortem.

Las razones, que soportan la aparente contradicción de la alta mortalidad materna y fetal en la Antigüedad y la escasez de pruebas, son variadas. De un lado, las causas se remontan a las operaciones de campo: en muchos casos los enterramientos no son excavados por antropólogos, confundiendo a veces huesos de fetos con restos de microfauna u olvidándolos por completo (en Italia no es obligatorio contar con antropólogos durante las excavaciones) de restos humanos); por otro, los factores tafonómicos y la fragilidad de estos restos osteológicos pueden llevar a su pérdida total.

La "invisibilidad" arqueológica también puede surgir de causas contingentes: la madre y el niño deben haber muerto juntos para que la mujer pueda ser enterrada junto con el feto, en el útero o parcialmente nacido, para que quede documentado en el registro arqueológico.

La escasez de casos de "nacimiento de ataúd", también podría estar relacionada con la creencia de que el niño no bautizado en el interior de una madre muerta constituiría una amenaza a la santidad del cementerio.

La Section in mortua ("un corte en la mujer muerta"), o la "sección cesárea", como se la denominó más tarde, surgió por primera vez en la correspondencia eclesiástica medieval temprana y fue cada vez más ordenada por los concilios de la Iglesia a partir del siglo XII en adelante.

Tomás de Aquino argumentó que "la muerte eterna es un mal mayor que la muerte del cuerpo... Por lo tanto, si el niño en el vientre de la madre no puede ser bautizado, sería mejor que la madre fuera abierta y que el niño fuera sacado por fuerza y bautizado".

Como prácticamente no había posibilidad de sobrevivir a un procedimiento de este tipo en una época anterior a la cirugía estéril, la práctica se aplicaba sólo a mujeres embarazadas ya fallecidas. La partera abría el útero, extraía al niño y rápidamente realizaba un bautismo de emergencia. En la minoría de casos, en los que una partera no administró el sacramento antes de la muerte del niño, la extracción del útero de un bebé fallecido no bautizado permitió que el cuerpo de la madre fuera enterrado en tierra sagrada.

A pesar de la promoción del procedimiento por parte del derecho canónico, *la section in mortua* se introdujo lentamente en los textos médicos durante los siglos XIV y XV y solo se han documentado una docena de casos antes de 1550.

Fuente: antropohistoria.com

LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE PROVOCADA POR EL TRÁFICO INDUCE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO



Los investigadores de UT Southwestern encuentran una conexión entre los altos niveles de exposición y los resultados neonatales adversos.

La exposición a la contaminación del aire relacionada con el tráfico durante el embarazo se asocia con complicaciones neonatales graves, según un estudio realizado por investigadores del UT Southwestern Medical Center que comparó registros de más de 60.000 nacimientos con datos de monitoreo del aire.

Los investigadores encontraron que las pacientes embarazadas que vivían en un área urbana con niveles elevados de dióxido de nitrógeno (uno de los principales componentes de los gases de escape de los automóviles y camiones) tenían tasas más altas de parto prematuro, incluido el parto espontáneo extremadamente prematuro (nacidos antes de las 28 semanas). Además, hubo aumentos en las admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), problemas respiratorios infantiles y otros resultados adversos.

El estudio, que se basa en investigaciones anteriores en UT Southwestern, se publicó en el [American Journal of Obstetrics & Gynecology](#): **Traffic-related air pollution is associated with spontaneous extremely preterm birth and other adverse perinatal outcomes.**

"Estos hallazgos sugieren que la contaminación del aire provocada por el tráfico intenso es una amenaza significativa para las mujeres embarazadas, así como para la salud de sus hijos después del parto", afirmó el investigador principal. "La relación entre la exposición a la contaminación del aire y las afecciones respiratorias en niños y adultos está bien establecida, pero este estudio es novedoso al identificar las consecuencias para la población perinatal".

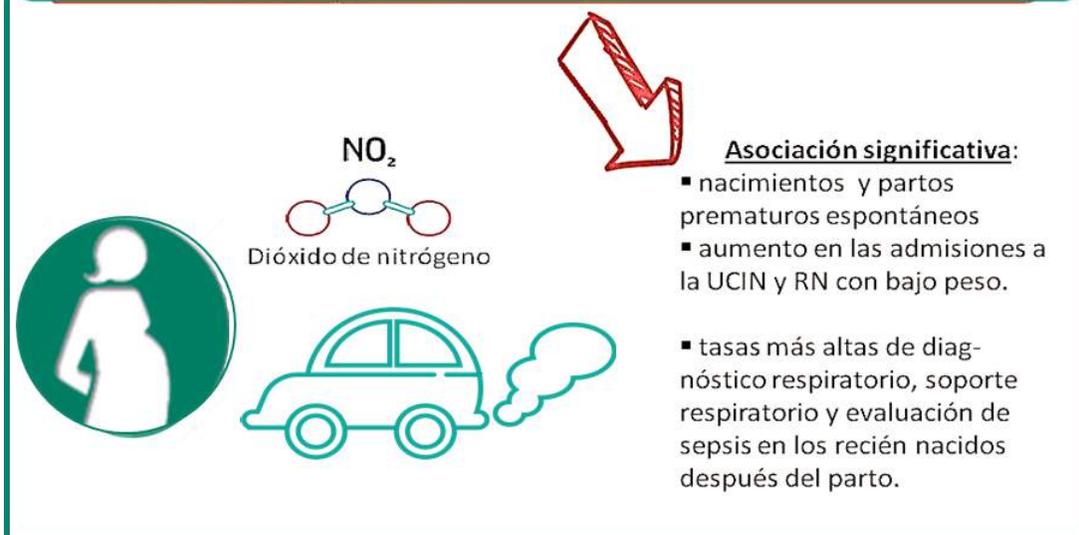
El Dr. Nelson señaló que si bien los resultados demuestran una asociación entre los niveles de contaminación del aire y el nacimiento prematuro, el estudio no encontró una relación causal.

La investigación implicó un estudio retrospectivo de embarazos entre pacientes residentes en el área metropolitana de Dallas y que dieron a luz en el Parkland Memorial Hospital, el principal hospital universitario de UT Southwestern, entre enero de 2013 y diciembre de 2021. Para probar la asociación entre la contaminación relacionada con el tráfico y la mortalidad neonatal, las concentraciones promedio de dióxido de nitrógeno en el área se obtuvieron de la base de datos del Sistema de Calidad del Aire de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) y se compararon con los resultados del embarazo para pacientes que vivían dentro de 10 millas de una estación de monitoreo del aire.

La exposición promedio al dióxido de nitrógeno se calculó para cada paciente embarazada por trimestre y se utilizaron modelos de regresión para evaluar el efecto de la exposición a contaminantes en la edad gestacional al nacer. Los investigadores también analizaron el parto inducido versus el espontáneo, así como los resultados neonatales, al mismo tiempo que ajustaron otros factores como la edad materna. Se incluyeron más de 62.000 pacientes embarazadas, todas ellas expuestas al dióxido de nitrógeno.

El estudio encontró que los niveles más altos de exposición al dióxido de nitrógeno durante el embarazo se asociaron significativamente con los nacimientos prematuros, incluidos los

EL PERIODO DE MAYOR SUSCEPTIBILIDAD A LOS CONTAMINANTES ATMOSFERICOS SE ENMARCA ENTRE LA CONCEPCIÓN Y LOS 5 AÑOS DE VIDA



Asociación significativa:

- nacimientos y partos prematuros espontáneos
- aumento en las admisiones a la UCIN y RN con bajo peso.
- tasas más altas de diagnóstico respiratorio, soporte respiratorio y evaluación de sepsis en los recién nacidos después del parto.

partos prematuros espontáneos, y con un aumento en las admisiones a la UCIN y en los bebés con bajo peso al nacer.

Los investigadores también encontraron una asociación con tasas más altas de diagnóstico respiratorio, soporte respiratorio y evaluación de sepsis en los recién nacidos después del parto.

Cuando se evaluó la relación con el dióxido de nitrógeno para determinar la mayor gravedad del parto prematuro, la asociación fue mayor entre los nacimientos prematuros tempranos. Las posibilidades de parto prematuro con menos de 28 semanas de gestación fueron ocho veces mayores para los embarazos expuestos a los niveles más altos de contaminación del aire en comparación con los más bajos. Los datos se ajustaron por edad materna, raza autoinformada, paridad, época de concepción, diagnóstico de diabetes mellitus, índice de equidad en salud registrado, región de seguimiento e índice de masa corporal.

"Es un desafío decir cuánta exposición al dióxido de nitrógeno es demasiada, pero es importante señalar que muchos de los pacientes en nuestro estudio experimentaron impactos clínicos por la exposición a niveles de dióxido de nitrógeno que estaban dentro de los límites permitidos por la EPA", dijo el Dr. Nelson. "Las pacientes embarazadas en áreas urbanas con mucho tráfico pueden tener trabajos o tener otras responsabilidades que dificultan minimizar su exposición y, a menudo, ya corren un mayor riesgo de sufrir resultados perinatales adversos dados los otros obstáculos sociales que enfrentan. Estos hallazgos resaltan aún más cómo el medio ambiente puede afectar la salud materno-infantil".

Fuente; UT Southwestern Medical Center

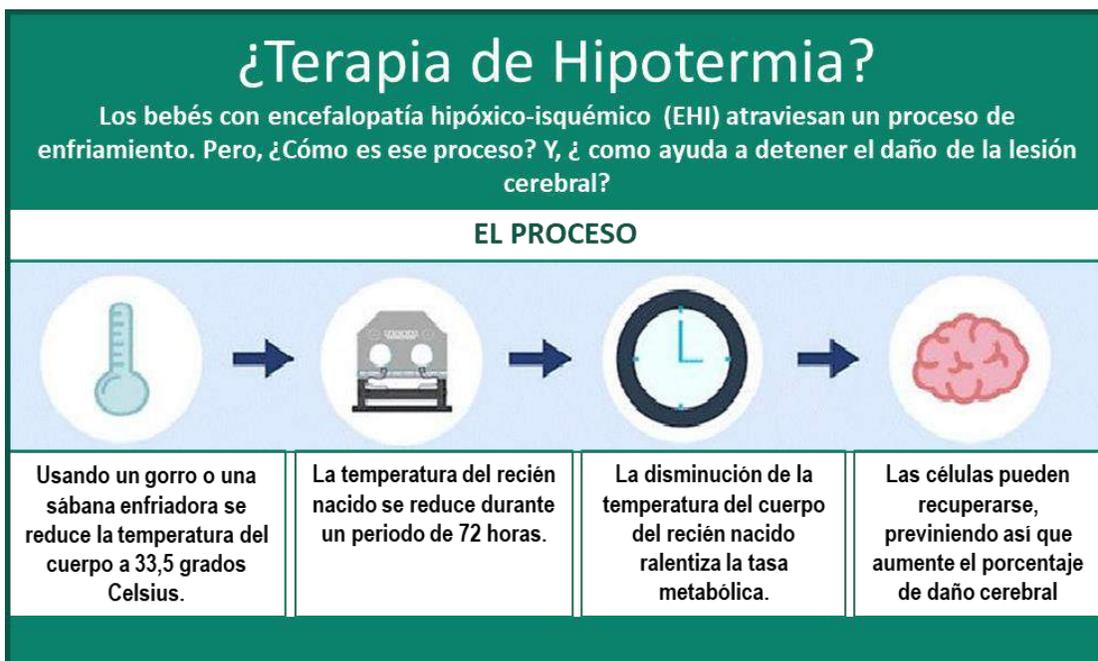
LA NUEVA TECNOLOGÍA PREDICE LOS RESULTADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS TRAS HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

La hipotermia terapéutica se está convirtiendo en el tratamiento estándar para minimizar las lesiones cerebrales; enfriar la cabeza o todo el cuerpo del recién nacido durante tres días, ralentiza el metabolismo celular y permite que las células cerebrales eviten lesiones y se recuperen.

¿Cómo les va a los niños después de este tratamiento? Un estudio multicéntrico prospectivo del Boston Children's Hospital es el primero en investigar el vínculo entre el metabolismo cerebral el día después de la hipotermia por encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) y el desarrollo neurológico posterior de los niños. Encontró que el metabolismo cerebral (específicamente, la tasa metabólica cerebral del consumo de oxígeno) es un predictor sensible de los resultados cognitivos y motores de los bebés a los 18 meses.

La mayoría de los métodos actuales de monitorización cerebral que utilizan espectroscopia de infrarrojo cercano (NIRS) analizan la saturación de oxígeno. Pero no controlan el consu-

mo de oxígeno, lo que requiere también medir el flujo sanguíneo cerebral. Durante las últimas dos décadas, la Dra. Ellen Grant, directora del Centro de Ciencias del Desarrollo y Neuroimagen Fetal-Neonatal, y su equipo del Boston Children's han puesto a prueba una tecnología no invasiva junto a la cuna para medir el metabolismo del oxígeno en el cerebro de los recién nacidos (CMRO). Combina la forma más precisa de NIRS en el dominio de la frecuencia (FDNIRS), que permite mediciones cuantitativas más consistentes del tejido cerebral, junto con la espectroscopia de correlación difusa (DCS), una nueva tecnología para medir el flujo sanguíneo.



MUY INTERESANTE

El CMRO₂ respondió aproximadamente 10 veces más a los cambios de temperatura durante el enfriamiento que la saturación de oxígeno del NIRS, lo que indica que es un indicador más sensible de los efectos del tratamiento. Entre los 22 bebés con datos de seguimiento de 18 meses, CMRO₂ después del recalentamiento predijo resultados cognitivos y motores en las Escalas Bayley de desarrollo infantil. Por el contrario, la saturación de oxígeno NIRS o la resonancia magnética no mostraron asociaciones con los resultados.

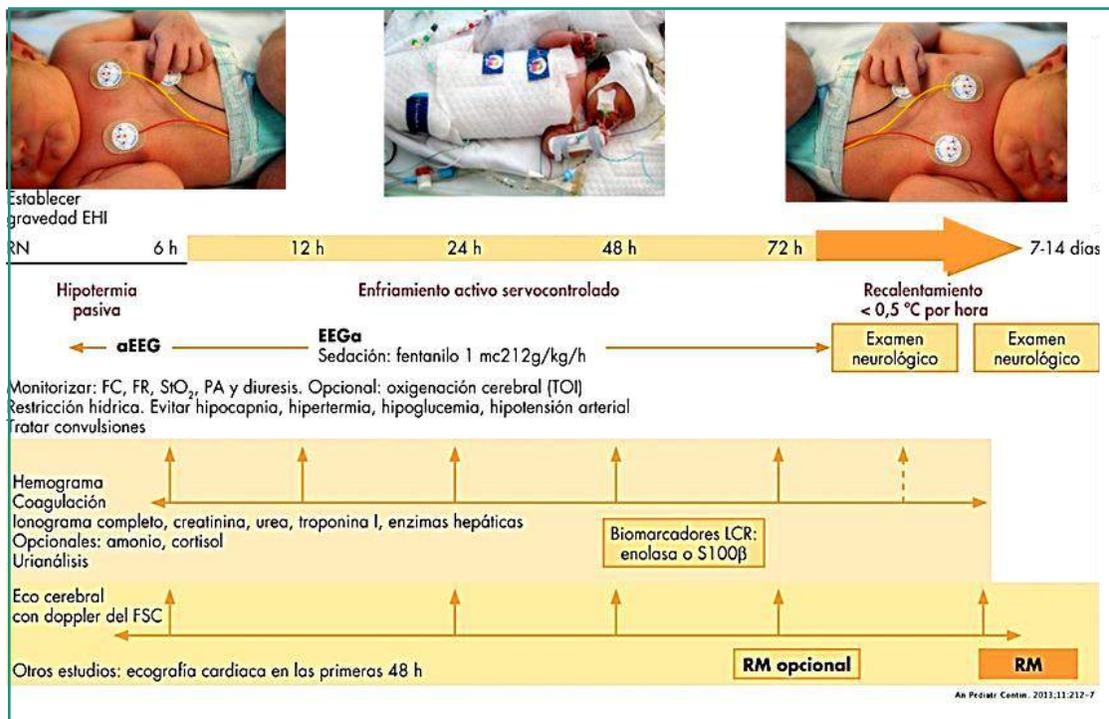
CMRO₂ fue especialmente útil para predecir los resultados del desarrollo neurológico de los bebés con EHI leve, a quienes a menudo se les realizaban resonancias magnéticas de apariencia normal, dice Grant.

Los hallazgos también sugieren que la EHI leve tiene un impacto mayor en el desarrollo de los niños de lo que se pensaba anteriormente. Eso podría significar que la hipotermia puede beneficiar incluso a los recién nacidos con EHI leve, una cuestión que el equipo quiere explorar más a fondo. Como mínimo, CMRO₂ podría ayudar a identificar a los bebés que se beneficiarían de servicios adicionales.

Acceso artículo completo: Association of cerebral metabolic rate following therapeutic hypothermia with 18-month neurodevelopmental outcomes after neonatal hypoxic ischemic encephalopathy.

Disponible:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396423002384>



Esquema de manejo y control del recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. EEGa: encefalopatía integrada por amplitud; EHI: encefalopatía hipóxico-isquémica; FC: frecuencia cardiaca; FR: frecuencia respiratoria; FSC: flujo sanguíneo cerebral; LCR: líquido cefalorraquídeo; PA: presión arterial; RM: resonancia magnética; RN: recién nacido.

Imagen tomada de: Alfredo García Alix A., Alarcón Allen A. "Hipotermia terapéutica en el recién nacido a término o casi término con encefalopatía hipóxico-isquémica."

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL ENTRA EN LA OBSTETRICIA



Desde mejorar la precisión del diagnóstico y predecir las complicaciones del embarazo, hasta personalizar los planes de tratamiento y mejorar la educación de la usuaria, la IA tiene el potencial de revolucionar la atención médica de la mujer.

Ultrasonido

En una revisión titulada “Introducción a la inteligencia artificial en la ecografía en obstetricia y ginecología”, Drukker describió varios usos potenciales de la ecografía obstétrica, muchos de los cuales han dado sus frutos:

- (1) guía de sonda,
- (2) buscador del plano biométrico fetal,
- (3) integridad del escaneo de anomalías,
- (4) resaltado de anomalías,
- (5) utilización de todas estas capacidades para educar mejor (y en tiempo real) tanto a los ecografistas como a los estudiantes de obstetricia.

Desde la publicación de Drukker, la IA en la ecografía obstétrica ha demostrado ser experta en identificar planos biométricos y la presencia o ausencia básica de malformaciones anatómicas, completar una ecografía anatómica e incluso clasificar un ecocardiograma fetal completo. Recientemente, se descubrió que una red neuronal entrenada para estimar la edad gestacional a partir de barridos de ultrasonido, del abdomen grávido, obtenidos a ciegas genera una edad gestacional estimada más estrechamente alineada con la edad gestacional real que una edad gestacional estimada de ecografistas capacitados que realizan biometría fetal estándar.

En conjunto, es probable que el uso de la IA en la ecografía obstétrica siga aumentando, impulsado por la innovación, la analogía con otros campos radiológicos y el interés de los médicos.

Interpretación de la frecuencia cardíaca fetal

Los intentos de utilizar sistemas computarizados en la interpretación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) se han desarrollado casi desde la disponibilidad de la monitorización

fetal electrónica continua.

La aplicación de la IA a la interpretación de la FCF se puede clasificar en 2 objetivos generales:

- (1) Automatizar alertas para un sistema de clasificación prescrito.
- (2) Identificar nuevos patrones de anomalías que puedan predecir el sufrimiento fetal.

Aunque la automatización de alertas para un sistema de clasificación destinado a predecir el sufrimiento fetal ha demostrado ser similar a la automatización de alertas en registros médicos electrónicos para anomalías de los signos vitales en pacientes adultos, los resultados tanto en la práctica clínica como en la investigación han sido menos impresionantes. El ensayo más grande de un sistema de alerta computarizado hasta la fecha fue el estudio INFANT (NCT02010710), un ensayo controlado aleatorio de 46.042 pacientes embarazadas en 24 hospitales del Reino Unido e Irlanda.

En este estudio, no hubo diferencias en los resultados neonatales o maternos entre aquellos que recibieron apoyo complementario para la toma de decisiones clínicas a través del sistema INFANT y aquellos que fueron tratados sin este sistema.

Por el contrario, la evaluación de los patrones de la frecuencia cardíaca fetal se ha mostrado ligeramente más prometedora. Georgieva y sus colegas de la Universidad de Oxford en Inglaterra han desarrollado el sistema OxSys, un modelo basado en redes neuronales convolucionales multimodales, que ha identificado hallazgos novedosos como la capacidad de desaceleración, un término que describe la combinación de frecuencia, profundidad y pendiente de cualquier desaceleración en la frecuencia cardíaca fetal.

De manera similar, Zhong et al desarrollaron CTG-Net, un sistema para identificar nuevos patrones y permitir la monitorización fetal remota centralizada, un enfoque que también se ha mostrado prometedor en ensayos en Estados Unidos. Aunque la capacidad de estos sistemas para identificar patrones novedosos es intrigante, no están listos para una adopción generalizada. Se necesitan estudios adicionales para comprender la implementación óptima de las recomendaciones basadas en IA, en particular aquellas generadas mediante modelos de aprendizaje profundo que identifican patrones o hallazgos que pueden no ser visibles para el ojo del observador médico.

Modelado predictivo

Los obstetras (y matronas) no son ajenos al uso de datos clínicos en modelos predictivos que tienen como objetivo identificar a quienes corren riesgo de sufrir resultados perinatales adversos. En los últimos años, la IA se ha utilizado cada vez más para generar estos modelos. El modelado predictivo que utiliza IA de aprendizaje automático difiere del modelado predictivo tradicional. En el aprendizaje automático, la computadora aprende patrones clínicos para hacer predicciones, mientras que en el modelado predictivo tradicional, los humanos programan los datos clínicos en el modelo. En otras palabras, el papel de la computadora en el modelado tradicional

versus el modelado de aprendizaje automático se invierte: donde antes solo se usaba como ayuda computacional, ahora desarrolla el modelo en sí.

Se han desarrollado modelos de IA para predecir todo, desde la preeclampsia hasta la distocia de hombros, desde la hemorragia posparto hasta la depresión posparto y desde el modo óptimo de concepción hasta el modo óptimo de parto. Un tipo de modelado predictivo de IA que se está desarrollando recientemente es el procesamiento del lenguaje natural, que intenta leer e interpretar texto de la misma manera que lo haría un humano. El procesamiento del lenguaje natural se ha aplicado en el uso de notas médicas para predecir la morbilidad materna grave, así como para extraer datos de las redes sociales sobre la seguridad de los medicamentos durante el embarazo, pero su potencial se extiende mucho más allá de estas primeras incursiones.

Acceso artículo completo:

<https://www.contemporaryobgyn.net/view/artificial-intelligence-steps-into-obstetrics>

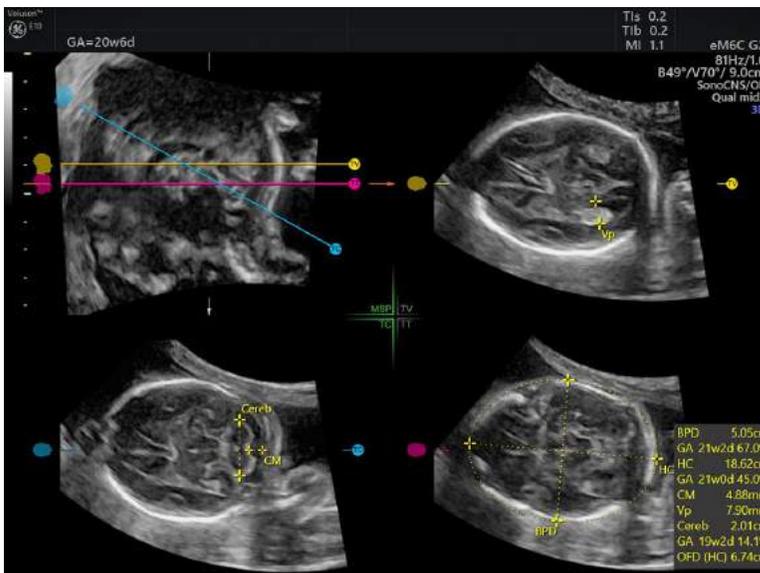


Imagen de SonoLyst que incorpora la tecnología AI de Ultrasonido Inteligente. GE HealthCare.



ENTREVISTA A ISABEL EGÜES JIMENO

ISABEL ES UNA DE ESAS MATRONAS QUE, MÁS ALLÁ DE LOS DEBERES QUE EL SERVICIO ACTIVO IMPONE, HA SABIDO, INCLUSO TRAS SU JUBILACIÓN, SEGUIR FORMANDO PARTE DE LA COMUNIDAD DE SALUD QUE CREÓ, EN ALIANZA PERMANENTE CON LAS MUJERES Y FAMILIAS Y DE AHÍ QUE SIGA SIENDO SU REFERENTE.

P. Querida colega y amiga, me siento especialmente honrada de traer a estas páginas tu semblanza, porque hoy más que nunca en que se sigue sin reconocer en lo que vale nuestra profesión se está permitiendo además desde las propias instituciones sanitarias, ataques a la misma, estoy convencida de que se necesitan matronas que vivan su profesión con intensidad y compromiso, trabajando a una por sus mujeres y por la defensa profesional a ultranza.

R. Agradecida yo por esta distinción por parte de la Asociación Española de Matronas, a la vez que sorprendida porque no creo que mi trayectoria profesional tenga nada de extraordinaria, no he hecho incursiones en actividades de gestión, importantes trabajos de investigación o docencia.....¡he sido una matrona de pueblo con la única pretensión de hacer que mi trabajo llegara a las mujeres y a ser posible, mejorara sus vidas!.

P. Háblanos de tus orígenes porque el apellido Egües, infrecuente en nuestro territorio, si no me equivoco, ya que soy solo una curiosa de la heráldica, es de origen medieval, navarro (en tu caso) y concretamente del Valle de Egües cerca de la capital, Pamplona ¿ es así?

R. La heráldica es así, pero el destino me llevó a nacer en Madrid de donde tan pronto como mi madre se recuperó del parto, mis padres y yo, por entonces la familia al completo, nos trasladamos a San Sebastián; tres años después, nos instalamos en Pamplona desde donde salí rumbo a Cantabria a estudiar enfermería y como disposición una vez más del destino, me quedé afincada definitivamente en esta tierra que la siento mía.

Yo fui la mayor de tres hermanos aunque el pequeño murió al poco de nacer. El mediano, Javier, neonatólogo, finalizó su vida laboral como jefe de Servicio de Pediatría del Hospital "Virgen del Camino" en Pamplona, fallecido en 2018; al ser la primera de la saga, me tocó el "chollo" del título de "la mayor" y desde pequeña, empecé a tener responsabilidades.

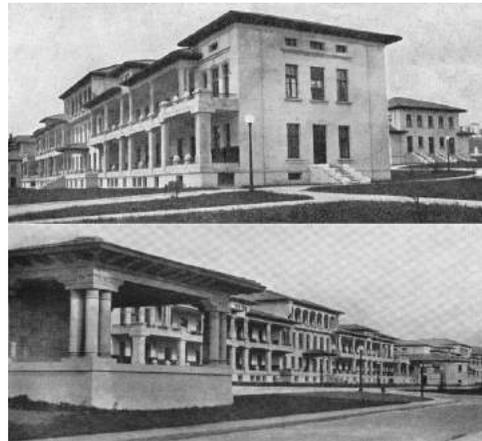
P. En todas las entrevistas se repite la pregunta de si la elección de matrona se produjo de forma espontánea, nacida de una vocación de la que a veces se desconoce su origen, o si fue producto de algún mimetismo o tradición familiar sanitaria. ¿ Como fue tu caso?.

Bueno, yo realmente empecé estudiando Magisterio, una salida bastante normal para las mujeres que queríamos estudiar en la época y más teniéndolo en la propia ciudad en la que vivía, ya se sabe que en aquellos momentos no era fácil, aun con el convencimiento de los escasos padres de que las mujeres también tenían derecho a formarse junto a posibilidades económicas para ello, que una

mujer estudiara y más, fuera del entorno familiar. Pero hete ahí que en uno de los periodos de las prácticas de carrera, me destinaron a un pueblo cercano a Roncesvalles, en el que hacía un frío infernal, nieve, dificultad de acceso ,.... etc. Estas circunstancias (además de algunas otras) me dieron la pista para augurar que mi vida laboral en el magisterio, podría ser un periplo de años por los pueblos más perdidos y dificultosos de Navarra y en cierta manera, me asustó la dureza del ejercicio de esta profesión. A esta convicción se unió el ascendiente de que mi madre era enfermera, mi abuelo Jefe de Sanidad etc. y que realmente siempre tuve en mente la enfermería, por lo que me vi impulsada a seguir este camino tras finalizar la carrera de Magisterio.

P. Me consta que estudiaste en la Casa Salud Valdecilla, una escuela de enfermeras distinguida de la que los cántabros y profesionales ahí formados nos sentimos especialmente orgullosos ¿no es así?

R. En efecto, podría haber cursado enfermería en Pamplona ya que por aquella época existía la escuela de enfermería del OPUS DEI, pero la trayectoria (desde 1929) y referentes de Valdecilla eran insuperables a nivel nacional; además preferí, evitar posibles "sesgos ideológicos" de la Obra trasladados incluso a la formación, a pesar de estar convencida de que la labor educativa en este centro sería buena. Decididamente opté por Valdecilla que, a pesar de estar dirigida por una Comunidad Religiosa, las Hijas de La Caridad, en una España en la que imperaba el nacional-catolicismo y conocido el rigor extremo que se aplicaba a las alumnas, ofrecía una excelente formación teórico-práctica con los medios más avanzados de la época. Incluso, podría añadir que la aventura juvenil de "volar sola" fuera del entorno familiar, esa sensación de "adultez", también sumó puntos a la decisión de venir a Santander...



Antiguos pabellones de Valdecilla (1929)

P. ¿Por qué decides elegir precisamente matrona cuando en el momento Valdecilla ofertaba otras muchas especialidades enfermeras?

Cierto que en mis prácticas de carrera de enfermería pasé por pabellones de maternidad, y paradójicamente, porque en aquellas condiciones era como para salir corriendo, esto es, muchas mujeres, la mayoría quejándose y sufriendo en el trabajo de parto, me atrajo poderosamente la asistencia obstétrico-ginecológica.



Biblioteca original Escuela de Enfermeras de Valdecilla

Creo que lejos de ser una ilusa romántica con el inigualable momento del nacimiento, descubrí desde el primer momento que esta especialidad de "fácil y cómoda" no tenía nada y por añadidura, era una auténtico desafío conseguir la confianza de las mujeres y atenderlas en condiciones. Eran poquísimas las matronas de plantilla, más nosotras, "las asustadas" que nos estábamos formando, y todo sumado a escasos recursos técnicos y diagnósticos como los que hoy se han in-

corporado a la Obstetricia, aun en un hospital insigne como lo era Valdecilla. A pesar de todo, inexplicablemente quizá, quise ser matrona.

Ahora me parece un lujo ver los paritorios modernos del Hospital Valdecilla, y aunque el número de matronas se ha incrementado, también creo que la asistencia al parto se ha ido mejorando y personalizando, tanto como para necesitar más efectivos. Los cuidados y la atención que se dan en partos, no creo que difieran de los exigidos a una enfermera en Cuidados Intensivos. Ciertamente que los enfermos de UCI son críticos, pero las mujeres en trabajo de parto, aunque se podría pensar en general sanas, hoy arrastran muchas patologías inherentes a la edad, la mayoría solicitan anestesia que hay que controlar y se atiende a un feto vulnerable en el pasaje más complicado de su existencia. Tras la especialidad de Matrona, seguí estudiando, mi carácter espartano, mi hábito de estudio y mi curiosidad innata, me empujaron a enrolarme en las especialidades de Laboratorio Clínico, Pediatría y Quirófano que por entonces, se impartían en Valdecilla y cuyos conocimientos, estaba segura de que encontraría el puesto que fuera, incluso el ansiado de matrona, me servirían en mi práctica profesional.

P. ¿Cómo te incorporas al mundo "matronil"?

Me inicio haciendo sustituciones en la ciudad, Santander, una incorporación lenta y a media jornada. Estuve en el Instituto Social de la Marina adonde acudían todas las mujeres de la provincia pertenecientes al Régimen Especial de los Trabajadores del Mar de la propia Seguridad Social, la mayoría como esposas de los trabajadores del mar que, por razones obvias, eran abundantes en Cantabria. La asistencia al parto se ofrecía según la " categoría" (prestación) de los maridos, o bien en una clínica privada, Clínica Madrazo, o en diferentes pabellones de Valdecilla rigurosamente diferenciados por escalafón y categoría (Privados, Beneficencia, Militares...)

Más tarde pasé por el ambulatorio de Vargas (del centro de Santander) y hacíamos también apoyo en la Residencia Cantabria, donde se ubicó el Hospital Materno-Infantil tras el traslado desde Valdecilla, en la asistencia a las púerperas. A partir de los años 80, me incorporé, vía Sanidad, a la actividad rural cuya situación era aún más precaria: además de la falta de medios, instalaciones y mil cosas más, fue el momento del intento general de la amortización (y desaparición) de las plazas de matrona de Asistencia Pública Domiciliario(A.P.D.) que finalmente y con una gran participación de la Asociación Española de Matronas, fueron reconvertidas a Matronas de Atención Primaria integradas en el nuevo modelo de Atención Primaria, profesionales que ni siquiera habíamos sido contempladas en su diseño.

Tengo recuerdos "intensos de la época": además de todo lo anterior, en mi caso como en el de tantas otras matronas rurales, ni siquiera había un consultorio ex-profeso. Al principio me colocaron en unas antiguas escuelas que tenían más posibilidades de derumbe que de demolición; más tarde, cuando la Guardia Civil abandonó su cuartelillo, nada menos que en el piso tercero de aquél vetusto caserón no pensado para los servicios sanitarios, tuve ubicada mi consulta, hasta llegar a



estrenar un magnífico centro de salud en 2006. En fin, ¡una aventura! en la que, además me tuve que formar, puesto que nuestra formación de matronas en asistencia obstétrica quedaba "coja" para ofrecer a las mujeres una asistencia integral a su salud sexual y reproductiva. En este punto, además de mi labor autodidacta, tuve un apoyo importantísimo de mi marido y del Dr. Jesús Frecho, quienes no solo me ayudaron a aumentar mis conocimientos, sino a ser capaz de resistir tantas inclemencias" y "aclimatarme al medio" para finalmente, "quedar atrapada" en la asistencia de las mujeres del medio rural.



P. Se dice que "tras un gran hombre siempre hay una gran mujer" y al margen de tus muchos méritos personales, no sería justo no mencionar al compañero de tu vida, Octavio Navarro Baldeweg, aquel hombre grande por su origen germano, aparentemente serio pero ocurrente y divertido y excelente profesional con el que además compartiste el amor por la medicina. ¿Tú como persona siempre ávida de conocimientos, ¿aprendiste muchas cosas de su especialidad siendo su asistente?.

R. Te agradezco que me des pie a recordar a mi marido, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Valdecilla, este sí por "mimetismo", dermatólogo como su padre que fuera a su vez, el primer Jefe de Servicio de Dermo-Sifiliografía de Valdecilla como, por entonces se denominaba el servicio. Solo hay que recordar la importancia de la sífilis todavía en el primer tercio del siglo XX en el que su detección desde Wassermann en 1910 y tratamiento eficaz, fueron una carrera contra el tiempo de todos los médicos dedicados a esta especialidad, fundamentalmente, para detener los estragos de la enfermedad que no sólo afectaba a los adultos sino y además, a los neonatos, con la sífilis congénita. Precisamente mi suegro, Augusto Navarro Martín, cuando acepta la propuesta de su incorporación a Valdecilla traía a su espalda un amplio bagaje profesional pues en el momento, era Jefe de Laboratorio de la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía de la Facultad de Medicina de Madrid, académico corresponsal de la Nacional de Medicina y discípulo y colaborador de los profesores Fourneau y Levatti en París y Hoffmann en Alemania. Esto le permitió una colaboración con el doctor Manuel Hombria Iñiguez, descubrir una nueva técnica rápida con suero activo para el serodiagnóstico de la sífilis que se utilizó durante mucho tiempo con muy buenos resultados.

Creo que su padre "inoculó" a mi esposo, su pasión por la dermatología, y como su progenitor, también se entregó en cuerpo y alma a la profesión.

Trabajar con mi marido en su consulta privada me abrió al conocimiento de las afecciones dermatológicas en general y muy especialmente, las venereocutáneas, que tantas veces nos tocan ver a las matronas sin tener una formación específica y en consecuencia, imposibilitadas en ocasiones para un diagnóstico previo acertado y su derivación a especialistas.

De otro lado su actividad académica como Catedrático en la Facultad, y su activismo dentro de la Sociedad de Dermatología, me situaron, aunque fuera en un elegante segundo plano, en diferentes escenarios de conocimientos desde la preparación de sus clases, sus consultas, hasta los innumerables congresos nacionales e internacionales en los que él, como miembro activo participó. Indudablemente estar a su lado en todas estas actividades me permitió hacer un buen acopio de conocimientos relacionados con su especialidad que me fueron de ayuda en mi propia actividad profesional.

P. Y también fuiste madre por lo que tu corazón se dividió para acoger a tu querido Juan, hoy un hombre hecho, derecho, y sesudo que ¡ de casta le viene al galgo! porque nada menos que escogió ser Astrofísico... ¿este sí que rompió los moldes de la tradición sanitaria familiar!. Las renunciadas de madre en general, las conocemos, en tu caso particular, ¿qué supuso la llegada de tu hijo?.

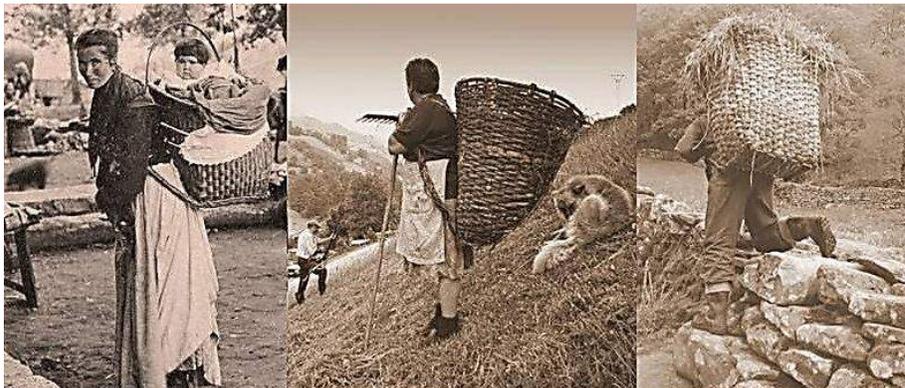
R. Pues sí mi hijo, completó la idea de familia que forjamos mi marido y yo y como todos los hijos, fue fuente de ocupación y preocupación e ilusión y alegría. Pasar el mayor tiempo posible con él, supuso renunciar a un trabajo a tiempo completo en su primera infancia y a buscar soluciones ahora llamadas de conciliación, cuando en realidad era buscar formas más complicadas que hacer " encaje de bolillos" para estar el mayor tiempo con él. Como también ayudaba en la consulta privada a mi marido, llevaba a mi pequeño conmigo y al principio lo mantenía en su cuna, luego en "su corralito" y a medida que crecía, controlando sus movimientos en un espacio destinado para él desde el que yo pudiera controlarle y ayudarle si requería en tareas escolares.

Lo de hacerse astrofísico fue para mí una entelequia, pero cierto es que su mente analítica, matemática casa mejor con la ciencias físicas que con el desempeño de la medicina; con libertad, él escogió la dedicación de su vida.

P. Tengo un recuerdo vago, de algún comentario tuyo referido a tu incorporación al trabajo en el Sistema Nacional de Salud. Corrígeme si me equivoco, pero ¿no concursaste al cuerpo de practicantes titulares ?

R. No, fue al cuerpo específico de Matronas del Estado. La Asistencia Pública Domiciliaria (APD), englobaba a Médicos Titulares, Practicantes Titulares, Matronas Titulares y Farmacéuticos Titulares a quienes nos ofrecieron, tras la consecución de nuestra plaza titular, nuestra integración con carácter voluntario, en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Tardaron más de 20 años en convocar las oposiciones y mientras tanto estuve interina. En la década de los 80 se perfilaba el cambio en la asistencia sanitaria primaria, pero fundamentalmente en los pueblos imperaba el criterio bastante extendido de que las matronas no éramos necesarias y a la vez, se ahorraban dinero con la desaparición de estos puestos, cierto es que había intereses espurios de practicantes y médicos rurales en ello también. Por más explicaciones que dábamos las matronas a los responsables de Sanidad, no hacían caso, los choques eran inevitables y el temor a la desaparición de las matronas, una constante. Hubo problemas verdaderamente importantes, pero al final se consiguió la reconversión de las plazas APD de matronas como antes expliqué, y la consecuente integración de las matronas rurales en la recién estrenada Atención Primaria de Salud que ofrece cobertura a las zonas rurales, no tan bien como hubiéramos deseado las matronas, pero se logró.



Cuévanos tradicionales de Cantabria para transportar todo tipo de material y el cuévano niñoero para transportar a los niños.

P. ¿Qué te motivo a elegir Liérganes de entre las plazas ofertadas?

R. Aquí influyeron varias cosas. La primera que me ha gustado tanto como la asistencia hospitalaria, la asistencia en zona rural y esta plaza me permitía desde la cabecera del área básica, acceder a otros pueblos un tanto remotos de la geografía de Cantabria, adscritos al Centro de Salud de Liérganes.

Por otra parte la belleza de este pueblo tranquilo que es inigualable y del que con mucho orgullo los lugareños, gente amable y sencilla, dicen que está " bendecido por Dios" refiriéndose a las aguas minero-medicinales de la Fuente de Santa Fe de cuyos beneficios hay reseñas desde el siglo XVII y que la moda de la balneoterapia del siglo XIX, propició su explotación construyendo un Balneario que han utilizado todo tipo de personas. Entre estas, se cuenta a Alfonso XIII y familia que desde principios del siglo XX y por siete años consecutivos, se desplazaban a este lugar a tomar sus beneficiosas aguas, hasta el punto que se reservaba una zona del balneario junto al manantial en la que tomaban sus baños, en una piscina de uso exclusivo la cual, tras años de uso como aljibe, actualmente está recuperada y a disposición de los clientes del establecimiento y quedó con el nombre " La Piscina del Rey".

Ya veis que aprovecho para hacer publicidad de esta bella tierra de Cantabria que es la mía de adopción...

Por todo ello y además, por ser el pueblo escogido por mi marido y por mí para poner en marcha otro proyecto de vida juntos: el de tener una segunda vivienda que fuera nuestro refugio en los descansos de la época laboral, y pensando en el de nuestra jubilación a la vez que el lugar en que mi marido diera rienda a su pasión por la botánica. En parte, nuestro proyecto se vio cumplido con una casa, firmada por otro miembro de la familia Navarro que tampoco se mimetizó con la medicina, sino que dio rienda suelta a su alma de artista y se hizo arquitecto (escultor y pintor).



Isabel en la terraza de su casa con espléndidas vista al verde valle de Miera

Esta casa para mí "peculiar", pero de devoción y estudio para los arquitectos, lleva la firma de Juan Navarro Baldeweg, hermano de mi marido y a la que se le dio el nombre de "La casa de la Lluvia", debido a las condiciones climáticas de la zona y a la estratificación de sus materiales constructivos que hacen que la lluvia cambie la apariencia de la casa y que resuene suavemente dentro de ella. El sueño se interrumpió cuando falleció mi esposo en 2003 y ahora es una costosa carga que absorbe mis energías para mantener la casa y todo el entorno que la rodea, tan bonito como en el proyecto de paisajismo concebido por Octavio y que, años después, es una verdadera y fascinante exuberancia floral y arbórea.

P. La zona de influencia del que fuera tu centro de salud, dices que tenía asignados pueblos cuasi remotos aun en el final del siglo XX y principios del XXI ¿ qué peculiaridades socio-sanitarias destacarías de las mujeres de estas zonas?.

R. El Centro de Salud Miera- Liérganes pertenece a la zona básica de salud del Valle de Miera que da cobertura asistencial a 6 pueblos enclavados en el valle natural más angosto de los valles cántabros, atravesado por el río Miera. Las pendientes acusadas y altitudes elevadas, especialmente donde se ubican 3 de esos pueblos, históricamente han dificultado la accesibilidad a ellos y desde ellos a las zonas centrales. Aun en el siglo XXI es bien riesgoso en muchas ocasiones, acceder con el utilitario propio, como me tocaba en las frecuentes visitas domiciliarias, cuando las heladas, la nieve y/ o la intensa lluvia hacia aparición a estas alturas...

Son poblaciones que por su histórico aislamiento, han desarrollado características culturales, etnográficas y económicas curiosas. Nombradas estas gentes con el gentilicio de pasiegos sin serlo, pues solo son vecinos de áreas colindantes a los valles pasiegos, siguen o siguieron los usos y costumbres tradicionales de los pasiegos, como la trasterminancia (variedad menor de la trashumancia caracterizada por movimientos estacionales de corto recorrido), el uso del cuévano y la construcción de cabañas al estilo pasiego en las escarpadas laderas de las montañas que les rodean...y muchas más cosas que las distinguen.

He visto en estas gentes condiciones de vida espartanas, trabajo intenso en gran parte sostenido por mujeres rudas y fuertes en cuyo ciclo de vida no existe la palabra tedio, pereza y que tras el parto retomaban rápidamente las tareas hasta el punto de encontrarme a muchas de ellas apenas unos días tras el nacimiento de sus hijos, ordeñando a sus vacas y como consecuencia, sufriendo estoicamente los dolores de una episiotomía o abierta ésta por el esfuerzo.

Recuerdo a más de una en los primeros años de mi servicio en la zona en los que las condiciones de vida no permitían a todas tener vehículo propio como actualmente y aun las condiciones de accesibilidad eran peores que las actuales, bajar algunas en el camión de la leche a la consulta, ¡y eso las que bajaban!; por eso era imprescindible hacer visitas domiciliarias porque a muchas de estas mujeres el trabajo doméstico al que se sumaba el de su cabaña ganadera y la agricultura, no les permitía "perder el tiempo" en una consulta por más que fuera necesaria.

P. ¿Sorprende la fortaleza de estas mujeres pasiegas y casi pasiegas como las de tu área de atención, tanto más visto con los ojos de la sociedad que actualmente asume el parto con poca naturalidad y menos resistencia en general....?

R. Sin duda, la valentía y fortaleza de estas mujeres históricamente ha sido proverbial. De hecho ha quedado para la historia la anotación de Estrabón que, en sus escritos refiriéndose al pueblo pasiego, que podemos extender a las gentes de los pueblos altos del Valle de Miera por su aislamiento, decía: "es cosa común entre ellos, la valentía, no sólo en los hombres, sino también en las mujeres. Estas cultivan la tierra: apenas han dado a luz, ceden el lecho a sus maridos y los cuidan (covada). Con frecuencia paren en plena labor, y lavan al recién nacido inclinándose sobre la corriente de un arroyo".

Hoy eso ha cambiado, muchas cosas para bien, obviamente, otras no tanto, las formas de vida actuales han dejado atrás mucha de la esencia de fortaleza y naturalidad de estas gentes

P. Eres mujer de convicciones y a pesar de no trabajar en equipo, siempre has creído en la fuerza del colectivo y has mantenido un vínculo estrecho, sobre todo con las matronas de Atención Primaria.

R. Es cierto, la labor en atención primaria es particular, digamos, "sola ante el peligro" sin el refuerzo y apoyo de un equipo de "iguales", aunque estés integrada en el equipo básico de salud; en contraprestación, puedes conseguir un vínculo estrecho y duradero con las mujeres y de otro lado, una autonomía importante si demuestras, ya que la subordinación jerárquica al médico es impuesta, que dominas tu área. Los médicos de Atención Primaria, al menos con los que yo he topado, se sienten aliviados de que las matronas controlen la asistencia a la mujer, ya que no es precisamente su fuerte esta parcela porque no están especialmente preparados para ello comúnmente.

Intercambiar conocimientos, actuaciones, elaborar programas conjuntamente con el resto de compañeras es necesario e imprescindible ejercicio para homogenizar acciones, además de las impuestas por la Consejería de Salud en las que indudablemente han de participar las matronas cuando se trata de la asistencia sexual y reproductiva y la atención al neonato. Y por otra parte, nos unió mucho toda la problemática con nuestras plazas que ya he relatado.

P. Personalmente te agradezco la valentía de asumir la responsabilidad de la creación y puesta en marcha de la Asociación Cántabra de Matronas y posteriormente, aceptar una vocalía en la Asociación Española de Matronas.

R. Recuerdo con claridad aquella reunión primera y las siguientes hasta la fundación de esta Asociación (ACM) a la que ayudó por cierto la Asociación Española de Matronas, lo que de entrada, me permitió acercarme a las matronas hospitalarias y a su trabajo, algo que me parecía importantísimo para situar en tiempo y contexto real a mis mujeres ante el escenario del parto. Agradecida especialmente a ti que "a modo de introductor de embajadores" me pusiste en ese escenario real y sustancialmente cambiado a aquel en que yo me desarrollé antes de mi llegada a la Atención Primaria y ponerme en relación con las compañeras del hospital, la mayoría desconocidas hasta el momento. Me gustaba mucho poder ver el trabajo en el medio hospitalario y recoger vuestras opiniones acerca de nuestra labor en A.P. de cara a la asistencia hospitalaria, detalles que cambiar y/o introducir en la Educación para la maternidad que impartía.



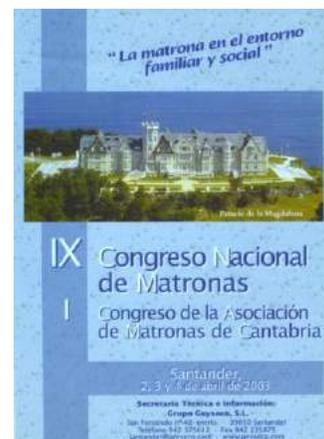
Isabel trabajando con M Angeles Rodriguez Rozalén

De otro lado, ser miembro activo a la Asociación Española de Matronas, me hizo conocer desde dentro, el trabajo ímprobo y no siempre reconocido, de la única entidad de defensa de las matronas por entonces, gracias a la cual, se han hecho logros importantes y constatables para la profesión, los más definitivos a mi juicio, la reapertura de las Escuelas de Matronas y la integración de las matronas en Atención Primaria. Sin estas consecuciones hoy la profesión de matrona en España probablemente estaría a punto de extinguirse o no calculo a adivinar qué estaría pasando en estos momentos.... Fue una suerte participar desde dentro en los Congresos y decisiones de esta Asociación que sin duda ha escrito una página muy importante de las matronas en España.

P. Creo que por discreción y humildad, has afirmado que no habías tenido actividad gestora, algo en lo que discrepo porque tu valentía e interés, en primera instancia, fue la que nos permitió a las matronas cántabras, apenas constituida la Asociación, el I Congreso Nacional de Matronas que hasta la fecha, fue el más numeroso y poner a rodar la ACM.

R. ¡Ja,ja,ja! Bueno, la tarea que asumí al aceptar el cargo de Vicepresidenta conllevaba hacer algo por esta Asociación; fue un impulso abordar a M^{ra} Ángeles Rodríguez Rozalén en el 5º Congreso Mundial de Medicina Perinatal coparticipado por la Asociación Española de Matronas, postulando a nuestra neófito asociación de matronas como candidata a ser la anfitriona del IX Congreso Nacional de Matronas en 2003. Entre todas y con el apoyo incondicional de la Asociación Española de Matronas, lo que parecía imposible, lo logramos.

Si no fue perfecto, que los organizadores tuvimos nuestros agobios, aseguro sin ponerme colorada que fue estupendo, por lo que me siento especialmente orgullosa de mi participación.



Este evento científico fue un buen impulso para que las matronas de Cantabria saltáramos a los medios de comunicación, que se hablara de nuestro trabajo, de nuestras necesidades y reivindicaciones en conjunto y aunque eso no se tradujera en que las voluntades políticas actuaran en consecuencia: nos dimos a conocer en bloque, con una sola voz para que, al menos nos tuvieran presentes en sus decisiones.....y algo se empezó a conseguir.

Aun recuerdo la ilusión de los comienzos que tuvo un punto culminante cuando, partiendo de esa participación ilusionada, desinteresada y sin medios económicos, una de nuestras compañeras matronas, Laura San Millán, logró involucrar a su hijo adolescente y nos diseñó el logo de nuestra asociación que es un ejemplo de creatividad. El joven artista supo poner en valor uno de los signos cántabros por excelencia, la estela que aparece incluso en el escudo de Cantabria, transformándola en el aparato genital femenino, signo de la atención de las matronas a la mujer en toda su etapa reproductiva y remarcado en los colores de esta tierra: el verde de su paisaje y el azul del mar Cantábrico que la baña.

Las matronas históricamente hemos sido injustamente tratadas, pero en estos 20 años de la ACM en Cantabria, algo hemos avanzado en la consecución de logros para las mujeres y en nuestro propio reconocimiento como profesión, aunque nunca haya sido proporcional el esfuerzo al reconocimiento de nuestra valía profesional en el contexto sanitario.

El Palacio de La Magdalena acoge un congreso de estas profesionales a partir de mañana

La Asociación Nacional pide más matronas en los hospitales

NATALIA VICUNA, Santander

La Asociación Nacional de Matronas solicitó ayer el aumento del número de estas profesionales en los hospitales debido a la falta de personal actual provocado por la ausencia durante años de una educación específica para matronas. Esta es la principal reivindicación de este colectivo sanitario, actualmente integrado en 6.000 personas en toda España, y que será tratado junto a otros asuntos en el próximo Congreso Nacional que tendrá lugar en el Paraninfo de La Magdalena de Santander a partir de mañana miércoles y hasta el próximo viernes.

Las matronas españolas reclaman más personal para atender a los partos de forma instrumentalizada y hacer frente a otros temas como el recién nacido en la sala de la mujer en la maternidad o en el ambulatorio. Así lo plantearán las representantes del IX Congreso Nacional de Matronas que se celebrará en La Magdalena a partir de mañana y el que se espera que asista un número de más de 500 profesionales.

El congreso analizará la situación sanitaria y médica actualizada en el embarazo, parto, lactancia y desarrollo del recién nacido. Rosa Plata, presidenta de la Asociación Cantabria de Matronas, informó que la representación española ha estado desde 2003 y que en la actualidad se ha ido reduciendo a favor de la obstetricia y más dirigido a hacer un diagnóstico que no es un diagnóstico de salud sino un diagnóstico de salud que se va actualizando y que se va actualizando.



Isabel Egido, María Angeles Rodríguez y Rosa Plata.

Las matronas reclaman más personal para los partos y las nuevas funciones

Hay pocos recursos humanos y problemas de relevo generacional

El IX Congreso Nacional analizará en Santander nuevas terapias y técnicas

M. A. DAMPERO SANTANDER

trabaja en la obstetricia de base al no haber tiempo para el parto instrumentalizado. Se refiere además a los partos que se hacen en la sala de la mujer de las unidades por vacantes o a la sala.

María Angeles Rodríguez Berra, secretaria del congreso, apuntó que el problema de falta de matronas, gracias al Sistema Nacional de Salud de salud que se produce en el sistema.

En la actualidad, las secretarías de Enfermería están cubriendo las unidades de parto y se venían para cubrir pero las plazas no son suficientes para la demanda que está creciendo en el país.

Isabel Egido, Jimeno, vicepresidente del comité organizador, se refirió a todos los temas que se van a abordar durante el Congreso Nacional y otras reuniones que se van a celebrar en los próximos días en la ciudad de Santander.



MATRONAS. Plata, Egido y Rodríguez (Santander). M. A. LAS CUBAS

es una técnica para dar trabajo a las mujeres obstetricas, sobre todo en los últimos meses, y poder cubrir las diferentes funciones que necesitan en todas las unidades.

El Congreso Nacional se celebrará en el Paraninfo de La Magdalena de Santander, un lugar que ha sido ya sede de otros congresos de matronas.

Noticias de Hemeroteca del 2003 del IX Congreso Nacional de la AEM y I de la Asociación Cántabra de Matronas

P. Me consta que eres una estudiosa empedernida y tu conocimiento de idiomas, así como tu "peregrinaje" a todos los congresos relacionados con la profesión, tu decidida y temprana introducción en la informática, ha favorecido tu permanente actualización.

R. Bueno, lo he intentado, en mi casa había un "buen caldo de cultivo para el estudio" que sumado a mi inquietud por ofrecer lo mejor a las mujeres, me ha impulsado a intentar estar al día de los avances en gineco-obstetricia y neonatología, siendo en este último campo un referente mi hermano Javier que dedicó su vida a esta especialidad.

Sin ánimo de vanagloriarme, las carpetas en que están contenidos mis títulos, certificaciones académicas y asistencias a foros, cursos, congresos etc. si no dan para superar el record Guinness del libro "En busca del tiempo perdido" de Marcel Proust que, creo es (o era) el más largo del mundo, sí que da para hacer un "tomazo" gordo, y bien gordo; todo lo relacionado con la Ginecología, Obstetricia y Neonatología han sido mis temas de interés absoluto durante mi etapa profesional.

P. He mencionado que has impulsado en tu Centro una verdadera comunidad de salud en alianza constante con las mujeres y familias y te has convertido en su referente. Háblanos de tu labor educativa que estás prolongado incluso en tu jubilación.

R. Es probable que sea una de las acciones que más me ha llenado de mi etapa laboral y post-laboral. De mi formación como maestra me quedó muy grabado que la educación a lo largo de la vida se basaba en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a ser. Pues bien estas condiciones me parecieron trasladables a la "educación en salud", una de las actividades importantes como matronas. Así me embarqué en la realización de Talleres para la salud de la mujer, actividad que continuó, y en los que las mujeres aprendieran a conocer sus cuerpos, a cuidarlos desde la juventud hasta la senectud a fin de evitar deteriorar su salud y/ o mejorarla, y consecuentemente, disfrutar la mejor calidad de vida posible. He diseñado talleres separados por órganos y aparatos en los que se trata desde la percepción del bienestar físico, a hábitos saludables, alimentación, actividad física, tocando todos aquellos temas relacionados: nutrición y alimentación, movilidad, ergonomía en el trabajo doméstico, actividades físicas complementarias etc. Además de los relacionados con la asistencia sexual y reproductiva como la preparación a la maternidad, que se ofrecía dentro de la asistencia sanitaria, periodos como la menopausia que creo, de vital importancia, al quedar fuera por falta de tiempo en la actividad asistencial, podía desarrollarlos también en este espacio.

Esta iniciativa, solo ha sido posible desarrollarla con la implicación del Ayuntamiento consciente de que anteriormente el INSALUD y después la propia Consejería de Salud autonómica, no ofrecían estas prestaciones que yo les hice ver necesarias; desde la institución pusieron a disposición de las mujeres las instalaciones del antiguo cuartel ya reconvertido en centro cívico y ¡por fin dotado de ascensor! para poder llevar a cabo la iniciativa. Este trabajo aunque fuera extra me ha permitido mayor y más continuado contacto con las mujeres de la zona y espero, que haya sido una contribución positiva para las ellas que, indefectiblemente, siempre creí debían ser tratadas desde una perspectiva de género.

P. Hace un tiempo rebuscando libros que satisfagan mi ansia lectora me topé con uno titulado "Yo no me quiero jubilar del trabajo ni de la vida" y enseguida pensé en ti porque eres de las pocas personas que conozco que no quisiste aceptar la jubilación ¿no es cierto?

R. Pues sí, yo no me quise jubilar cuando llegó la edad ordinaria de cese. Me sentía vital, quería seguir llenando mi tiempo haciendo, entre otras cosas, lo que mejor sé hacer: atender a mis mujeres y sus familias. Me parecía penoso y triste que en el mejor momento profesional de mi vida, cuando tienes unas firmes bases de conocimiento profesional (y de vida) , abandonar un trabajo que era parte de mi motor existencial, tanto más cuando la escasez de matronas persistía. Fue duro asumir que la Consejería de Sanidad me impidiera alargar mi vida laboral cuando por otra parte, para más inri, a los funcionarios de carrera se nos permitía extender el periodo activo hasta la jubilación forzosa a los 70 años...

P. Mujer de recursos y sin querer "jubilarte tampoco de la vida" , seguiste la máxima de que " Nunca es tarde para hacer planes, ni hay nada que acelere tanto la llegada de la vejez como dejar de hacerlo", así que ¡manos a la obra! Y te embarcaste en la aventura universitaria...

R. Cierto, el trabajo, la vida de familia etc. no me dejaron espacio para otras actividades que siempre tuvieron interés para mí ; aprovechando el tiempo de la jubilación me matriculé en la Universidad en el Grado de Humanidades, solo por el gusto de entender la experiencia humana desde una base multidisciplinar, y adentrarme en la historia, la filosofía, las artes, la literatura, la geografía, la

antropología y otras fuentes de conocimiento, para entender mejor lo que significa ser humano. Fueron unos años maravillosos que recuerdo con cierta nostalgia a pesar del esfuerzo, en el que me vi nuevamente en las aulas, escuchando, estudiando, haciendo proyectos y trabajo de campo que me permitieron incluso viajar a Grecia, Sicilia...

En nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio, por el sentimiento de pertenencia a esta Asociación y el de sincera amistad que nos une, te expreso mi gratitud no solo por este tiempo robado a tus muchas tareas para esta entrevista, sino especialmente, por tu ejemplo de entrega a esta profesión. Parfraseando a Saramago te digo: " *...no hay duda de que las grandes lecciones nos llegan siempre de la gente sencilla* " y tú, querida Isabel, nos la has dado, es elocuente los saludos cariñosos que yo misma he visto que te dedican a día de hoy, las mujeres (y hombres) de tu querido pueblo de adopción, eso es señal de afecto y respeto por tu ayuda en sus vidas.

ILITIA Redactora AEM



Cena de Congreso Congreso Nacional de la AEM en Alicante 2008

7º Congreso

Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar
“La enfermera escolar fundamental”



 SALÓN DE ACTOS
CODEM MADRID
  17 NOV.
18 NOV.
19 NOV.

COLABORADORES

 CODEM
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid
  Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

PATROCINADORES

 Fundación Alicia Koplowitz
  bioprojet ESPAÑA
  EDELVIVES
  ucb
  Inspired by patients. Driven by science.
  bien star.



https://cursosfnn.com/7o-congreso-de-enfermeria-escolar/?utm_source=mautic&utm_medium=email&utm_campaign=CONGRESO_AMECE_2023&utm_content=ForoFNN

OBJETIVO

Analizar los desafíos, a los que se enfrentan las enfermeras, relacionados con los diferentes tipos de violencia, así como su papel y dotarlas de herramientas de afrontamiento como el humor, la espiritualidad y el autocuidado.

SEDE DE LA JORNADA

Se realizará en formato híbrido (presencial/virtual) desde el salón de actos del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, con retransmisión en streaming.

INSCRIPCIONES GRATUITAS

- Las inscripciones deberán realizarse a través de la página web del Colegio (www.codem.es) hasta el 15 de noviembre de 2023.
- Aforo limitado.
- La inscripción se entenderá formalizada una vez se haya completado el formulario en la web.



IX JORNADAS DEONTOLÓGICAS

Violencia y autocuidado: reflexiones desde la mirada enfermera



23 de noviembre de 2023
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE MADRID

<https://www.codem.es/inscripcion-ix-jornadas-deontologicas-colegiados-presencial>

15 de octubre

Día Internacional de la Muerte Perinatal



Próximamente

Jueves 16 de Noviembre:

- Mesa Redonda "Acompañando al duelo perinatal en Tenerife"

Lugar: Espacio Cultural Caja Canarias de Santa Cruz de Tenerife
(Plaza del Patriotismo)

Horario: 17,30 a 19,30 horas

Equipos:
HUNSC
CHUC

Diseño mariposa: M^a Paz Díaz Gorrín

WWW.JORNADASLACTANCIASALAMANCA.COM

I JORNADA CASTELLANO-LEONESA DE INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA MATERNA

UBICACIÓN: EDIFICIO DIOSCÓRIDES (USAL. Paseo Universidad de Coimbra, 7)

SALAMANCA
7 de noviembre de 2023



Lactancia Materna:
"Cimiento de salud"

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES EN: WWW.JORNADALACTANCIASALAMANCA.COM



Organizan:



Gerencia de Atención Primaria de Salamanca



WWW.JORNADASLACTANCIASALAMANCA.COM

The poster features a large white number '17' at the top, set against a dark red background with a bokeh effect. Below the number, the text 'Congreso Sociedad Española de Contracepción' is displayed in a serif font. Underneath, the subtitle 'Marcando el camino en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva' is written in a smaller, sans-serif font. The word 'LOGROÑO' is prominently displayed in large, white, spaced-out letters across the middle of the image. The background of the poster is a photograph of a woman in a yellow dress walking away on a dirt path through a vineyard. At the bottom, there is a green horizontal bar containing the SEC logo (a stylized leaf) and the text 'SEC SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN'. To the right of the logo, the dates '6, 7 y 8 de Marzo 2024' and the location 'Logroño Rioja Forum' are listed.

17

Congreso
**Sociedad Española
de Contracepción**

Marcando el camino en Anticoncepción
y Salud Sexual y Reproductiva

LOGROÑO

 **SEC**
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CONTRACEPCIÓN

6, 7 y 8 de Marzo
2024
Logroño
Rioja Forum

<https://congreso.sec.es/informacion/>



INFORMACIÓN

SEDE DEL CONGRESO: HOTEL RAFAEL ATOCHA
C/Méndez Álvaro, 30, 28045 Madrid - España
Tel. + 34 91 468 81 00 – atocha@rafaelhotels.com

CONTACTO CIENTÍFICO: FISIOMEDIT

Av. del Mediterráneo nº7, planta 1a A-B, 28007 Madrid
Tel.: +34 91 434 01 29 – info@fisiomedit.com

INSCRIPCIONES:

<https://www.entre-dos-manos.com/inscripciones/>



ORGANIZACIÓN

Com&Co, Rocio Reina 15, Bd Grawitz, 13016
Marsella, Francia
r.reina@comnco.com - Tél. +33 7 68 71 42 29



COMUNICADO

Comunicación dirigida a profesionales sanitarios

Topiramato: Nuevas restricciones para prevenir la exposición durante el embarazo

noviembre de 2023

Estimado profesional sanitario:

Los Titulares de la Autorización de Comercialización (TAC) de los medicamentos que contienen topiramato actualmente comercializados en España, de acuerdo con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), desean informarle de la implementación de un programa de prevención de embarazos para medicamentos que contienen **topiramato**.

Resumen

- **Topiramato** puede causar malformaciones congénitas mayores y restricción del crecimiento fetal cuando se utiliza durante el embarazo. Datos recientes también sugieren un posible aumento del riesgo de trastornos del neurodesarrollo, incluidos trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) después del uso de **topiramato** durante el embarazo.
- Se introducen nuevas contraindicaciones para el tratamiento de la epilepsia:
 - en el embarazo, a menos que no se pueda utilizar otra alternativa terapéutica adecuada;
 - en mujeres con capacidad de gestación que no utilizan un método anticonceptivo altamente eficaz. La única excepción es una mujer para la que no exista una alternativa terapéutica adecuada, pero que planea un embarazo y que está completamente informada sobre los riesgos de tomar **topiramato** durante el embarazo.
- El topiramato para la profilaxis de la migraña ya está contraindicado durante el embarazo y en mujeres con capacidad de gestación que no utilizan un método anticonceptivo altamente eficaz.
- El tratamiento con topiramato de niñas y mujeres con capacidad de gestación debe ser iniciado y supervisado por un médico con experiencia en el tratamiento de la epilepsia o la migraña. La necesidad de tratamiento debe volver a evaluarse al menos una vez al año.
- Debido a una posible interacción, se aconseja a las mujeres que usan anticonceptivos hormonales sistémicos que utilicen también un método de barrera.
- Para las mujeres con capacidad de gestación que actualmente están en tratamiento con **topiramato**, es preciso reevaluar el tratamiento para confirmar que se cumple el programa de prevención de embarazos.

Toda la información en:

https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/farmacovigilancia-de-medicamentos-de-uso-humano/cartas_segprofsani/#profesional-sanitario



ASTURIAS PUBLICA LA LISTA DEFINITIVA DE LAS 103 MATRONAS ADMITIDAS AL CONCURSO PARA EL ACCESO A PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SESPA.

Corresponde al Turno Libre e incluye 3 exclusiones.

CONCURSO MATRONAS SESPA
 N° 2841 04 SEPTIEMBRE 2023

ASTURIAS PUBLICA LA LISTA DEFINITIVA DE LAS 103 MATRONAS ADMITIDAS AL CONCURSO PARA EL ACCESO A PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DEL SESPA.

Corresponde al Turno Libre e incluye 3 exclusiones.

BOLETÍN OFICIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
 NÚM. 130 DE 4 DE 2023

AUTORIDADES Y PERSONAL
 CONSEJERÍA DE SALUD
 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (SESPA)

RESOLUCIÓN de 21 de agosto de 2023, de la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se aprueban las listas definitivas de aspirantes admitidos y excluidos en el procedimiento selectivo para el acceso, mediante el sistema extraordinario de concurso, a plazas de personal estatutario fijo de la categoría de Matrona, convocada por Resolución de la Dirección General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (BOPA de 27 de diciembre de 2022).

BOLETÍN OFICIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
 NÚM. 130 DE 4 DE 2023

ANEXO II

LISTA DEFINITIVA DE ASPIRANTES ADMITIDOS EN EL PROCEDIMIENTO SELECTIVO PARA EL ACCESO MEDIANTE EL SISTEMA DE CONCURSO EXTRAORDINARIO A PLAZAS DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO DE LA CATEGORÍA DE MATRONA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

FIN	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE
***223**	ACUBA	URZUZO	MAIBEL
***724**	ALBUZNE	CANAL	ALBA MARIA
***125**	ALCISO	TITOS	TANIA
***545**	ALVAREZ	ALFARIN	ROCIO

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

04 Septiembre 2023

En el día de hoy, se publica en el BOPA la Resolución de 21 de agosto de 2023, de la Dirección de Profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), por la que se aprueban las listas definitivas de aspirantes admitidos y excluidos en el procedimiento selectivo para el acceso, mediante el sistema extraordinario de concurso, a plazas de personal estatutario fijo de la categoría de Matrona.

Este proceso selectivo fue convocado por Resolución de 15 de diciembre de 2022 (BOPA de 27 de diciembre de 2022, núm. 246) como un concurso para el acceso a 39 plazas de personal estatutario fijo de la categoría de Matrona.

Se aprueban con este Resolución por tanto, las listas definitivas de aspirantes admitidos y excluidos al procedimiento selectivo para el acceso, mediante el sistema extraordinario de concurso, en turno Libre (cupo general) y Libre (reservado a personas con discapacidad) y se ordena su exposición en portal www.astursalud.es, Inicio > Profesionales > Recursos Humanos > Procesos de estabilización > Concurso.

Contra esta Resolución, que no agota la vía administrativa, solo cabe interponer recurso de alzada ante la Consejera de Salud, en el plazo de un mes.

Enlace con la Resolución: <https://sede.asturias.es/bopa/2023/09/04/2023-07783.pdf>



Nº 28
2047 SEPTIEMBRE
2023 ACTUALIZACION BOLSA DE TRABAJO

LA COMUNIDAD VALENCIANA PUBLICA EL LISTADO DEFINITIVO DE LA BOLSA DE TRABAJO DE MATRONAS.

Corresponde a la Edición 21 e incorpora las notas de oposición modificadas respecto a la edición anterior.

GENERALITAT VALENCIANA LISTAS DEFINITIVAS EDICIÓN 21
LISTAS DE EMPLEO TEMPORAL

GENERALITAT VALENCIANA A NY SCROLLA
RESOLUCIÓN de 20 de septiembre de 2023 de la directora general de Personal por la que se publican las listas definitivas de empleo temporal de la Edición 21 convocadas por Resolución de 1 de diciembre de 2021 de la directora general de Recursos Humanos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

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

LA COMUNIDAD VALENCIANA PUBLICA EL LISTADO DEFINITIVO DE LA BOLSA DE TRABAJO DE MATRONAS.

Corresponde a la Edición 21 e incorpora las notas de oposición modificadas respecto a la edición anterior.

28 Septiembre 2023

Se han publicado en la web de la Conselleria de Sanidad las listas definitivas de las personas inscritas en la Edición 21 de las listas de empleo temporal y las admitidas en otras ediciones que no hayan modificado su solicitud, con la expresión de la puntuación obtenida, categorías, departamentos y en su caso, motivo de la exclusión.

Se han incorporado las notas de oposición de las Ofertas de empleo público 2017 y 2018 y el Plan de estabilidad 2019 y que han sido modificadas respecto a la Edición 20 de, entre otras, la categoría de Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología.

La Resolución que publica los listados definitivos se puede consultar en:

<https://www.san.gva.es/es/web/recursos-humanos/consultas>

Para su consulta ver el apartado de "Recursos Humanos", en la opción "Consultas (Edición, Reedición, Situación, Nombramientos, Penalizaciones)", seleccionando "Listas definitivas de empleo temporal de la Edición 21 de la Conselleria de Sanidad. Fecha de publicación y entrada en vigor 21/09/2023".

Enlace con la Resolución:

<http://simaes.org/wp-content/uploads/2023/09/2023-09-EDICIÓN-21-RESOLUCIÓN-de-20-de-septiembre-de-2023-LISTAS-DEFINITIVAS.pdf>

APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

S



SIEBOLDT (JOSEPHINE de) *doctor artis obstetricæ*, doctora en el arte obstétrico de la facultad de Giensen, matrona de Darmstad.

Este nombre es de un pequeño número de las que reflejarían en la posteridad los mas dulces resplandores. La supervivencia del saber y del mérito está asegurada por anticipado en esta familia, por los parientes de su filiación. Nosotros nos lamentamos únicamente de que la negligencia de nuestra correspondencia nos haya impedido dar a las damas de Sieboldt un artículo biográfico digno de su gran reputación; esto será pues una laguna que subsistirá en este trabajo, del que el lector no podrá imputarnos mal grado, cuando le hayamos dicho que la espera vana de notas que debían servirnos de texto, ha retrasado más de un mes la publicación de esta última entrega.

Madame de Sieboldt, Josefina, ha hecho por Alemania lo que madame Lachapelle ha hecho por Francia, es decir, que su carrera ha sido empleada para honrar su profesión, tanto por su saber como por los servicios que ella ha rendido a la humanidad y a su arte.

SIEBOLDT (Mademoiselle CHARLOTTE de) doctora en el arte obstétrico, matrona en Darmstadt, hija de la precedente y de Van-Sieboldt, médico en jefe y director de los hospitales de Darmstadt, hermana de Carlos Sieboldt, médico distinguido de la misma villa.

Mademoiselle de Sieboldt alumna de su padres que le han servido de profesores, formada en los ejemplo de su madre comprendió pronto la importancia de su carrera de partos, que ella honró con los más brillantes éxitos. Después de haber efectuado sus estudios en Göttinguen, ella tomó sus grados en Goensen donde obtuvo el título de *doctor artis obstetricæ*. Todavía joven mademoiselle de Sieboldt, por su mérito, está ya situada en el primer rango de las personas de su nación que honran el siglo

y ella es del pequeño número de las que, por su saber positivo y su habilidad, rinden servicios reales a su país.

SIEGMUND (o SIEGMUNDIN) (JUSTINE DICHTERICH), matrona del electorado de Brandebourg, nacida en Wehmutter en Silesia hacia 1650. Queda demostrado que Siegmund es la primera matrona célebre de Alemania, se podría incluso decir la primera autora de este país que ha escrito útilmente y con conocimiento de causa sobre los partos, la primera que en este arte ha rendido verdaderos servicios a la ciencia, en el curso del siglo XVII. Se dice que al final de este mismo siglo, el espíritu de las escuelas de Alemania no era el espíritu de la observación, sino más bien el de los cálculos y las especulaciones. Antes de Siegmund, el arte de los partos cansado de la observación y la comparación de los hechos tenía que crear todo. Algunas tesis latinas y un pequeño número de traducciones en lengua vulgar formaban todo el fondo de esta particular medicina.

Fue posiblemente un gran avance para el



APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

S



arte de los partos que Justine Siegmund fuera colocada en la Corte de Brandenburgo. Su mérito estando apoyado por su posición y su crédito, le hizo más fácil hacer resurgir y preparar, por así decirlo, una nueva era obstétrica para su país.

Los trabajos y los escritos de esta mujer son en realidad absolutamente superiores a los de sus contemporáneos, ya que sucesivamente han sido impresos en Berlín en 1690, 1692, 1708, 1723 y 1756 y traducidos al holandés en 1691, por Solingen. Estas obras reunidas forman un Tratado completo sobre los partos. Una primera parte tiene por objeto la exposición de los órganos de la generación de la mujer, descritos con tanta precisión como le permitían los conocimientos de la época. El método que reina en la descripción indica suficientemente que Justine Siegmund no ignora en absoluto la anatomía humana, ni la anatomía comparada.

Una segunda parte está consagrada a la iconografía del feto en el seno de la madre. Los diversos periodos del embarazo están allí indicados con una suerte de exactitud que denota una gran observación. Por último en una tercera parte se encuentran expuestas los principios del arte y las consideraciones que se derivan de estos mismos principios.

Los conocimientos que Justine Siegmund había adquirido por el estudio y la observación la colocaron al nivel de los hombres más capaces de su tiempo.

Independientemente de su libro sobre los partos, se le debe aún diversos escritos en respuesta a objeciones sobre los más diversos puntos de doctrina que habían sido hechos por André Petermann, profesor de Leipzig. En la época de Siegmund importaba mucho pensar y escribir en lengua clásica. Si las obras de esta mujer hubieran estado escritas en lengua latina, es necesario creer que la escuela de Alemania la hubiera colocado al nivel de las ilustraciones de esta misma escuela. Es posiblemente a esta cir-

cunstancia a la que hay que atribuir la indiferencia con la que las biografías han hablado de las obras de Justine Siegmund. Haller en *Bibliotheca Anatomicæ et chirurgicæ*, no hace más que citar el nombre de esta celebre mujer sin hablar de su libro. Para juzgar la falta de exactitud de este autor, nos basta señalar que cuando se habla de las obras de Solingen, no trata de su traducción del libro de Justine Siegmund, que pasa a formar parte de las del doctor de Leiden.

Es bueno señalar, nuevamente, que todo lo bueno que Solingen escribió sobre el parto fue extraído de la autora femenina.

La parcialidad de Haller, porque no se puede tachar de ignorancia, debía seguramente ser atribuida a que el libro de la matrona ha sido escrito en alemán. Lo que nos autoriza también a dudar de la justicia de los hombres, es el silencio casi absoluto de Portal, Sue, Sche-weighaenser y Buch, con respecto a Siegmund.



REFLEXIONES ENTORNO A JUSTINE SIEGEMUND: FEMINISTA EN EL SIGLO XVII



JUSTINE SIEGEMUND DESAFIÓ EL PATRIARCADO DEL SIGLO XVII, PIONERA EN LA MEDICINA DE LA MUJER, SUPERÓ BARRERAS E HIZO HISTORIA.

Justine Siegemund fue una mujer destacada que hizo contribuciones significativas a la medicina en el siglo XVII. Nacida en 1636 en Pomerania, una región cerca de Alemania, Justine era hija de un pastor luterano.

A pesar de las normas cívicas predominantes que limitaban el acceso de las mujeres a la educación, Justine mostró una fuerte inclinación por la medicina desde una edad temprana.

En la adolescencia, Justine generalmente acompañaba a su progenitor en sus visitas pastorales a enfermos y moribundos observando cómo su padre atendía a los enfermos y topándose de frente con la adversidad que soportaban las personas. Fue durante estas visitas que Justine reafirmó su vocación de convertirse en médica, sin embargo, sus sueños de convertirse en médica, la pusieron ante obstáculos importantes. Las mujeres no tenían entrada en la universidad en ese momento, y la profesión médica era celosamente reservada para los hombres. Sin inmutarse, Justine se propuso aprender todo lo que pudo sobre medicina y a través de libros y conferencias complementarias impartidas por médicos visitantes.

En 1654, contrae matrimonio con un pastor luterano, Andreas Siegemund, y la pareja se muda a Krosno Odrzańskie, una ciudad en el oeste de Polonia. Después de un aprendizaje, Siegemund comenzó su carrera como partera **ofreciendo servicios gratuitos a mujeres desfavorecidas**. Pronto se hizo conocida **por su capacidad para guiar con seguridad a las mujeres a través de partos difíciles**, y rápidamente se corrió la voz entre las mujeres embarazadas de todo el país.

Siegemund aceptó un puesto oficial como partera de la ciudad de Lignitz, en 1683, y más tarde se convirtió en partera de la corte en Berlín, donde dio a luz niños para la familia real.

Rápidamente adquirió reputación como médica y cirujana profesional y pronto atendió a pacientes de toda la región.

Una de las contribuciones más significativas de Justine al campo de la medicina fue su libro, "The Court Midwife" que escribió y publicó en 1690. El libro fue una guía absoluta para la obstetricia y

la Universidad Europea Viadrina Frankfurt (Oder) certificó su libro, como un libro de texto médico oficial, algo de por sí importante, pero tanto más, en una época en la que pocas mujeres tenían acceso a la educación formal. The Court Midwife mejoró enormemente la salud materna e infantil en Alemania.

En su libro Justine compartió su conocimiento integral de la anatomía, el parto y los tratamientos médicos. También incluyó instrucciones detalladas para realizar procedimientos quirúrgicos como la extracción de un feto en presentación de nalgas o la extracción de una placenta retenida. El libro fue tan importante que perduró por más de 200 años y fue traducido a varios idiomas.

Este libro no sólo fue innovador por su contenido médico, sino también **por su perspectiva feminista**. En una época en la que a las mujeres se les negaba la admisión a la formación académica y a las oportunidades profesionales, el libro de Justine era un relato convincente de que las mujeres podían ser médicas exitosas y destacadas.

Sin embargo, el éxito de Justine como médica y escritora científica no estuvo exento de desafíos. Se enfrentó a críticas maledicentes por parte de sus colegas machistas que se sentían amenazados por su capacidad y éxito. Algunos la acusaron de practicar la anestesia tras obtener una licencia, mientras que otros llegaron incluso a acusarla de brujería.

A pesar de los desafíos, Justine permaneció comprometida con su vocación y conectada a la medicina convencional hasta su muerte en 1705.

**REFLEXIONES ENTORNO A JUSTINE
SIEGEMUND: FEMINISTA EN EL SIGLO
XVII**



Su legado sigue vivo a través de su libro y de las muchas mujeres a las que inspiró para seguir sus carreras en medicina.

La aventura de Justine Siegemund es de perseverancia, coraje y determinación. Superó obstáculos importantes para convertirse en una médica y autora consumada y, al lograrlo, allanó el camino para futuras generaciones de mujeres en la medicina. La visibilidad de Siegemund como escritora, partera y defensora de un incipiente profesionalismo, le otorgó un estatus prácticamente desconocido para las mujeres alemanas del siglo XVII.

Su arquetipo continúa influyendo y empoderando a las mujeres de hoy, recordándonos que con trabajo y dedicación arduos, podemos lograr nuestros sueños y marcar una diferencia en el

mundo.

En números anteriores incluimos la brillante decisión de Google de dedicarle en Marzo de este año, conmemorando un “doodle”, destacando el valor de su acción: la primera persona en Alemania en escribir un libro sobre obstetricia desde la perspectiva de mujer y ser considerada. Fue considerada, además, como la partera que se atrevió a desafiar las actitudes patriarcales en el siglo XVII.





Actividades infantiles y para familias: stands informativos, talleres, pinta caras, cuentacuentos, taller de lactancia, TETADA CONJUNTA (12 h.)



CELEBRACIÓN DE SEMANA EUROPEA DE LA LACTANCIA MATERNA

Como todas sabemos, la Semana Mundial de la Lactancia Materna se celebra en agosto pero es un periodo vacacional en la mayoría de países europeos por lo que Europa lo traslada a estas fechas, del 9 al 15 de octubre, días en los que también se celebra el duelo perinatal, donde monumentos importantes de algunas ciudades o municipios quedan iluminadas con los colores rosa y azul para visibilizar estas pérdidas y el dolor que causan en tantas madres y familias.

Volviendo al tema de la lactancia materna, el 15 de octubre se celebró una fiesta como colofón de esta semana, en Los Jardines de Viveros de Valencia.

Al acto estaban invitados tanto madres y padres como profesionales de la salud, y en la que participaron entidades como la IHAN, grupos de apoyo como AMAMANTA, comisiones de lactancia de algunos departamentos como La Fe o Xàtiva (COHUNALA), y por supuesto asociaciones de mujeres y madres como El Parto es Nuestro o Petra, para dar visibilidad, no solo a la humanización en los procesos de lactancia sino también al del nacimiento.

Se hicieron diferentes talleres, hubo actividades para los niños y niñas algo más mayores como cuentacuentos, pintura facial,

juegos y muy importante o llamativo la llamada "TETADA" en las que todas las madres, sentadas en círculo en el césped, ponen a sus hijos o hijas al pecho a mamar.

Fue impresionante ver la cantidad de familias que acudieron al acto y lo concienciadas que estaban sabiendo que lo hacían no por moda, sino por mejorar la salud de sus criaturas y la suya propia, a corto, medio o largo plazo.

Dar pecho o leche materna tiene que dejar de verse como una moda de algunas madres, a las que llaman "hippies" o "naturalistas", dar leche materna no solo tiene beneficios en la salud materno infantil, como ya he dicho, sino que también, tiene beneficios para la sostenibilidad del planeta y por supuesto, en la cantidad de dinero que el sistema sanitario ahorraría en gastos derivados de enfermedades y patologías prevenibles con la lactancia materna.



En cualquier caso, enhorabuena a esas madres y a las y los profesionales que con una información veraz y científica, ayudan en la toma de decisiones sobre la salud de ellas y de sus criaturas a través de la promoción de salud. Actos como estos posibilitan la visibilización una realidad, a informarse, a compartir y sobre todo, a sentirse acompañadas.

MICL.Redactora



LAS MATRONAS CORDOBESAS INSTALAN UNA MESA INFORMATIVA PARA VISIBILIZAR EL DUELO PERINATAL...

NOTA DE PRENSA DEL COLEGIO
DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA
(16/octubre /2023)

Con motivo del Día Mundial del Duelo Perinatal celebrado este 15 de octubre, el grupo de trabajo de las enfermeras especialistas en Ginecología y Obstetricia del Colegio de Enfermería de Córdoba realiza esta acción de sensibilización entre la población, a las puertas de la nueva sede colegial; a la par que solicita formación específica, mejora de los protocolos y unidades de atención específicas.

Con una mesa informativa ubicada a las puertas de la nueva sede colegial, el grupo de trabajo de las matronas del Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba se ha querido sumar esta tarde a la celebración del Día Mundial de la Muerte Gestacional, Perinatal y Neonatal, que se conmemora el 15 de octubre de cada año para recordar las pérdidas de los bebés cuyas familias estaban esperando y no llegaron, o llegaron y no se quedaron.

Con esta mesa, el Colegio cordobés ha querido visibilizar la realidad de las familias que viven un duelo perinatal y sensibilizar a la población en torno a este tema, a la par que mostrar el apoyo

de las matronas y enfermeras cordobesas a estas familias, *«y promover mejoras en la atención que brindamos a las personas afectadas»*, como ha afirmado Eva Sánchez, referente del citado grupo de trabajo, vocal de la Comisión Plenaria del Colegio y matrona del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

El duelo perinatal es aquel que se produce tras la pérdida de un bebé durante el embarazo o en los momentos previos o posteriores al parto. En España, la tasa de mortalidad perinatal en 2021 fue de 4,39 según datos del INE.

El duelo perinatal es un proceso antinatural, donde la vida y la muerte se dan de la mano, que está lleno de estigmas y tabúes.

«Urge visibilizar este proceso y romper con el estigma para que las familias que sufren esta pérdida puedan sobrellevarla de la manera más saludable posible y para que los profesionales podamos acompañarlos adecuadamente en su dolor», explica Eva Sánchez.



Por ello, las matronas y enfermeras han querido unirse a esta celebración mediante esta mesa informativa, en la que cuatro matronas cordobesas han explicado activamente a los ciudadanos, en representación de este colectivo, las principales cuestiones en torno al duelo perinatal, en una iniciativa que ha contado con el interés de cordobeses de diversas edades y de la propia vocal en Córdoba de la Asociación Andaluza de Apoyo al Duelo Perinatal (Matrioskas), que también ha visitado esta mesa.

Las matronas y enfermeras cordobesas también han aprovechado para manifestar:

- Que el duelo por el bebé no nacido es un sentimiento real con implicaciones en la salud física y mental de las familias que lo sufren y que tiende a ser invisibilizado y no tratado.
- Que el duelo de cada familia es único y que en ocasiones necesita asistencia sanitaria especializada.
- Que el puerperio de la madre que ha perdido un hijo durante el embarazo o en torno al parto debe ser atendido específicamente con la complejidad que supone.
- Que los posibles futuros embarazos de estas familias requieren un acompañamiento especial.
- En Atención Hospitalaria, Primaria y Especializada.

Por todo ello, las matronas y enfermeras cordobesas también solicitan:

- Formación específica para los profesionales que acompañan las pérdidas perinatales.
- Creación y mejora de protocolos en atención hospitalaria sobre muerte gestacional, perinatal y neonatal, estandarizados y consensuados a nivel nacional.
- Promoción de unidades de seguimiento específico de atención al duelo perinatal en los servicios de atención primaria, unidades de salud mental así como en obstetricia y ginecología.



- Atención sanitaria respetuosa con las familias afectadas con la intimidad, el tiempo y el espacio adecuado para ello.
- Concienciación social para que todas las personas que tratan a estas familias lo hagan con la sensibilidad y empatía necesaria.

Igualmente, estas profesionales cordobesas y el propio Colegio de Enfermería de Córdoba quieren mandar su apoyo a las familias que sufren estas pérdidas y agradecer a los profesionales que trabajan día a día por prestar la atención que merecen.

JORNADA SOBRE ASPECTOS LEGALES DE LA LACTANCIA

INSCRIPCIÓN gratuita

Aforo limitado

DIRIGIDO A: MATRONAS, ENFERMERAS, ESTUDIANTES, RESIDENTES, PADRES Y MADRES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

INSCRIPCIÓN: Escribe un email a clactancia@cecova.es (en el asunto indica "Aspectos Legales Lactancia" y en el mail: Nombre, Apellidos, nº de colegiado (en caso de tenerlo) y si eliges online o presencial. Se hará en streaming, para quien elija la opción online.

Plazo máximo inscripción 03/11/2023
Organiza: La comisión de humanización lactancia y nacimiento CECOVA.
Colaboran: CECOVA, AMAMANTA, IÑAN

Email: clactancia@cecova.org

Página web: www.portalcecova.es

Lugar:
Salón de Actos
Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.
Calle Polo y Peyrolón, 59
Valencia.

ASPECTOS LEGALES DURANTE LA LACTANCIA

07/11/2023

Legislación española relativa a la lactancia materna.
Normativa atinente a la protección de la maternidad y lactancia, respecto a la mujer trabajadora.
Permiso de maternidad.
Permiso de lactancia.
Permiso de excedencia.



INFORMACIÓN:

www.portalcecova.es



VI JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO:
“ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO TENEMOS QUE TOMAR PARTIDO. INTERVENCIONES DESDE DISTINTOS ÁMBITOS QUE SUMAN”

FECHA: 16 de noviembre 2023. **HORARIO:** 08:30 a 15:00 horas
DURACIÓN: 6 horas acreditadas **LUGAR DE CELEBRACIÓN:** HOSPITAL SANTA CRISTINA
C/ Maestro Vives, nº 2 . Salón de Actos, Planta Baja. 28009 MADRID
NÚMERO DE PLAZAS: 145 alumnos

FECHA LÍMITE PARA LA INSCRIPCIÓN: hasta completar aforo

Para la obtención del Certificado ES IMPRESCINDIBLE:

- en los cursos de 20 horas o menos, la asistencia y firma del 100% de las horas lectivas.
- en los cursos de más de 20 horas, la asistencia y firma de, al menos el 90% de las horas lectivas

Organiza: Dirección Asistencial Centro. Unidad de Formación Continuada. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Dirigido a: Profesionales sanitarios y no sanitarios de la Dirección Asistencial Centro.

Área temática/Línea estratégica: Violencia de Género

Objetivos:

Conocer las intervenciones que se realizan contra la violencia desde otros ámbitos.
Promover actitudes en los profesionales asistenciales de los Centros de salud que implementen una atención multidisciplinar y de calidad con un enfoque de género en la demanda asistencial.

Metodología:

- Exposición de contenidos teóricos.
- Análisis y debate sobre la revisión y/o abordaje de cada tema y su aplicabilidad en otros Centros

Coordinación:

Coordinación Docente: Sonia López Palacios. Directora Asistencial Enfermera de la Dirección Asistencial Centro

Coordinación Técnica: M^a José Ruiz Cervigón. Unidad de Formación Continuada. Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Coordinación Administrativa: Manuel Calderón Vivas. Unidad Administrativa de Formación Continuada. Telf. 91-3700644. Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Toda la información actualizada de cursos se encuentra e:

https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/DocenciaInvestigacion/Paginas/ListadoCursos_3.a_spx

8:30-8:45. Inauguración. Dra. M^a Rosario Azcutia Gómez, Gerente Adjunta de Asistencia Sanitaria de Atención Primaria. Dra. Clara Abad Schilling,

8:45-09:30. Conferencia inaugural:

Toda violencia de género comienza por la violencia psicológica. Hablemos de creencias en la relación de pareja.

D^a M^a Jesús de Marco Ubero. Enfermera experta em urgencias y emergencias. Responsable de Violencia de Género en el SUMMA

09:30-11:30. 1^a Mesa: Intersectorial

Moderadora: D^a Elvira Polo Egido. Responsable de Centros en la Dirección Asistencial Centro Comisión Hospitalaria contra la Violencia en el Hospital Clínico Universitario San Carlos. D^a Teresa Martín Acero, Presidenta de la Comisión

- **Repercusión de la Violencia de Género en lo/las niños/as.** Dr. Julián Lirio Casero. Responsable de la Unidad de Pediatría Social del HU Niño Jesús
- **Abordaje del forense en la Violencia Sexual.** Dr. Emilio R. Donat Laporta. Subdirector del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid. Consejería de Presidencia, Justicia y Administración Local. Consejería de Presidencia, Justicia y Administración Local.
- **Programa ATIENDE.** D^a Leticia Camarillo Gutiérrez. Psicóloga Hospital Universitario Gregorio Marañón, Salud Mental

11:30-11:45. Descanso

11:45-13:45. 2^a Mesa: Experiencias en los Centros de Salud:

Moderadora: D^a Cristina Antón Barca. Responsable de Centros en la Dirección Asistencial Centro

- **Proyecto “El Latido de las Mariposas depende de nuestra actitud”.** D^a Itziar Prats Fernández, Proyecto educativo y social; D^a Mónica Igea Moreno, enfermera del Hospital Niño Jesús.
- **Sensibilizar a la Comunidad para prevenir la Violencia de Género.** D. Javier Carretero Sanz, Enfermero del Centro de Salud N^a Sra. de Fátima.
- **Formación como herramienta para detección precoz de Violencia de Género.** D^a Rosa Martínez Ortega, Enfermera del Centro de Salud Caramuel
- **Seguir trabajando para y con la Comunidad.** D^a Soledad Sánchez Hernández. Trabajadora Social jubilada del CS N^a Sra. de Fátima
- **Programa de Educación en Violencia de Género de Institutos.** D^a Raquel García González y D^a Susana Cámara Díaz, Enfermeras del Centro de Salud San Andrés.

13:45- 14:30. Conferencia de Clausura:

La violencia que sufren las mujeres jóvenes.

Doña Roma de Las Heras Gómez. Federación de Mujeres Jóvenes

14:30 – 15:00. Conclusiones. Eva Hernán Hernández. Enfermera de Promoción y Prevención de la Dirección Asistencial Centro



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Buscamos profesionales con el Grado Universitario en Enfermería y título de especialista en Enfermería Obstétrica- Ginecológica (Matrona) para el Hospital General del Hospitalet.

En el Consorci Sanitari Integral trabajamos en equipo y te damos soporte para que puedas continuar creciendo como profesional.

¿Por qué trabajar con nosotros?

La matrona seleccionada trabajará en la Sala de Partos del Hospital, teniendo en cuenta la promoción del nacimiento normal y fisiológico. Proporcionando una atención de calidad humana basándose en la evidencia científica, capaz de dar respuesta de forma integral a las necesidades de las dones en el proceso del parto y el puerperio inmediato.

¿Qué te ofrecemos?

- La oportunidad de trabajar en el Consorci Sanitari Integral, una entidad pública de servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios de más 3.400 profesionales.
- Turno noche (20:00h a 08:00h) a jornada completa y horario 12h en secuencia de semana corta (miércoles y jueves), semana larga (lunes, martes, viernes, sábado y domingo) y 1 libranza de fin de semana cada 6 semanas.
- Contrato de un año con posibilidad de larga duración pendiente de convocatoria.
- Salario según convenio SISCAT.
- Incorporación en Noviembre.

¿Qué tienes que hacer si estás interesado/a?

Tendrás que enviar un Currículum Vitae a la siguiente dirección de correo electrónico:

seleccio@csi.cat

indicando en el asunto la referencia E0123 y el medio por el que has conocido esta oferta.

Hospitalet de Llobregat, octubre 2023

Direcció de Talent i Gestió del Coneixement - Av. Josep Molins 29-41- 08902 L'Hospitalet de Llobregat



XXIII

Curso de Formación Continuada del Grupo GEMMA

16 y 17 de Noviembre de 2023



Mujer y Salud[™]



SEDE:

AULA MAGNA Pabellón Docente Hospital
General Universitario Gregorio Marañón
C/ Ibiza, 45 – Madrid



Secretaría Técnica Tomeu Sagrera

Santa Engracia, 158
28003 Madrid

Tel.: (+34) 913 641 146

tomeu.sagrera@viajesazulmarino.com



Secretaría Científica

C/ Lago de Sanabria, 19

28411 Moralarzal (Madrid)

José Nuño. Tel.: 639 13 00 67

pepe@pepefarma.com



Organiza: GEMMA

(Grupo para el Estudio de la Mujer de Madrid)



Hospital Universitario
de Getafe

Comunidad de Madrid



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

Colaboran:



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD
TOKO-GINECOLOGÍA
PRÁCTICA



PROGRAMA: 16/NOVIEMBRE 2023

MAÑANA

8:30-9:00. Entrega de Documentación.
9:00-9:10. Bienvenida. Dirección Médica del Hospital
9:10-9:30. Presentación de las jornadas.

Dr. Lizarraga/ Dr. Huertas

MESA MENOPAUSIA.

Moderador: Dr. Santiago Palacios

9:30-9:50. Cerrando el círculo. *Dr. D. Manuel Marcos*
9:50-10:10. Sexualidad en Menopausia. *Dra. Blanca Martínez Gamón*
10:10-10:30. Fallo ovárico precoz. Prevención y tratamiento. *Dra. Carmen Hernández*
10:30-10:50. Salud ósea en la mujer menopáusica. *Dra. Patricia Castro Pérez.*
10:50-11:50. Coloquio.
11:50-12:20. Pausa (café)

MESA FUNCIONAL-ANTICONCEPCIÓN.

Moderador: Dra. Carmen Pingarrón

12:20-12:40. Paciente con obesidad en la consulta de ginecología. Manejo interdisciplinar.
Dr. Rosado/Dr. D.M. Ángel Huertas/ Dña. Maite Ramirez.
12:40-13:00. Plan reproductivo en la mujer sana. Papel de la matrona. *Dña. Cristina González*
13:00-13:20. Papel de los LARC en la vida de la mujer. *Dra. Marta Salvador Osuna.*
13:20-13:40. Indicaciones de la preservación ovocitaria. Papel en la planificación familiar.
Dra. Dña. Teresa Muñoz.
13:40-14:10. Coloquio.

14:10-15:30. Comida libre.

MESA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA.

Moderador: Dr. José Manuel Menéndez

15:30-15:50. Importancia de la microbiota vaginal en la patología ginecológica oncológica.
Dra. Belén Martín Salamanca
15:50-16:10. Ablación de miomas uterinos. Indicaciones. Descripción de la Técnica. Resultados.
Dra. Verónica Moreno Molinero.
16:10-16:40. Suelo pélvico: Actualización de técnicas con base tecnológica.

16:40-17:00. Pausa.

MESA OBSTÉTRICA.

Moderador: Santiago Lizarraga

17:00-17:20. Actualización en tromboprofilaxis en el embarazo. *Dra. Arantxa Meabe*
17:20-17:40. Protocolo de estudio de la anemia durante la gestación. *Dra. Ruiz Labarta.*
17:40-18:00. Protocolo de evaluación del crecimiento fetal. *Dra. Pilar Payá.*
18:00-18:30. Coloquio.

18:30. Fin jornada tarde.



PROGRAMA DIA 17 NOVIEMBRE 23

MAÑANA

MESA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA INFECCIOSA.

Moderador: Dr. Tirso Pérez Medina

9:00-9:20. Nuevo protocolo del cribado de cáncer de cérvix. Estrategia de la Comunidad de Madrid.

Dr. Gonzalo Nozaleda Pastor

9:20-9:40. Test de diagnóstico rápido en las vulvovaginitis. *Dr. Miguel Ángel Huertas*

9:40-10:10. Vacunación VPH en adultos. ¿Tenemos que vacunar a todos?.

Dra. M^a Victoria Bravo Violeta.

10:10-10:40. Estado actual del diagnóstico y manejo de las ITS. *Dr. Luis Darío Vázquez*

10:40-11:10. Coloquio.

11:10-11:30. Pausa (Café)

MESA ABORDAJE PSICOSOCIAL.

Moderador: Dr. Miguel Ángel Rodríguez Zambrano

11:30-11:50. Manejo de la agresión sexual. Código VISEM. *Dra. Artemisa Recio*

11:50-12:10. Violencia obstétrica. ¿Es un término adecuado?

Dr. Vicente Patiño/Dra. Isabel Martín

12:10-12:30. Controversias en la identificación del recién nacido. *Dra. Irene Cuadrado*

12:30-12:50. "Globesity", un nuevo y creciente desafío obstétrico.

Dña. Rosa M^a. Plata Quintanilla. Presidenta Asociación Española de Matronas.

12:50-13:20. Coloquio.

13:30. Clausura del curso.

Directores del Curso:

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

Dr. Santiago Lizárraga. Jefe Servicio Ginecología Hospital Universitario Gregorio Marañón

Acceso aula: C/ Ibiza, 45 – Madrid





28 - 29 FEBRERO 2024 OLYMPIA LONDRES

¿Por qué asistir a Women's Health Professional Care?

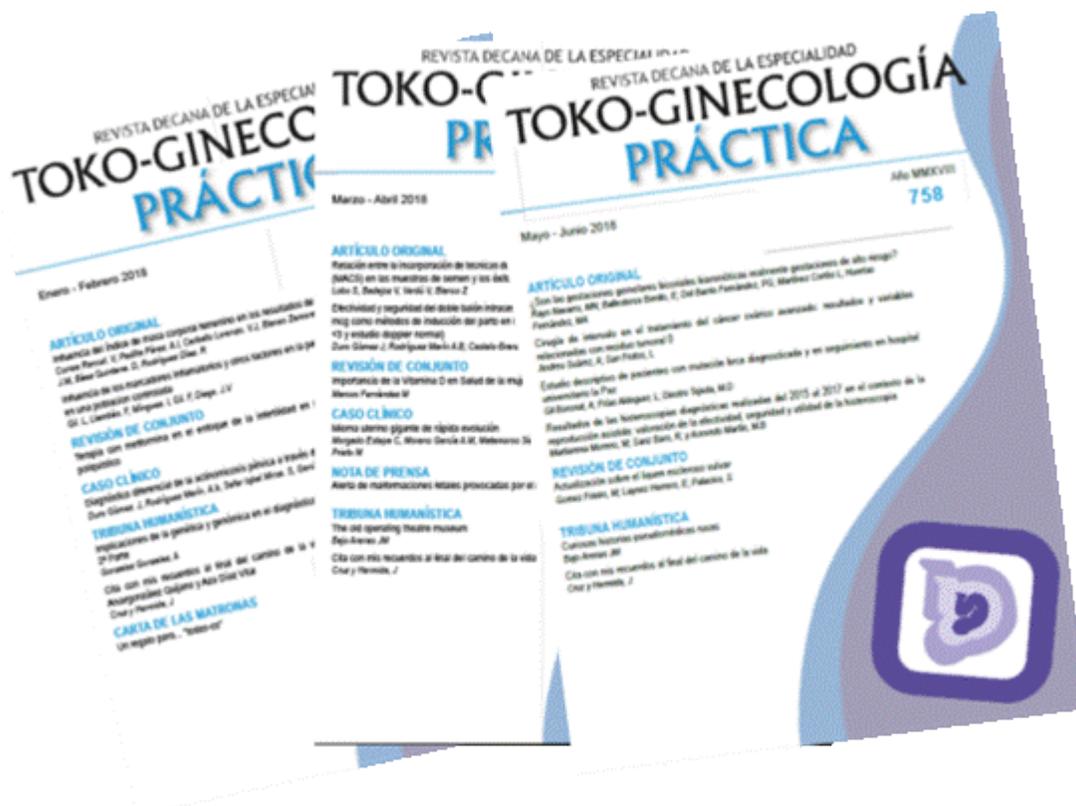
El próximo evento Women's Health Professional Care es la oportunidad perfecta para que los profesionales de la salud se mantengan informados y educados sobre los últimos desarrollos en la salud de la mujer. Este evento de dos días, que tendrá lugar del 28 al 29 de febrero de 2024 en Olympia London, explorará temas de importancia crítica que afectan la salud y el bienestar de las mujeres. Como profesional de la salud, es vital mantenerse al día sobre las últimas estrategias gubernamentales para la salud de la mujer, y asistir a este evento le dará la oportunidad de hacer precisamente eso.

Figuras influyentes como Davina McCall, autores aclamados como Caroline Criado Pérez y toda una serie de grupos de campaña han llamado enérgicamente la atención sobre la falta de asesoramiento de calidad sobre temas de salud específicos de las mujeres, las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la atención médica y el hecho de que tantos aspectos de nuestro sistema de salud parecen haber sido diseñados principalmente por y para hombres.

Esto es extrapolable a cualquier país del mundo.

<https://www.womenshealthprofessionalcare.co.uk/why-attend>

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

infomatronas@gmail.com

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

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

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



matronas hoy
 TERCERA ETAPA. VOLUMEN 11 Nº 2 AÑO 2023
 REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
 ISSN: 2340-0161

SUMARIO

Editorial

Originales

- Calidad de vida en personas con útero portadoras de VPH de bajo riesgo en la región de Valparaíso, año 2022.

Revisiones

- Cuando el embarazo da un giro inesperado: consulta de matrona en diagnóstico prenatal
- Alcance de la evidencia de los consultores de lactancia en la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los últimos 10 años

Artículo especial

Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos

Caso clínico

Confusión en la interpretación de la frecuencia cardíaca fetal en un caso de muerte fetal anteparto: a propósito de un caso

Echando la vista atrás

Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades Enfermeras. 1ª parte

Entrevista

- María Paz de Miguel Iñáñez

Agenda

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

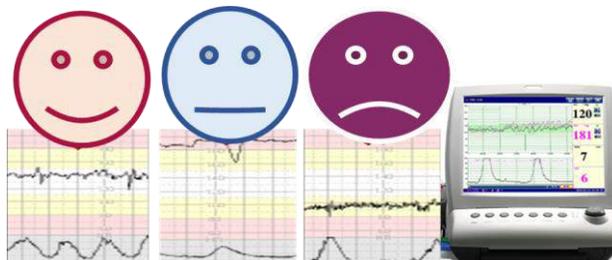
DAE EDITORIAL

¡ÚLTIMO NÚMERO!
 Descargar
www.aesmatronas.com

FORMACIÓN
CONTINUADA



**CURSO DE VALORACIÓN
FETAL INTRAPARTO**



FECHAS: 29, 30, 31 de enero y 1 de febrero 2024
HORARIO: 15:30 a 20:30h

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: 90 €

Residentes: 100 €

No asociados: 150 €

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

PLAZO DE INCRIPCIÓN: de 1 de noviembre 2023 a 10 de enero 2024

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

Accreditado por la Agencia de Acreditación de
Formación Continua del S.N.S



**2 CURSOS BÁSICOS DE
ECOGRAFÍA (INTENSIVO)
PARA MATRONAS.
23 y 24 de enero 2024**

ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3
Colegio de Enfermería de Madrid

HORARIO:

Carga lectiva presencial 9 horas.

De 9:00h. a 14:00

De 16:00h a 20:00

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



**INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16
ALUMNAS/OS**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS**

Mediante mail:

matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

SOCIOS Y VINCULADAS..... 90 €

NO SOCIOS: 140 €

EIR: 110 €

La ADMISIÓN al Curso se hará por
riguroso orden de solicitud.

PLAZO DE INSCRIPCIÓN: Desde el 1 de noviembre a 30 de diciembre 2023

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





OBJETIVO:

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

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

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

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

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

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

- **Ecografía segundo trimestre (Práctica)**

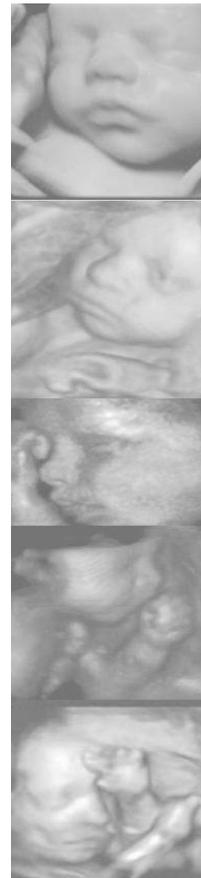
- **Ecografía tercer trimestre (Teórica)**

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

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

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

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



FORMACIÓN
CONTINUADA



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 consultas. 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

**PENDIENTE DE FIJAR FECHAS****4ª EDICIÓN CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO 2024**

FECHA 2024. Mañana	De 09:00h a 14:00h.
FECHA 2024. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2024. Mañana	De 09:00 a 14:00h.
FECHA 2024. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2024. Mañana	De 09:00h. a 12:30h.

MATRICULA:**PLAZOS DE INSCRIPCIÓN**

Socios y vinculados: 90 €

Residentes: 110 €

No asociados: 140 €

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3. 28007 Madrid

Solicitud de inscripción en (SOLO POR MAIL):matronas@asociación-nacional.com

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

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

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



RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Pendiente de fechas

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 HORAS: 20 horas

ACREDITADO

+ de 44 AÑOS + de 44 LOGROS



