

Info MATRONAS



MARZO 2024 N.º 83

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



Foto: Ana Moreno

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:**
 - ¿MALA PRAXIS?. A PROPÓSITO DE UN CASO
- ❑ **ESPECIAL II:**
 - LA A.E.M. APREMIA AL MINISTERIO DE SANIDAD Y AL CONSEJO INTERTERRITORIAL POR LA CATEGORÍA A1
- ❑ **HEMOS LEIDO:**
 - OBJETIVO RECIENTE PARA LA CIENCIA Y LA INDUSTRIA: EL UTERO
 - TECNOLOGÍA DE TAMPONES INTELIGENTES: EL FUTURO DE LA SALUD REPRODUCTIVA
 - NOTA DE PRENSA DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA
- ❑ **MUY INTERESANTE:**
 - NI SIQUIERA EL QUESO DE LA RATONERA ES GRATIS
 - FELICIA, UNA MATRONA DE MADAGASCAR...
 - SIN RELACION ENTRE EL NACIMIENTO PREMATURO Y EL AUTISMO
 - RARO CASO DE EMBARAZO ECTÓPICO: EMBARAZO ABDOMINAL
- ❑ **ENTREVISTA CON:**
 - JUAN MIGUEL MARTINEZ GALIANO
- ❑ **BREVES:**
 - CONGRESO NACIONAL SCELE
 - XXIX CONGRESO EUROPEO DE MEDICINA PERINATAL
 - XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE CONTRACEPCIÓN
- ❑ **NOTICIAS DE SIMAES:**
 - CONVOCATORIA ELECCIONES
- ❑ **BUENAS NOTICIAS:**
 - PRIMERA MICROCREDENCIAL UNIVERSITARIA: ECOGRAFIA OBSTETRICA PARA MATRONAS
 - 5 HOSPITALES ANDALUCES INSTALAN UNA CUNA DE ABRAZOS
 - LA A.E.M. CLAUSURA CON ÉXITO LOS CURSOS DE ECOGRAFÍAS Y VALORACIÓN DE BIENESTAR FETAL INTRAPARTO
- ❑ **MATRONAS CÉLEBRES**
- ❑ **AGENDA A.E.M.:**
 - PRÓXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA A.E.M.



¿MALA PRAXIS?. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vivimos tiempos convulsos en nuestra sociedad pero también en nuestro sistema sanitario. La falta de personal y de recursos, así como muchos recortes en las prestaciones sanitarias han generado un clima de crispamiento y lo que es más doloso, de desmotivación y mucho “síndrome de burnout”, o “estar quemado” por parte de muchos colectivos sanitarios, entre ellos el nuestro.

Dicho esto, no es justificable realizar nuestras prácticas asistenciales sin tener en cuenta los aspectos éticos y legales que imprimen el carácter de excelencia a nuestro trabajo. No podemos permitirnos justificar ninguna acción que falte a los principios éticos y deontológicos que deben regular nuestra profesión. Las personas, las mujeres o parejas a las que atendemos, no son las responsables del mal funcionamiento del sistema sanitario.

Quizá el problema es el desconocimiento de los valores éticos de toda profesión, y más si es sanitaria, que deben estar presentes en nuestro día a día. Quizá es que nos hemos “tecnificado” tanto que hemos olvidado lo esencial, el trato humanizado, y con ello digo, que hemos olvidado que la persona que tenemos a nuestro cuidado merece ser respetada en su dignidad, respetada en su intimidad, recibir una información adecuada, correcta y sobre todo, honesta.



Y con “honesta” me refiero no solo a lo que dice el diccionario de la RAE: “ *aquella persona que es decente, decorosa, pudorosa, razonable, justa, honrada y recta*”. Me refiero a la honestidad, como una manera de hablar y actuar con sinceridad, es más que no mentir, engañar, robar o hacer trampas. Implica mostrar respeto hacia los demás y tener integridad y conciencia de sí mismo. Eso pasa indiscutiblemente por conocer nuestros límites como persona para abordar determinadas situaciones y como profesional conociendo cuáles son nuestras competencias, teniendo en cuenta nuestras capacidades, conocimientos y habilidades, en el ejercicio de nuestro trabajo.

CASO PRÁCTICO:

Os voy a presentar un caso real, omitiendo nombres, por supuesto para preservar la protección de datos, y en el que invito a reflexionar sobre los hechos acontecidos y que sinceramente creo, después de tantos artículos en los que se han explicado conceptos, definido los valores, etc., podréis llegar a vuestras propias conclusiones. Y si además sirve para que algo cambie en vuestra forma de proceder después de su lectura, sentiré que un granito de arena puede cambiar un desierto, como el efecto mariposa que todas y todos conocéis. Espero no ser demasiado pretenciosa, o igual soy una ilusa, todo puede ser.



Hechos:

Nota: Señalar como antecedente que toda la consulta es grabada en video por la pareja (no sabemos si con el consentimiento de la matrona o no).

Gestante de 12 semanas (por FUR) que acude a la consulta de su matrona en el CS. La matrona realiza ecografías y mientras está explorando mediante eco-doppler a la gestante, ésta pregunta por el latido fetal de su hijo. La matrona tiene dificultad en encontrarlo y refiere que lo escucha débilmente pero lo escucha (¿latido materno? ¿alguna arteria uterina?) A la curiosidad de la madre por conocer si se escucha bien esta le responde: “sí, se marca, pero no lo cojo bien la franja” y lejos de dudar, y según refiere la gestante *“refuerza en varios momentos la existencia del latido”*.

En ese mismo contexto, hay dos compañeras o residentes (no se especifica), hablando con la matrona de otros asuntos de organización de la consulta, de citas, de libranzas, que nada tienen que ver con la situación y de los que es testigo tanto la gestante como su pareja (recuerdo que sigue grabando y quedan recogidos todos los comentarios).



Ese mismo día, por la tarde, acuden a un obstetra privado quien tras realizarle la ecografía correspondiente, determina y notifica a la *pareja- en palabras de esta : “ nos da la dura noticia de que el latido del feto de casi 11 semanas se había parado hacía días”*.

La gestante es ingresada en hospital privado para tratamiento farmacológico y posterior legrado al día siguiente lo que, según la afirmación de la gestante *“supuso para nosotros un sufrimiento psíquico y emocional muy grave”*. Al alta, se ponen en contacto telefónico con la matrona para contarle los hechos ocurridos la víspera y que *“sorprendentemente”* refleja la mujer: *“Ella nos reconoce que no vio latido pero que no nos lo dijo “porque no nos quería preocupar” y, además, alega que le comunicamos que teníamos cita con un ginecólogo privado esa misma tarde. Sin embargo, ella no supo que teníamos consulta privada hasta mucho después de hacer esa prueba”*.

Hasta aquí los hechos, pasemos a la reflexión.

REFLEXIÓN ÉTICO-LEGAL

Evidentemente, hay que escuchar o conocer la versión de la matrona pero de lo que no se puede dudar es que el contexto ya de por sí incumple el derecho a la intimidad de la paciente con la presencia de otros profesionales, supuestamente sin su consentimiento, e interfiriendo en la consulta y la atención plena a esa situación.

Por otro lado, las matronas tienen dentro de sus competencias poder realizar ecografías básicas, morfológicas, nunca diagnósticas por supuesto, pero ante cualquier duda en la aplicación de una técnica, sea ecográfica o de monitorización fetal en cualquier etapa, la *“duda”* ante cualquier alteración de lo fisiológico o *“normal”*, debemos remitir al especialista correspondiente, como urgencia o diferido preferente.

¿Si actuó según la *lex artis* de las matronas? Dejo la respuesta a vuestra reflexión. Cabe añadir que la paciente, según la ley 41/2002, de derecho a la autonomía e información, tiene reconocido conocer toda información referente a su salud o enfermedad ante cualquier tipo de actuación sobre su proceso, máxime si de ello se derivan otras acciones que repercuten sobre ella con otro tipo de intervención.



¿Qué habría ocurrido de no ir a su ginecólogo privado esa misma tarde?

Supongo que todas y todos lo sabéis.

Principio de no maleficencia

- Enfatiza la obligación ética de no hacer daño
- Omitir actos que pueden causar un daño o perjuicio
- Es la aplicación del principio de Hipócrates que consignó como primordial en el ejercicio de la medicina: **“Primum non nocere”**.
- Aplicar técnicas y cuidados correctos
- Aplicar procedimientos y normas que rigen las buenas prácticas

A todas luces y a falta de más información, se incumple el principio de “no maleficencia” puesto que el dolo causado por la terrible noticia, de entrada, es psicológico, sin lugar a dudas, independiente de los que se derivasen de no haber realizado el legrado y pasado el tiempo.

CONCLUSIONES

Creo que tenéis suficiente conocimiento para haber reflexionado sobre las cuestiones éticas y legales de este caso. No debemos emitir juicios de valor porque de eso ya se encargan otros organismos, instituciones y profesionales en el proceso de investigación, ya que en este caso concreto hay queja y denuncia, pero sí podemos reflexionar sobre lo importante que es conocer la deontología profesional y las leyes que protegen al paciente para garantizar sus derechos, y sobre todo, y es mi opinión, ser honestos en la información que ofrecemos ante cualquier cuestión planteada por parte de las usuarias.

Conocer nuestras competencias y límite de las mismas no nos hace “incompetentes”, muy al contrario, nos hace prudentes y buenos profesionales sin caer en “la medicina defensiva”. La formación en técnica y en ética nos hace mejores profesionales, sin duda, y ambas son imprescindibles dentro de las buenas prácticas en obstetricia y ginecología que, como matronas, debemos revisar en el ejercicio de nuestra profesión.

Una cosa que sí os puede decir es que, es muy importante cuidar el ambiente de la consulta, dilatación o paritorio, las conversaciones o comentarios entre los diferentes profesionales delante de la persona o personas, así como, limitar el número de profesionales presentes a los que la mujer tiene derecho de conocer (y ellos la obligación de identificarse) y a los que puede consentir o no su presencia.



Otra cuestión o debate es la de permitir los medios audiovisuales dentro de la consulta, sala de dilatación, paritorio, etc. con o sin permiso del profesional, si es lícito, si es un derecho o los argumentos para posicionarse a favor o en contra, pero eso es otro debate, aunque en este caso y en otros que conozco, han servido como pruebas en un juzgado.



Llegada a este punto y como reflexión, ¿creéis que la relación entre esa paciente y la matrona se ha roto? ¿se ha truncado la confianza en ella? ¿volverá a su consulta en otra ocasión?, responded vosotras y vosotros.



Y sin más que decir, dejo abierto el tema para vuestro debate interior y si de esto hay algún aprendizaje, perfecto, si no, gracias por leer hasta aquí.

Para finalizar, la frase de Bertrand Russell, filósofo, matemático y escritor británico:

“No creas conveniente actuar ocultando pruebas, pues las pruebas acaban por salir a la luz”.

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

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS APREMIA
AL MINISTERIO DE SANIDAD Y AL CONSEJO
INTER TERRITORIAL POR LA CATEGORÍA A1.
(26/02/24)



(Transcribimos el contenido)

“Nos dirigimos a Ud. en nombre de la Asociación Española de Matronas, decana de las asociaciones de este colectivo, fundada en 1978.

*Deseamos recordarle la imperiosa necesidad que sin duda conocerá muy bien, de actualizar o realizar una nueva **clasificación de las profesiones tituladas** en base al artículo 76 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que, claramente se debe situar a las Matronas (Enfermera Especialista Obstétrico-ginecológica) en el Grupo A1.*

Se viene manteniendo un claro incumplimiento al no respetar la estructura de las titulaciones universitarias implantada tras el proceso de Bolonia, a partir de la cual las antiguas diferencias entre licenciados y diplomados han desaparecido.

Para mayor agravio, las Matronas estamos en posesión del título de Grado como Enfermeras (240 créditos) y, además, los 120-144 ECTS (European Credit Transfer System) obtenidos durante la formación de la Especialidad, regulada en 3.600 horas (clínicas y teóricas) por la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 que fue traspuesta a nuestro ordenamiento jurídico mediante el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre.

Ahondando más, la especialidad de Matrona presenta diferencias con el resto de las especialidades enfermeras incluso, en que ninguna de las demás especifica las horas de programa a cumplir y como en el caso de todas ellas, la de Matrona es la única especialidad a la que no se puede acceder por ninguna vía extraordinaria de las existentes y en marcha.

Las Matronas, oficio primero y profesión después, tan antiguo como la humanidad, han sabido adaptarse en cada momento a las necesidades de la población, de cuidados y atención, con una respuesta impecable. Las Matronas tenemos el perfil profesional idóneo para cuidar y atender a la mujer a lo largo de toda su vida, en su salud sexual-reproductiva-afectiva. Así lo han expresado todos los organismos internacionales relacionados con la salud.

*Por cierto, el pasado 6 de diciembre de 2023 la UNESCO ha sido incluido nuestro trabajo **"Partería, conocimientos y habilidades"**, en la **Lista del Patrimonio de Bienes Inmateriales de la Humanidad**.*

A lo largo de la historia el colectivo de Matronas, hemos pagado muy caro el ser un grupo profesional pequeño y exclusivamente femenino hasta 1980, aunque la proporción sigue siendo mayoritaria femenina a día de hoy.

Y dicho todo esto, volvemos al tema y motivo de esta carta: La re-clasificación que reclamamos, lícita y con toda la razón que nos asiste, fundamentada en la incoherencia del actual esquema establecido por el EBEP en su artículo 76.

Ahora la pregunta es: ¿cuándo, cómo y cuánto?.

En nuestra relación con las distintas administraciones y, en particular con el Ministerio de Sanidad, desde hace 46 años, las Matronas hemos “sufrido” toda clase de “ninguneos” de las/os más de 30 ministros, sus subsecretarios, sus directores generales y muchos consejeros y presidentes de CCAA, relacionados con los plazos o incumplimientos.

*Esperamos que Ud. entienda nuestra suspicacia respecto a los **plazos ¡porque hacerlo tienen que hacerlo!**.*

No nos queda más remedio que justificar brevemente, precisamente por los tiempos, las razones de nuestros recelos:

1986. España acaba de entrar en la Comunidad Económica Europea (Unión Europea) y el Tratado exige el cumplimiento de muchos extremos entre los que se encuentran la formación de las Matronas por la Directiva 80/154/CEE. En otros países, de reciente incorporación entonces, se adaptaron los programas formativos a la mencionada Directiva de inmediato, pero en España se procedió al cierre de las antiguas Escuelas de Matronas y así quedó interrumpida la formación durante 8 años, provocando un problema de recambio generacional que aún arrastramos.

Este desastre se lo debemos a la indolencia, al desinterés e irresponsabilidad de los ministros Julián García Vargas, Julián García Valverde y José Antonio Griñán Martínez, aun existiendo un recurso el 11 de octubre de 1989 contra el Reino de España, por no haber adoptado medidas en los plazos establecidos, por parte del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas.

En 1994, con la Ministra Ángeles Amador en 1994 se puso en marcha el modelo formativo actual pero el daño ya fue irreparable.

También en esta ocasión la Asociación Española de Matronas participó activamente, liderando desde la presidencia de la Comisión Nacional la elaboración del nuevo programa formativo de las matronas adaptado a las exigencias de la UE.

*1987. RD 3/1987, de 11 de septiembre. Cambio de modelo retributivo con el que las matronas perdemos un 13% en nuestra nómina, respecto a las nuevas retribuciones de enfermería, a cuenta del complemento de “especialidad” de entonces. Tampoco se contempló en la asignación del complemento que reconocería la complejidad técnica, autonomía, penosidad, responsabilidad y la dificultad de tratar con dos pacientes a la vez (madre-hijo) con la dificultad de acceso al feto intra-útero, que podría encajar en lo previsto **en el Art. 2, apartado a) y b) del mencionado RD. Nunca se solucionó. ¿Por qué?**. Porque a los sindicatos no le interesamos numéricamente y a las administraciones no les importamos lo necesario como para considerar ni nuestra minoría que se hace invisible en las mesas de negociación, ni el importante papel socio-sanitario que desempeñamos, a pesar de la demostrada necesidad de nuestro perfil.*

1987. La Asociación Española de Matronas pide encarecidamente, a los distintos ministros, un cambio en el modelo asistencial en la atención al parto normal, acorde con las recomendaciones de la OMS y por el exceso de intervencionismo innecesario de aquellos años. Pasaron 15 años hasta que el Ministerio, ¡por fin!, entendió nuestra petición, su conveniencia y, lo más importante, los beneficios para la salud reproductiva de las mujeres y la de su prole. Con la creación del Observatorio de la Salud de la Mujer con la Ministra Elena Salgado, se pone en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal con la edición de varios documentos de Recomendaciones, Estándares y Guías que, aunque lentamente, han ido modificando el modelo asistencial en las maternidades públicas.

El papel de esta Asociación fue muy activo en la elaboración de estos documentos. También en la composición del grupo de Expertos en los inicios del mencionado Observatorio.

1994-2024. En España faltan matronas

En el transcurso en estos últimos 30 años de implantación del nuevo programa formativo para matronas, la insistencia de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona para que todas las CC.AA. ofertaran cada una de las plazas acreditadas, no ha dado fruto ni aún cuando no había otras especialidades enfermeras desarrolladas, resultando que se han perdido más de 3000 plazas acreditadas que hubieran podido paliar en parte la actual escasez de Matronas en nuestro país, uno de los países de Europa con más alarmante bajo ratio de Matronas. Y esto, sí que pudieron evitarlo cada uno de los Consejeros de cada CCAA de todos estos años.

Si por un instante ha pensado que el alarmante descenso de la tasa de nacimientos precisa menor número de matronas se equivoca. Además de la atención a los partos, las matronas tenemos un amplio listado de competencias que no acabamos de desarrollar por muchas circunstancias que las distintas CCAA han propiciado. Por ejemplo, la falta de proyección de necesidades, indefinición de muchos perfiles profesionales/puestos de trabajo de cada titulación /especialidad enfermera y un largo listado de situaciones anormales.

Todo esto sin mencionar que al infrautilizar a las matronas se están gestionando bastante mal los recursos por la inversión que realiza el Sistema para esta formación, como para otros profesionales.

Como puede ver a este colectivo le ha “llovido” tanto en las últimas décadas que nuestra desconfianza está muy presente en cualquier expectativa que dependa de las decisiones políticas.

*Sin embargo, estaríamos dispuestas a poner, provisionalmente, un paréntesis a nuestras amargas experiencias con ese Ministerio de Sanidad y Gobiernos Autonómicos y Consejeros/os de Sanidad otorgándoles un voto de confianza con la esperanza de que esta situación de **agravio e injusticia en la clasificación del Grupo A1, se resuelva con la mayor celeridad posible y no empiecen con demoras justificándolas con la necesaria modificación del Estatuto Marco (Capítulo II, Art. 6, Apartado a).***

Por último, en el supuesto, de que se estableciera una adaptación paulatina, recordarles que la posición de las Matronas estaría en primer lugar por la suma curricular de ECTS que acredita objetivamente nuestra formación.

Sin otro particular, quedamos a la espera de su respuesta y le enviamos nuestros saludos más cordiales,”

Junta Ejecutiva de la AEM



OBJETIVO RECIENTE PARA LA CIENCIA Y LA INDUSTRIA: EL ÚTERO.

Recientemente una matrona americana afincada en Gales, Leah Hazard, ha publicado un libro titulado **“El útero. La historia secreta de nuestros comienzos”**.

Hazard que, ni siquiera estaba del todo familiarizada con la profesión de matrona, ya que no está tan extendida en su país de origen, EE.UU, tuvo una formación académica bien distinta puesto que se licenció en la Universidad de Harvard en Literatura Inglesa. Su deseo de dedicarse a la dirección teatral la impulsó a trasladarse a Escocia, donde una nueva vida laboral, familiar y emocional, (dos embarazos y partos) la inclinó a formarse como matrona, profesión que ejerce desde 2003.

La autora actualmente compagina su labor asistencial con la de escritora siendo éste, el tercero de los libros que ha escrito y dedica al útero porque, como comentaba en una entrevista concedida a un diario español, *“nadie lo había hecho antes y pensé que era una injusticia con esta parte del cuerpo tan importante”*. Finalmente la edición ha resultado un texto amplio que engloba desde aspectos relacionados con este órgano sustentados en bases científicas provenientes de investigaciones y entrevistas, hasta una incursión crítica en la creciente industria en torno al área de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Hazard deja patente su consideración de que no se ha investigado suficiente sobre el útero poniendo de relieve el desconocimiento respecto a cuestiones muy básicas de la vida de las mujeres acerca de las que la ciencia no ha dado respuesta: desde el propio mecanismo del parto, pasando por la composición de la menstruación o la endometriosis, patología de alta incidencia y graves repercusiones entre las mujeres, a nivel global.

EL ÚTERO, UN GRAN DESCONOCIDO

La conclusión del libro de Hazard es que el útero ha sido insuficientemente estudiado a lo largo de la historia. Mantiene su aseveración con el resultado de su búsqueda bibliográfica en la revista médica American Journal of Obstetrics and Gynecology (Diario Americano de Obstetricia y Ginecología), en la que sólo encontró 400 resultados para sangre menstrual frente a más de 15.000 para semen o esperma. Sin embargo, también incluye algunas cifras, como los costes financieros de la menstruación, que sitúa en hasta 6000 euros para las reglas de toda una vida.

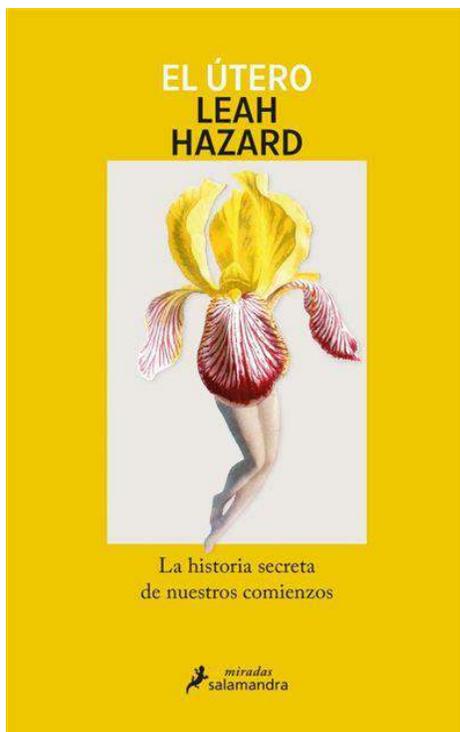
UNA LUCRATIVA INDUSTRIA EN TORNO AL ÚTERO

A la vez pone de manifiesto que la industria, ha encontrado en este órgano un importante nicho de mercado que crece exponencialmente incluso superando el ritmo de crecimiento económico, porque la industria del bienestar (físico y emocional), ha calado muy profundamente en la sociedad actual. El área sexual y reproductiva es un punto de interés para esta floreciente industria.

La autora menciona los tampones inteligentes que indican cuándo se debe cambiarlos o app en el móvil que ayudan a interpretar los ciclos menstruales, como muestra de algunos de los avances de esta lucrativa industria en torno al útero que crece constantemente: la fiebre del oro de la menopausia: 'coaches', cosmética, telemedicina y hasta 'liftings' vaginales con láser etc.

Muchas marcas de bienestar han sido creadas recientemente, quizás la marca más conocida sea Goop, impulsada por la actriz Gwyneth Paltrow, pero tras esta creada en 2008, son numerosas las marcas y gurús que, incluso acercándose a algunos lemas feministas, pretenden facilitar -previo pago- el bienestar de sus clientas. En esa industria -que Hazard, citando a la consultora McKinsey, valora en 1,5 billones de dólares, con un crecimiento anual de entre el 5 y el 10%- se mezclan productos o tratamientos de belleza con soluciones que supuestamente inciden también en la salud (ginecológica).

Estas aproximaciones de la industria a la salud sexual de la mujer a partir del bienestar no son exclusivas: Hazard también cita en su libro a NextGen Jane, una empresa que trabaja en desarrollar un tampón inteligente con el potencial de hacer un diagnóstico de posibles enfermedades a partir de su uso a través de una app o las propias aplicaciones sobre la menstruación que permiten, a través de la información que la usuaria incluye, ofrecer un mayor control sobre los ciclos y sus posibles irregularidades.



LAS MUJERES ROMPEN TABÚES HABLANDO DE SU ÚTERO.

El interés por el útero relegado históricamente a la capacidad reproductiva, la sangre menstrual despreciada por los textos bíblicos por su consideración de impura o desperdicio vital, ha mantenido a las mujeres “calladas” y “atadas,” desconociendo sus cuerpos, pero eso está empezando a cambiar. Generaciones más jóvenes interconectadas por Internet no experimentan el tabú de hablar de temas comunes como menstruaciones dolorosas, embarazos, sexo y contracepción. Se está empezando a visibilizar los problemas entorno a la menstruación y se demanda ayuda, ya no es aceptable la normalización del dolor en este periodo ni la asunción de los trastornos de ansiedad como inductores de esta dolencia.

Expone en el libro que, en los estudios más recientes, apuntan a que el útero es un órgano inteligente, que se comunica con el cerebro durante toda la vida de la mujer, y que además desempeña un papel activo en la concepción, pudiendo almacenar espermatozoides mucho más tiempo del que se pensaba, seleccionando los mejores e impulsándolos hacia los óvulo.

Esta idea rompe la mantenida por siglos de que el único elemento activo en el sexo y la concepción era el hombre, lo que además encaja perfectamente con las viejas ideas machistas sobre el papel del hombre y el de la mujer: que el óvulo sólo está ahí esperando pasivamente a que algo ocurra. Encaja con la idea del macho como el elemento fuerte, activo, y la mujer, lo femenino, esperando ahí pasivamente, ideas propias del pensamiento androcéntrico que ha dominado la sociedad hasta el momento actual.

Uno de los hallazgos sorprendentes que menciona en el libro tiene que ver con la sangre menstrual siempre considerada como algo que desechar y que, sin embargo, recientemente se ha conocido que el 36% del tejido menstrual es sangre, y el 64% restante está compuesto de células endometriales, moco, bacterias nativas y secreciones vaginales, lo que podría ser la clave de nuestra salud individual.

Hazard denuncia en su libro la esterilización forzosa. Todo el capítulo acerca de la violencia reproductiva y el control de una parte de la población es duro, para quien nacida y crecida en EE.UU no conoció la esterilización compulsiva y el control coercitivo sobre la reproducción sobre mujeres inmigrantes, no blancas, población carcelaria, etc. ejemplos que en otras partes del mundo descubrió como un patrón masivo, ejecutado por demasiados gobiernos que usan la violencia reproductiva como una forma de opresión sobre determinadas poblaciones.

LA ENDOMETRIOSIS: UNA INVESTIGACIÓN PRIORITARIA

De las muchas enfermedades que se generan en torno al útero, una a las que dedica especial atención en su libro Leah Hazard, es la endometriosis, de etiología desconocida, pero cuya consecuencia es que el tejido endometrial que el útero fabrica para alojar al posible embrión en el caso de embarazo, sale del útero y se adhiere a otros órganos. Es un padecimiento doloroso y limitante que afecta a 176 millones de mujeres en el mundo, y algunas cifras apuntan hasta el 2% de la población mundial, tarda de media siete años en ser diagnosticado y los únicos tratamientos que se aplican son la píldora anticonceptiva (para eliminar la menstruación natural), o intervenciones quirúrgicas que van desde la retirada de este tejido endometrial hasta la histerectomía. Sin embargo, la sangre menstrual potencialmente podría servir de base para su diagnóstico en un futuro, tanto para enfocar la búsqueda de su causa como la del hallazgo de una cura efectiva, e incluso tratamientos preventivos.

En su constante reclamo de mayor investigación entorno a este órgano, dedica el último capítulo del libro a los trasplantes de útero y la forma en que la ciencia está tratando de desarrollar úteros artificiales que permitirían concluir una gestación fuera del vientre materno o, incluso, generar una persona desde cero sin intermediación del cuerpo de la madre. Todo ello presenta muchas dudas éticas, enfrentadas a la paradoja de los infinitos aspectos por investigar acerca del útero real mientras la ciencia pone el foco en "gestar" de manera artificial...

Las múltiples consideraciones éticas que se han suscitado y siguen suscitando sobre las tecnologías reproductivas in "crescendo", enfrentan a quienes las denominan oportunidades para las mujeres que quieren ser madres, con las razones de personas que cuestionan el por qué de dedicar tantísimos recursos económicos a estas tecnologías futuristas, o para otros, la incógnita de si se van a priorizar estos úteros mecánicos sobre los cuerpos reales de las mujeres cuando tantísimas mujeres necesitan una asistencia reproductiva realmente básica y que en tantas ocasiones no está al alcance.

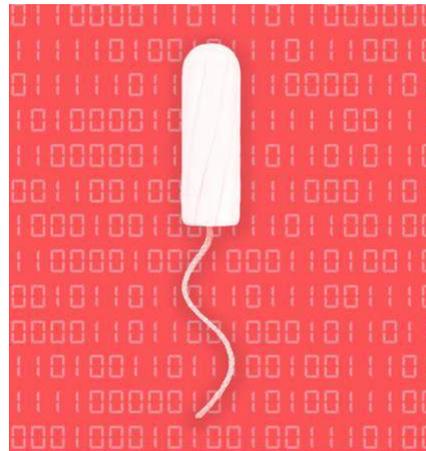
Katherine May, autora y podcaster de éxito internacional ha dicho de este libro: *«Una biografía fascinante de un órgano muy denostado. El útero es agudo y político, erudito y sabio, y urgente y necesario. Por encima de todo, Leah Hazard es una narradora brillante.»*

Por nuestra parte, recomendamos su lectura, sin duda, merece la pena leerlo.

Redacción

TECNOLOGÍA DE TAMPONES INTELIGENTES: EL FUTURO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

El tampón es un archivo de datos.
NextGen Jane está analizando tampones
usados para desarrollar nuevas
herramientas de diagnóstico y tratamientos
para enfermedades como la endometriosis.



Desde 2021, Jessie Fream ha recogido sus tampones usados, los ha sellado en frascos y los ha enviado por correo. *“No es un proceso complicado ni asqueroso”,* le dice Fream a Bustle, y agrega: *“A mí también me pagaron por hacerlo: ¡25 dólares por tampón! ¡La menstruación me cuesta dinero, pero me genera dinero!”*

Fream, de 40 años, se encuentra entre las voluntarias de NextGen Jane, una startup con sede en California que trabaja para mejorar la atención obstetra y ginecológica y que hasta ahora ha recolectado más de 1.500 tampones usados de mujeres en todo Estados Unidos para estudiar su sangre menstrual. ¿Por qué?. Porque el endometrio (el revestimiento interno del útero que se desprende durante el período) es como un diario mucoso de todo lo que sucede en el cuerpo, incluidos los cambios hormonales provocados por una enfermedad. Y como alguien a quien recientemente le han diagnosticado endometriosis, después de un viaje médico *“extremadamente largo, costoso y psicológicamente difícil”,* Fream espera que sus muestras ayuden a NextGen Jane a encontrar nuevas formas de diagnosticar la enfermedad. *“Entre tirarlo por el inodoro o enviarlo para ayudar a cambiar vidas, la elección fue obvia....”*

“La gente ya está utilizando en cierto modo su sangre menstrual como indicador de salud: ¿Se me ha retrasado la regla? ¿Es temprano? ¿Es más pesado o más ligero de lo habitual?”, dice Ridhi Tariyal, científico e ingeniero que cofundó NextGen Jane en 2014 con el científico y diseñador Stephen Gire. Al mapear los perfiles genómicos de las células en este fluido (llamado coloquialmente sangre, pero técnicamente llamado “efluente”, ya que también contiene células endometriales, hormonas y más), Tariyal espera encontrar biomarcadores que puedan usarse para desarrollar pruebas para enfermedades específicas, así como mejores tratamientos. (Los primeros informes sobre la empresa consideraban que su tecnología era el “tampón inteligente”, pero Tariyal dice que *“no es el tampón lo que es inteligente. Son nuestros cuerpos; los tampones son bastante tontos”*).

En última instancia, la empresa quiere llevar una versión de su kit de recolección a los consultorios médicos, donde podría prescribirse como prueba de diagnóstico, al igual que otros kits para la recolección de muestras en el hogar. Pero por ahora, NextGen Jane confía en su grupo de voluntarias para proporcionar muestras para sus ensayos clínicos, cuyo objetivo es aprender más sobre afecciones como la adenomiosis, los fibromas, la preeclampsia, el parto prematuro y la perimenopausia. En comparación con otras participantes en el juego de la salud uterina, *“realmente creemos que estamos realizando la generación de datos más ambiciosa”,* dice Tariyal.

Los médicos han estado recolectando muestras de orina durante unos 6.000 años y muestras de heces durante al menos 100, pero la campaña para recolectar sangre menstrual es relativamente nueva, en gran parte debido al estigma duradero que rodea a la menstruación, junto con la larga historia de prejuicios de género en la medicina. *“Si no es tu experiencia vivida, ni siquiera se te ocurre que la sangre menstrual podría ser muy útil [para estudiar]”,* dice Tariyal.



Kit de colección de NextGen Jane. Foto NextGen Jane

A la gente le da vergüenza hablar de la sangre menstrual", dice Christine Metz, profesora del Instituto de Medicina Molecular de los Institutos Feinstein de Investigación Médica de Nueva York. *"Aunque mucha gente lo aprende en la escuela, sus propias madres ni siquiera pueden comentarlo con ellos"*. Metz es codirector del estudio ROSE, un grupo de ensayos clínicos que también analiza la sangre menstrual (recogida mediante copas menstruales) para mejorar nues-

tra comprensión de la endometriosis y, finalmente, desarrollar una herramienta de detección temprana y no invasiva que podría predecir la enfermedad en personas que tienen síntomas. Cuando el equipo publicó su primer estudio en 2018 (Analysis of menstrual effluent: diagnostic potential for endometriosis) y lo presentó en conferencias médicas, Metz dice que otros científicos se rieron de ellos. De todos modos, siguieron adelante y publicaron más investigaciones en 2022. (Single-cell analysis of menstrual endometrial tissues defines phenotypes associated with endometriosis).

Se podría pensar que la gente se mostraría reticente a donar sus muestras menstruales, pero Tariyal no ha descubierto que ese sea el caso. Quizás eso se deba a que el proceso es bastante simple: la compañía envía un kit lleno de tampones de algodón orgánico y frascos con amortiguadores especiales a mujeres con diferentes antecedentes y condiciones de salud. Se indica a las participantes que usen los tampones durante una cierta cantidad de horas durante los días de mayor flujo hacia el comienzo de su período y que los desechen en los frascos. (La única queja de Fream, como alguien que sangra mucho durante su período, es que a veces realmente quiere cambiar su tampón con más frecuencia de lo que permiten las instrucciones de la compañía, pero dice que está hasta feliz de superar esta molestia). Hay que responder una serie de preguntas sobre el estado de salud y los síntomas, como si tienes una condición autoinmune, qué medicamentos se toma durante el período, si tiene que faltar a la escuela o al trabajo debido al dolor..... Una vez que los kits se envían por correo a NextGen Jane, los científicos utilizan una tecnología llamada secuenciación masiva de ARN para perfilar diversas células importantes para la menstruación, dice Tariyal. Esto crea una instantánea de lo que sucede en el útero *"día tras día, ciclo tras ciclo, a través de diferentes regímenes anticonceptivos y bajo el estrés de diferentes estados patológicos"*.

En la era de la disminución de los derechos de salud reproductiva, la privacidad es una preocupación natural, pero todos los datos personales se anonimizan con un código alfanumérico y no se comparten con empleados, anunciantes, aseguradoras ni nadie más, dice Tariyal. Un proceso de consentimiento informado detallado garantiza que todos los voluntarios lo sepan desde el principio. Farah Diaz-Tello, abogada principal de If/When/How, una red nacional sin fines de lucro de estudiantes de derecho y abogados al servicio de la justicia reproductiva, le dice a Bustle que si bien todos deberían ser escépticos y proteger su información privada de salud, *"el riesgo en este contexto parece extremadamente atenuado"*.

Y el potencial alcista es alto. Muchos de los ensayos clínicos de NextGen Jane todavía están muy lejos de su publicación, pero un ensayo centrado en la endometriosis (una afección que tarda un promedio de hasta 10 años en diagnosticarse) es de particular interés y se está acercando a la meta.

"Si no es tu experiencia vivida, ni siquiera se te ocurre que la sangre menstrual podría ser muy útil [para estudiar]".

La endometriosis es una enfermedad que se produce cuando el tipo de tejido que forma el revestimiento del útero crece fuera del útero, principalmente en áreas de la región pélvica como los ovarios y las trompas de Falopio, pero también en los riñones, la vejiga, los intestinos o los pulmones.

Este tejido responde a los cambios mensuales de estrógeno, crece y sangra como lo hace el revestimiento del útero durante el ciclo menstrual. El proceso inflamatorio puede formar un tejido parecido a una cicatriz, adherencia, y causar períodos anormales y dolorosos, fatiga, malestar gastrointestinal, dolor durante las relaciones sexuales, infertilidad y otros síntomas debilitantes. Algunas personas no presentan ningún síntoma y sólo se enteran de su condición cuando no pueden quedar embarazadas o cuando se someten a una cirugía por otros motivos.

Aunque aproximadamente 1 de cada 10 mujeres en los EE. UU. tiene endometriosis, según la Endometriosis Foundation of America (una tasa que, según los investigadores, está muy subestimada), los médicos a menudo no saben cómo tratar y diagnosticar a las pacientes con esta patología. Esto se debe en parte a la falta de financiación: en 2017, la financiación para endometriosis de los Institutos Nacionales de Salud era de sólo 6 millones de dólares; desde entonces ha aumentado a 27 millones de dólares, pero sigue siendo sólo el 0,06% del presupuesto de los NIH para investigación médica.

Actualmente, la única forma de diagnosticar la endometriosis es mediante una cirugía, laparoscopia, en la que se realiza una incisión en el abdomen para eliminar el tejido endometrial rebelde y enviarlo para analizar en un laboratorio. La cirugía también es un tratamiento para la enfermedad, pero si bien la mayoría de las mujeres sentirán alivio con la extirpación del tejido, hasta el 80% volverá a experimentar dolor dentro de dos años porque parte del tejido endometriósico no era visible o no se pudo eliminar, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Por lo tanto, muchos médicos dudan incluso en realizar la cirugía en algunas pacientes.

"Hay muchas razones por las que la endometriosis no se diagnostica adecuadamente y el tratamiento se retrasa, y la falta de una prueba no invasiva es una de ellas", dice el Dr. Dan Martin, MD, obstetra-ginecólogo jubilado y director científico y médico de la Endometriosis Foundation. América.

Otra razón, dice Martin, es que muchos profesionales médicos ignoran los síntomas de las pacientes. Recuerda a una paciente que fue remitida a él por un médico que creía que la mujer tenía el síndrome de Munchausen, una condición psicológica en la que la gente miente acerca de estar enferma o simula una enfermedad para llamar la atención. Posteriormente se confirmó que la mujer era endopositiva. Es una iluminación médica y una *"odisea de diagnóstico que simplemente consume sus fondos y su tiempo"*, dice Tariyal. *"Hay que tener muchos recursos para poder luchar a través de un sistema como ese"*.

Indiscutiblemente una prueba de diagnóstico no invasiva como lo que propone NextGen Jane podría cambiar la vida.

Redacción

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA



Consejo General de Enfermería de España

NOTA DE PRENSA.-

En España son más de 7.500 las matronas (enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología) colegiadas. Madrid, Andalucía y Cataluña son las Comunidades Autónomas con mayor número, sin embargo, siguen sin ser suficientes. El déficit que rodea a la profesión cada día es más acuciente y el poco conocimiento sobre sus competencias merma la visibilidad del trabajo de este colectivo.

Es por ello, que el Consejo General de Enfermería (CGE) junto con la Comisión de Matronas de la Organización Colegial, que engloba a todas las vocales especialistas en Enfermería Obstétrica y Ginecológica de los colegios profesionales de España ha tomado cartas en el asunto y ha celebrado una reunión en la sede del Consejo General de Enfermería donde han propuesto una hoja de ruta para potenciar la profesión. En dicha reunión asistieron 45 matronas -de las 52 representantes de los colegios profesionales- 30 en formato online, y 15 de forma presencial.

“Es necesario poner sobre la mesa el déficit real de matronas en España, pero queremos evidenciarlo con datos, por eso creemos importantísimo hacer una radiografía de la profesión, donde destaquemos las necesidades, las competencias y donde generemos un debate y aportación desde todas las Comunidades Autónomas. En estos momentos, el intrusismo y la formación es la mayor problemática que hemos evidenciado. La falta del relevo generacional está impidiendo el desarrollo de las competencias y, a su vez, la falta de matronas está favoreciendo el intrusismo en la profesión que pone en riesgo la vida de recién nacidos y sus madres. Este debate nos va a ayudar a hacer un abordaje sobre la intromisión en nuestra profesión, sobre el desarrollo de las competencias y sobre la formación que desde el Consejo General de Enfermería vamos a aportar para mejorar en el día a día y dar más visibilidad al trabajo de las matronas”, explica Montserrat Angulo, vocal matrona del CGE.

Competencias

Uno de los puntos preocupantes dentro de la profesión es la escasez de especialistas en ámbitos como Atención Primaria, hospitalaria o en otros como el de la Salud Sexual y Reproductiva. Un debate en el que los expertos han destacado la necesidad de ampliar las competencias de las matronas desde la propia especialidad. *“La implantación de la categoría profesional en todo el territorio nacional no es un problema porque ya viene por normativa por una directiva europea. El problema surge con el número de matronas, sobre todo, en ámbitos como la primaria u hospitalaria, donde se reducen en muchas ocasiones sus competencias exclusivamente a paritorios. Debemos abordar otras áreas como las de neonatología, hospitalizaciones de recién nacidos, obstetricia o avanzar en lactancia materna, competencias ya reconocidas y que hay que impulsar desde la propia especialidad”,* afirma Diego Ayuso, secretario general del CGE.

El relevo generacional ha sido otra de las problemáticas detectadas que impide el desarrollo de las competencias de estas enfermeras especialistas, y a su vez provoca el intrusismo en la profesión de otros profesionales sanitarios, así como de otros agentes no profesionales sin formación sanitaria reglada, como es el caso de las doulas.

Figuras que, si invaden competencialmente el espacio de la matrona, al carecer de la capacitación profesional de éstas, desprestigian la labor enfermera, y a su vez, ponen en riesgo la vida de las

mujeres, madres y recién nacidos. Para ello, han considerado necesario trazar líneas comunes. *“Un gran número de matronas se van a ir jubilando en los próximos años, con lo cual, hay que hacer una buena planificación ahora. Ver cuántas especialistas se necesitan para poder cubrir las necesidades del futuro, y eso hay que hacerlo con tiempo, porque la especialidad dura dos años y las plazas tienen que estar definidas en base a esas necesidades para no encontrarnos con una situación de falta o escasez de la profesión de matrona como hemos tenido en décadas anteriores”*, continúa Ayuso.

Prescripción

En este encuentro el CGE ha informado a la Comisión de Matronas del desarrollo de la nueva guía de Salud Sexual y Reproductiva que se está desarrollando junto con el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas en la Comisión de Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, *“un ámbito que toca muy de cerca el área competencial de las matronas”* apunta José Luis Cobos, vicepresidente III del CGE.

Radiografía

Para trazar una hoja de ruta basada en la evidencia, las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, junto con el CGE y su Instituto Español de Investigación Enfermera van a elaborar una encuesta sociodemográfica para obtener datos reales que ofrezcan una radiografía de la situación real de las matronas en España. El informe obtenido tras el análisis de los resultados de la citada encuesta será una herramienta imprescindible para exponer las problemáticas actuales y futuras detectadas ante los organismos con capacidad de poner en marcha las necesarias medidas correctoras.

ENCUESTA A MATRONAS 2024



INSTITUTO ESPAÑOL DE
INVESTIGACIÓN ENFERMERA

ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA SITUACIÓN DE LAS MATRONAS

Esta es una encuesta dirigida a todas las matronas colegiadas no jubiladas y que tengan o hayan tenido relación con cualquier ámbito. El objetivo de la misma es conocer la situación laboral y competencial de la profesión

<https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/MATROENCUESTA2024>

NI SIQUIERA EL QUESO DE LA RATONERA ES GRATIS

Documento elaborado por la Comisión de Humanización en la Lactancia y el Nacimiento del CECOVA

Introducción

Las familias, tienen derecho a recibir por parte de los profesionales de la salud información oportuna, veraz, comprensible e imparcial que les permita tomar una decisión libre sobre cómo alimentar al recién nacido. A la vez, el personal de salud, especialmente aquel en contacto directo con madres gestantes, tienen la responsabilidad y obligación de tener suficientes conocimientos y habilidades para poder llevar a cabo la tarea de asesorar e informar al respecto. Dado que la lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los más pequeños, los profesionales deben de ofrecer a la vez, ayuda y apoyo con el fin de asegurar una lactancia materna exitosa a aquellas familias que han decidido amamantar.

Tan sólo uno de cada tres bebés es alimentado con leche materna de forma exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de edad, una práctica agravada por la aceptación social que las leches de fórmula han tenido como sustituto de la leche humana. La industria de leches de fórmula infantil no ha escatimado en tácticas de comercialización inductiva y agresiva, con el objetivo de conseguir la aceptación de este tipo de preparados, acarreado un cambio social con mensajes que no han hecho más que afectar a la salud de la población actual y futura.

Al igual que otros mamíferos, las mujeres producen el alimento específico para su especie, siendo éste el nutrimento adecuado y conveniente por naturaleza para el bebé hasta los dos años de vida o más. Un alimento perfecto que contiene todo lo que necesitamos en el momento más crítico de nuestra vida, la adaptación postnatal.

No obstante, el progreso de la ciencia y la tecnología hizo que se empezasen a realizar modificaciones “aceptables” de la leche de vaca con el fin de asemejarla a la leche humana, consiguiendo con el tiempo productos químicamente similares a ella, pero que carecen de las propiedades inmunitarias de la leche humana, y cuya composición no se modifica según se trate de un bebé prematuro o a término, ni cambia a lo largo del día, ni en el transcurso de la toma, ni durante el tiempo que el lactante es alimentado con este tipo de preparados, es decir, no se adapta a las necesidades del lactante a medida que va creciendo, sino que siempre contiene la misma cantidad de proteínas, grasa, carbohidratos, agua, vitaminas, sales minerales, etcétera.

Una cronología cambiante que sí tiene la leche humana, que se modifica a lo largo del día y durante el desarrollo del lactante, incluso ante situaciones de enfermedad. Por mucho que en la actualidad las leches de fórmula hayan mejorado, ninguna fórmula comercial pueda igualarla, ni va a llegar a ser tan perfecta como la leche humana, un alimento imposible de replicar de forma artificial.

Pese a lo mencionado, según la Encuesta Nacional de Salud, lactancia natural es la alimentación más utilizada en los bebés durante las primeras 6 semanas (73,9%), pero ésta se reducía a un 63,9% hasta los 3 meses. A los 6 meses, un 41,6% de los bebés son alimentados mediante lactancia artificial o le-



che de fórmula, dejando en segundo plano la lactancia natural (39,0%). Cifra muy alejada de la meta que propone la OMS para el 2025, que el 70% de los bebés reciban leche materna de forma exclusiva (LME) a los seis meses de edad.

Antes de continuar, mencionar que ninguna madre debe enfrentarse a ningún tipo de juicio negativo por tomar esta decisión de no amamantar o interrumpir de forma temprana la lactancia. Las madres y familias deben ser apoyadas sea cual sea su determinación, puesto que se trata de una decisión personal que debe estar basada en la información, pero jamás en la culpabilización.



Información en la Etapa Gestacional

Es durante la etapa gestacional cuando las familias deberían de recibir información completa e imparcial respecto a la alimentación de la futura criatura. Un momento idóneo para implementar actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. En este sentido, la ciencia avala con un nivel de evidencia de categoría alta que las actividades de educación prenatal tienen un gran impacto sobre el inicio y duración de la lactancia materna.

Bajo esta premisa, tal vez deberíamos replantearnos difundir no tanto los beneficios y las ventajas que ofrece la leche humana, sino preferentemente los riesgos potenciales de alimentar con leche de fórmula. Ya que, las ventajas y beneficios de lo fisiológico y natural resultan incuestionables. Por consiguiente, no se debería fundamentar la información en base a las virtudes de la norma, sino más bien centrarla en los riesgos que implica alimentar con un tipo de leche no específica para la especie, especialmente cuando ésta no es estrictamente necesaria. Alejándonos de la norma natural, ponemos realmente en riesgo la salud y en este caso la de un ser tan indefenso e inmaduro como un lactante.



Riesgos de no amamantar

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha clasificado los efectos sobre la salud de no amamantar en dos categorías: efectos a corto y largo plazo.

La falta de lactancia materna a corto plazo se asocia con una mayor incidencia de enfermedades infecciosas gastrointestinales e infecciones del tracto respiratorio como otitis, gastroenteritis y neumonías, así como un mayor riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Y a largo plazo una mayor prevalencia de obesidad, presión arterial, colesterol total, diabetes tipo 2, así como algunos tipos de cáncer como la leucemia.

También múltiples estudios muestran puntúa-

ciones más bajas en cuanto al coeficiente intelectual de los niños/as alimentados con fórmula comparado con los amamantados. Para las madres que no amamantan, la falta de lactancia se asocia con una mayor incidencia de cáncer de mama premenopáusico, osteoporosis, cáncer de ovario, aumento de peso gestacional retenido, diabetes tipo 2, infarto de miocardio y síndrome metabólico.

Pese a que, hablar de riesgos, pueda sonar alarmante, no queda otra opción que apelar a la crudeza del lenguaje y llamar a las cosas por su nombre si deseamos desmitificar afirmaciones que contribuyen a subestimar la alimentación al pecho, tales como que “las leches de fórmula son similares a la leche materna... que los niños/as se crían igual de bien con ella”, ejemplos de creencias muy difundidas entre la población general que escuchamos a menudo, y que subestiman la importancia de la alimentación al pecho. Ideas que la industria de preparados de leche de fórmula se ha encargado que queden gravados en el subconsciente colectivo, y que contribuyen a acortar la duración de la lactancia materna, a pesar del manifiesto deseo que alto porcentaje de madres tienen de amamantar.

Al mismo tiempo señalar que fomentar y promover la lactancia materna debe de ir acorde con la protección a la misma, es decir, las mujeres que deciden amamantar deben de recibir la ayuda práctica oportuna, que les permita continuar con la lactancia en el caso de sufrir algún tipo de complicación. Disponer de información no es suficiente, es necesario contar con la ayuda práctica de profesionales sanitarios debidamente formados en lactancia materna que puedan realizar un adecuado diagnóstico y asegurar una adecuada resolución de posibles problemas. La formación teórica del personal sanitario debe ir unida con la formación práctica, ambas son el pilar fundamental para proteger, promover y apoyar la mejor y más natural forma de alimentación de los más pequeños.

Presión de la industria: Campañas publicitarias

A esta falta de formación y uniformidad en la información, junto con la escasez de ayuda práctica que en muchas ocasiones reciben las madres lactantes, no debemos menospreciar y añadir la presión publicitaria que realizan las industrias de leches de fórmula infantil, campañas agresivas con el fin de promocionar sus productos que socavan el amamantamiento.

Las familias de todo el mundo están sometidas a esta potente maquinaria de marketing cuyo objetivo no es otro que influir en sus decisiones.

Prácticas abusivas y poco éticas que comprometen la nutrición infantil y violan los compromisos internacionales, como el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de leche materna, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981 con el objetivo de proteger a madres y lactantes de prácticas inapropiadas, prohibiendo la publicidad tanto fuera como dentro de las instituciones sanitarias. Una medida que en España viene regulada a través del Real Decreto 165/2014, y a pesar de que su violación se considera una infracción grave, la industria de leches de fórmula consigue burlarla a través de la sustitución de los métodos convencionales de publicidad (prensa, televisión) por mensajes publicitarios en plataformas digitales, mucho más difíciles de controlar. Desde el momento de la gestación, las mujeres están expuestas a este tipo de publicidad agresiva y engañosa de la industria comercializadora de leches, que actualmente



emplea atractivos y vistosos anuncios en plataformas digitales, a través de las cuales consiguen información personal, mediante el reclamo de atractivos regalos, ofertas, promociones, invitaciones a un sinnúmero de servicios de asistencia telefónica, foros, redes de asesoramiento virtual en donde “influencers”, algunos de ellos incluso “prestigiosos” profesionales de la salud, pagados por la propia industria, ofrecen asesoramiento a las madres de forma gratuita. Un estilo de publicidad selectiva no regulada, más poderosa e insidiosa que las campañas publicitarias tradicionales.

Una forma tenaz y perspicaz de convencer a las familias de las múltiples bondades de unos preparados que certifican estar avalados por prestigiosos estudios, aun siendo estos de escasa o nula evidencia científica. Una solución que ofrecen para aquellas madres que no disponen de “leche suficiente”, “escasa ganancia de peso del bebé”, “llanto persistente del lactante”. Un sinnúmero de razones que incitan a suplementar la leche materna o en el peor de los casos, a abandonar de forma precoz una lactancia que hubiera podido ir bien con la ayuda adecuada.

Un marketing engañoso, que utiliza de forma astuta algunas recomendaciones de organizaciones como las que realiza la Organización Mundial de la Salud, que respalda *“La leche materna exclusiva, como ¡el mejor alimento!, durante los seis primeros meses de vida”...* a lo que la industria de leche de fórmula suele añadir la coletilla *“si bien, después de ti, tenemos nuestra mejor fórmula...”*. Mensaje que llega implícito, como por ejemplo, que pasados los seis primeros meses de lactancia materna exclusiva, la leche materna posiblemente sea insuficiente para la criatura, no quedando otra alternativa que recurrir al empleo de este tipo de leches, anunciadas como adaptadas al grado de maduración del sistema digestivo del lactante, aportándole los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo. Misivas tales que, han contribuido a modificar la noción de la esencia y a adoptar una nueva y falsa realidad, contribuyendo a reforzar mitos sobre la lactancia y la leche materna, socavando la confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar con éxito, e interfiriendo en el derecho del lactante a ser alimentado con leche de su especie, impidiéndole que alcance su pleno potencial gracias a esta sana nutrición durante los primeros dos años de vida.

Derecho a la información y obligación de la formación

Volvemos con ello de nuevo al meollo del problema, ya que, si las futuras madres tuvieran información y contaran con el apoyo e implicación de profesionales sanitarios suficientemente formados en lactancia, gran parte de las preocupaciones y problemas que se presentan durante la lactancia se podrían resolver sin necesidad de acudir a la leche de fórmula y la leche materna no sería frívolamente vista como un alimento sustituible por otro cuyas características no son comparables.

Los profesionales sanitarios tenemos no solo la responsabilidad de estar formados sino también el cometido de no ser el “santo grial” para que las industrias de leches infantiles se acerquen a las familias

Lamentablemente gran parte de los profesionales sanitarios están mucho más formados en la alimentación con leches de fórmula que en lactancia materna. Durante años estas industrias han patrocinado, y siguen haciéndolo, actividades formativas (cursos, conferencias, seminarios, simposios, congresos...) Un sinnúmero de eventos financiados directamente por estas empresas o incluso encubiertos a través de asociaciones científicas, pero con el respaldo económico de la industria de leches de fórmula. Actividades formativas a través de las cuales disfrazan sus fines comerciales, con el generoso objetivo de ofrecer al profesional sanitario conocimiento científico, sin llegar a ser este consciente del ineludible compromiso de deuda adquirido con el patrocinador, un hecho que, sin lugar a duda, coacciona nuestra autonomía profesional y la capacidad de ser críticos e imparciales, llegando a que este importante sector de la sociedad se convenza de lo necesarios que son este tipo de leches de fórmula, logrando con ello poner en riesgo la alimentación natural.

En definitiva, un monopolio formativo que el sistema de salud ha ido cediendo a una industria que ha tenido a bien tomar su control, aun siendo el deber de las instituciones sanitarias el formar a sus profesionales y limitar que la industria de información técnica relativa a sus productos.

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

Empresas de leches de fórmula que financian a la vez programas de investigación con la participación de las propias instituciones sanitarias y/o con la colaboración de profesionales sanitarios de renombrado prestigio, utilizados como avales para que sus estudios ganen credibilidad cuando afirman que sus preparados contribuyen a fortalecer en el lactante su desarrollo cerebral, visual, inmunológico... un largo etcétera de afirmaciones, de escaso o nulo rigor científico, manipulada y vehiculada por los intereses puramente económicos de las industrias que los financian y que no hacen más que inclinar la balanza hacia el lado contrario de una alimentación saludable, minando la confianza de las madres en su capacidad para amamantar con éxito, y que violan además el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, regulado a través del real decreto 165/2014, con la finalidad de proteger a las familias de la comercialización agresiva de la industria de leches para bebés.

Un real decreto que hace especial mención en que la publicidad de estos preparados, deben contener únicamente información objetiva y de carácter científico, limitándose a publicaciones especializadas en la asistencia infantil y publicaciones científicas”. Una norma cuyo cumplimiento es eludido por la industria a través de métodos poco éticos pero muy bien ideados. Un buen ejemplo de ello, es que dicha ley contempla que, este tipo de alimentos sólo deben ser indicados por profesionales cualificados en alimentación infantil, una de las estrategias de los fabricantes y comerciales de fórmulas infantiles es utilizar a los profesionales de la salud como agentes promotores de sus productos, y las consultas de los centros sanitarios escenario en donde exponer calendarios, posters, muestras de leches, etc.



De esta manera cuando los padres entran en la consulta y se percatan de todo el arsenal publicitario, no cabe ninguna duda, de que es porque el profesional la considera excelente. De este modo la industria de leches de fórmula, convierte al profesional de la salud, incluso sin llegar a ser consciente de ello, en promotor de sus productos. Un modus operandi tan sutil, a través del cual dejamos entrar al “enemigo” en consulta.

¿Por qué no?, ¿qué hay de malo? si se trata de un educado, simpático y amable agente comercial... La mala intención está en la empresa que es quien se ha esmerado en formarle en técnicas psicológicas y de marketing, que perspicazmente pone en práctica, estableciendo relaciones de confianza con los equipos sanitarios. De este modo, ante la mínima dificultad con la lactancia, tengamos en mente la marca comercial con la que sustituir la alimentación natural por esa “maravillosa” leche de fórmula que tantas cualidades tenía.

Como muestra de ello, mencionar que con frecuencia, las mujeres que amamantan mencionan que pediatras y enfermeras están casi siempre más dispuestos a pautar un biberón de leche de fórmula

que dar ayuda práctica y eficaz para solventar dificultades que les permitan continuar amamantando; y así, recomendando, sin pudor alguno, una determinada marca de leche de fórmula, cuyas maravillosas ventajas, ya se encargó de dar a conocer ese visitador médico tan majo, que además trajo un sinfín de muestras (hipoalergénicas, antirreflujo, antiestreñimiento, anticólicos...) y beneficios avalados por “estudios contrastados” de los que aportó amplia información.

Aunque asombroso, numerosos profesionales confían más y les ofrece mayor seguridad este tipo de preparados que la capacidad de producir leche de una madre primeriza, invadida por las hormonas, casi al borde de la depresión postparto, insegura y agotada... ¿Por qué no ofrecer un poco de leche de fórmula? “Una ayudita de leche de fórmula” para que así pueda descansar, evitarse las posibles molestias, dolor y grietas... “dale esta leche y déjate de problemas”

¿Qué daño, puede haber en ofrecer un suplemento de leche de fórmula al bebé?

Como profesionales de la salud deberíamos saber mucho antes de graduarnos que, ofrecer tal “ayudita”, es “meterse en un buen lío”

En este contexto, cabe preguntarnos si como profesionales sanitarios tenemos la libertad plena para poder proteger la lactancia o si, por el contrario, estamos influenciados por la presión de la industria de las leches de fórmula. La respuesta no es otra que ¡Sí estamos influenciados!, por muy prolactancia que se defina un profesional, no puede haber independencia ni mucho interés por la lactancia, cuando la formación se recibe mayormente a través de la industria de leches de fórmula y además se atiende a las familias

dentro de un ambiente decorado con calendarios, posters, alfombrillas para el ratón del ordenador, manteles cubre pesa-bebé, bolígrafos, un largo etcétera, de objetos en los que se ve o se puede adivinar el logo sin necesidad de que conste el nombre ni la marca del fabricante.

Obsequios de escaso valor, pero tan bonitos que cuesta resistirse. Aceptándolos sin ser conscientes de que, a pesar de su ínfimo valor, comprometen nuestra independencia e imparcialidad profesional, y crean un sentimiento de obligación que pone en jaque una correcta práctica clínica.

Contrariamente a lo que pueda parecer, el coste inmaterial que para un profesional sanitario tiene aceptar estos regalos supera con creces al valor de los mismos. A través de ellos, la industria realiza una publicidad encubierta, aun a sabiendas que con ello se incumple la ley, regulada por el Real decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitario específico de las leches de fórmula infantil. Deteniéndome en este punto, para aclarar que uno puede pensar que, ante el desconocimiento de su existencia, está libre de culpa, pero, existe un principio de derecho que indica *“ignorantia legis neminem excusat”* (del latín, ‘la ignorancia no exime del cumplimiento de la ley’) es decir, el desconocimiento o ignorancia de la ley no sirve de excusa, porque rige la necesaria presunción jurídica de que, habiendo sido promulgada, debemos de conocerla todos.



FELICIA, UNA MATRONA DE MADAGASCAR, HA LOGRADO UN ÉXITO: CONSEGUIR NIÑOS CON DOSIS CERO

Felicia Diane Louise Razafy, matrona del centro urbano de salud básica (CSB) de Tsihombe, ha sido galardonada como "Personal sanitario del año 2023" por la Dirección Regional de Salud Pública (DRSP) de Androy. Desde junio de 2022, ha asumido el cargo de jefa dentro de la CSB, al tiempo que es responsable del programa de inmunización ampliado local. Su historial en el último año es impresionante. Ella comparte su receta para el éxito.



Felicia Diane Louise Razafy, partera del centro de salud básico urbano de Tsihombe, en el sur de Madagascar

La medición del rendimiento de un CSB a través de sus logros en materia de inmunización ofrece una visión concreta de su eficacia. En 2023, el CSB de Tsihombe destacó por su excepcional dinamismo en este ámbito. Para Felicia Diane Louise Razafy, que ha estado en servicio desde su formación en Toliara en 2013, y su equipo, la tasa de administración de la vacuna pentavalente (penta) 1, que protege contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la hepatitis B y el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), supera el 90%.

El calendario de vacunación penta consta de tres dosis, la primera se administra 1,5 meses después del nacimiento, la segunda cuatro semanas después y la tercera también cuatro semanas después.

La participación activa de los trabajadores comunitarios (AC) desempeña un papel crucial para cambiar las reglas del juego y garantizar que no haya niños con dosis cero. Trabajan en estrecha colaboración con las *reny mpitarika* (madres líderes), antiguas opositoras a las vacunas que se han convertido en firmes defensoras de sus beneficios. Según Felicia Diane Louise Razafy, *"viven en la comunidad, lo que hace que sea mucho más fácil para ellas convencer a otras madres"*.

Situado en el extremo sur de Madagascar, el distrito de Tsihombe se enfrenta a múltiples crisis, especialmente debido a las duras condiciones derivadas de la persistente sequía.

En este contexto, se vuelve esencial localizar a los niños con dosis cero y sin vacunar para reducir el riesgo de brotes. La misión de los trabajadores de salud es complicada. Sin embargo, la identificación de estos niños es de suma importancia para garantizar una cobertura óptima de inmunización. El riesgo de perder de vista a estos niños entre penta 1 y penta 3 se mantiene constante, lo que subraya la urgencia de dirigirse a estos grupos vulnerables para prevenir posibles brotes

Un enfoque comunitario muy necesario.

El equipo de Felicia Diane Louise Razafy asumió el reto de mantener una buena cobertura de inmunización con gran éxito, vacunando a un promedio de 124 bebés por mes.

La CSB atiende a unos 41.560 habitantes en 110 fokontany (la unidad administrativa más pequeña de Madagascar). "La distancia de la CSB, a más de 30 km de algunas aldeas, es un obstáculo importante para la población. En este contexto, un enfoque basado en la comunidad es más que esencial", dice la matrona.



La matrona Felicia Diane Louise Razafy realiza una ecografía a una mujer embarazada. Crédito: Felicia Diane

Sin embargo, dice que la tarea más difícil es persuadir a las madres para que adopten una nueva perspectiva. A menudo tienden a señalar sus propias experiencias como niños y adolescentes para justificar su negativa a vacunar a sus bebés. *"Argumentan que nunca se han vacunado y que nunca han estado enfermos, al menos según su percepción. Eso lo hace más complicado"*, admite.

El propio municipio participa activamente. *"El municipio es el patrocinador directo de la CSB. Nuestra colaboración es excepcional, especialmente durante las campañas de vacunación, en las que la concienciación se extiende a las bases del fokontany"*, observa Christian Vontsoa, alcalde del municipio urbano de Tsihombe, contactado por teléfono. El funcionario electo confirma la constante participación de las AC y madres líderes a favor de la salud materno-infantil.

El enfoque basado en la comunidad en el sector de Tsihombe va acompañado de una estrategia avanzada, reforzada por la contribución financiera de organizaciones como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que ha permitido a la partera mantener una movilización constante de su personal. Según Felicia Diane Louise Razafy, *"los trabajadores comunitarios viajan diariamente por toda el área de intervención de CSB para identificar a los niños que aún no han sido vacunados o que necesitan un refuerzo. Planificamos las fechas y los lugares de vacunación en función de su información."*

El objetivo es claro: que no haya niños con dosis cero.

NOTA: No deja de ser curioso que una matrona de Madagascar utilice la ecografía tan naturalmente como instrumento diagnóstico que es, y las matronas en ESPAÑA (en el llamado primer mundo) aun estemos " disputando" a los médicos el uso de este recurso.

SIN RELACION ENTRE EL NACIMIENTO PREMATURO Y EL AUTISMO

Científicos de la Sociedad de Medicina Materno Fetal del National Harbor, Maryland, llevaron adelante una investigación en más de 100 mil partos y según sus datos, “es poco probable que un solo factor obstétrico sea la causa del TEA [trastorno del espectro autista]”, dijo uno de los investigadores.

No hay un vínculo significativo entre el nacimiento prematuro y el autismo, sugiere una nueva investigación de Israel. Los hallazgos del estudio de más de 100.000 partos se presentaron el martes en una reunión de la Sociedad de Medicina Materno Fetal en National Harbor, Maryland.

Un resumen de los hallazgos se publicó simultáneamente en un suplemento del American Journal of Obstetrics and Gynecology(23 Investigating the Association between Preterm Delivery and Autism Spectrum Disorder in Childhood).

“La causa exacta del autismo es compleja”, afirmó el autor principal, Dr. Sapir Ellouk, del equipo de obstetricia y ginecología del Centro de Maternidad y Partos Saban del Centro Médico Soroka en Beer-Sheva, HaDarom, Israel. “Pero según nuestros datos, es poco probable que un solo factor obstétrico sea la causa del TEA [trastorno del espectro autista]”.

La investigación sobre las causas del autismo es controvertida, en particular el posible vínculo con el nacimiento prematuro. El equipo de Ellouk analizó los registros de hospitales y clínicas comunitarias de casi 115.000 partos en Israel entre 2005 y 2017. Los datos incluían judíos, musulmanes y beduinos, un grupo minoritario que lleva una vida nómada o seminómada.

De esos embarazos, el 93,1% nacieron a término (37 semanas o más).

Aunque los investigadores encontraron inicialmente un vínculo entre el parto prematuro y el autismo (hasta un 1.6 por ciento para los bebés extremadamente prematuros), después de considerar otros factores que podrían estar involucrados, como la etnia, la edad materna, el sexo y el tamaño del bebé para su edad gestacional, el vínculo desapareció.

En lugar de que un factor sea la causa, dijo Ellouk en un comunicado de prensa de la reunión, “una teoría más plausible implica la presencia simultánea de múltiples factores”.

En Estados Unidos, 1 de cada 36 niños es diagnosticado de autismo, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. En todo el mundo, el autismo es uno de los trastornos del desarrollo más comunes, que afecta aproximadamente a 1 de cada 100 niños.

Table. Selected obstetrical and perinatal outcomes of pregnancies, according to gestational age group at delivery.

	Early preterm (<34 gestational weeks) (n= 1,609)	Late preterm (34-37 gestational weeks) (n= 5,734)	Term (37-42 gestational weeks) (n=132,516)	P-value
Obstetrical outcomes				
Maternal age (years ± SD)	27.0 ± 6.2	27.4 ± 6.0	28.1 ± 5.6	<0.001
Primiparity (%)	37.3	33.9	24.4	<0.001
5-min Apgar score <7 (%)	13.8	0.4	0.3	<0.001
Neonate gender (male, %)	55.9	53.8	50.3	<0.001
Autism spectrum disorder				
ASD (Cases%)	7 (0.4)	28 (0.5)	625 (0.5)	0.961
Adjusted HR*	1.24 {95% CI 0.58-2.64, p=0.58}	0.98 {95% CI 0.67-1.44, p=0.92}	1 (reference)	

* Adjusted to ethnicity, small for gestational age newborn, maternal age, and fetal gender

Acceso a texto completo: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2823%2900841-4>

RARO CASO DE EMBARAZO ECTÓPICO: EMBARAZO ABDOMINAL

Una mujer de 37 años acudió al departamento de urgencias después de 10 días de dolor abdominal y finalmente abandonó un hospital de atención terciaria con su bebé recién nacido, que había crecido en su abdomen.

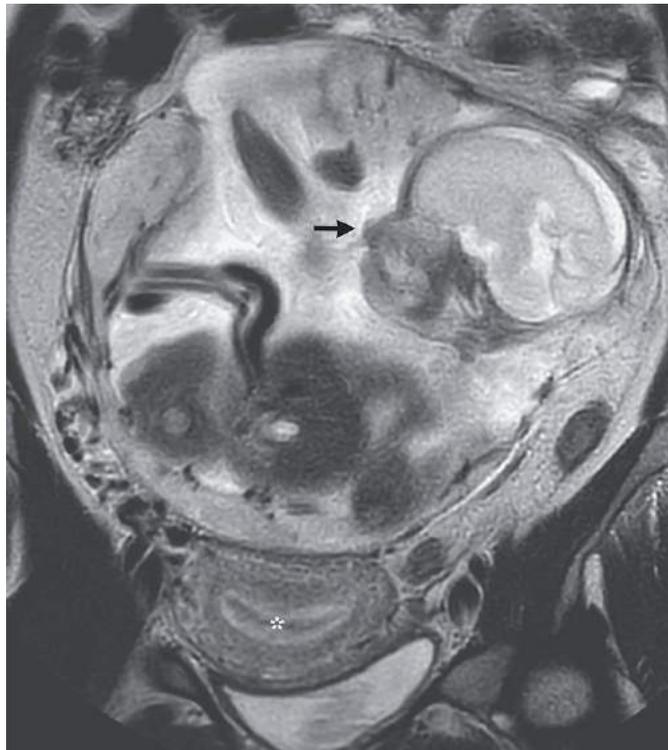
"La ecografía reveló un endometrio engrosado, un útero vacío y un embarazo abdominal a las 23 semanas de gestación", explicaron Guillaume Gorincour, de IMADIS Téléradiologie en Lyon, Francia, y Malik Boukerrou, del Centre Hospitalier Universitaire Sud Réunion en Saint-Denis, Francia; han sido publicadas una serie de imágenes en medicina clínica de la Revista "The New England Journal of Medicine".

Una resonancia magnética abdominal confirmó un útero no grávido y un feto intra-abdominal de formación normal. La resonancia magnética también mostró "una placenta adherida al peritoneo por encima del promontorio sacro", explicaron Gorincour y Boukerrou.

Los médicos diagnosticaron un embarazo abdominal, una forma ultra rara de embarazo ectópico que ocurre con mayor frecuencia en las trompas de Falopio.

Gorincour puntualiza que el embarazo ectópico abdominal ocurre en 1 de cada 10.000 a 25.000 embarazos y representa menos del 1% de todos los embarazos ectópicos.

"Un embarazo abdominal es el único tipo de embarazo ectópico que puede durar más de 20 semanas de gestación", dijo Gorincour, señalando que los sitios de implantación pueden incluir "el peritoneo de la cavidad pélvica y abdominal, o incluso órganos abdominales como el bazo, el intestino, hígado y vasos sanguíneos."



Fuente: The New England Journal of Medicine ©2023.

El mismo agregó que la tasa de mortalidad materna con embarazo abdominal es más de 7 veces mayor que otras formas de embarazo ectópico debido al riesgo de hemorragia placentaria masiva. David Hackney, MD, especialista en medicina materno-fetal de la Universidad Case Western Reserve en Cleveland, afirmó que no se puede sobrevivir a la gran mayoría de los embarazos ectópicos abdominales. Dijo que esta situación es "la más rara de las raras" y que nunca ha visto una personalmente.

Gorincour y Boukerrou informaron que debido al alto riesgo de hemorragia materna y muerte fetal, la paciente fue trasladada a un hospital de tercer nivel. Después de cumplir 29 semanas de gestación, los médicos realizaron *"una laparotomía con extracción fetal, embolización arterial placentaria y extirpación parcial de la placenta"*. Casi 2 semanas después, se extirpó quirúrgicamente la placenta. La paciente permaneció en el hospital durante casi un mes y su bebé estuvo en la unidad de cuidados intensivos neonatales durante 2 meses.

Hackney comentó que en estos raros embarazos ectópicos abdominales, *"en realidad, a menudo no es seguro extraer la placenta, especialmente si está envuelta entre algunos de los vasos sanguíneos o el intestino"*. En esos casos, se deja que la placenta se degrade dentro del abdomen, lo que necesita aproximadamente 2 semanas, lo que conlleva riesgos.

Destacó que el caso inusual de esta paciente no significa que los embarazos ectópicos abdominales sean lo suficientemente seguros como para continuar. Sin embargo, esta paciente tuvo una presentación tardía de los síntomas .

La madre en este caso era de una isla remota y antes había dado a luz dos bebés por vía vaginal. Ella también había abortado una vez. No tenía infecciones de transmisión sexual ni cirugía previa y rechazó la anticoncepción al ser dada de alta. Al final, se perdió el seguimiento, comentaron los investigadores.

"La recomendación estándar, si se detectan antes este tipo de embarazos, es que de forma general, se consideran demasiado peligrosos para permitir su avance", según Hackney. "Esta fue una paciente afortunada porque podría haber muerto. Las cosas salieron bien, pero estuvo muy cerca".

Acceso a texto completo: Abdominal Ectopic Pregnancy.

https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMicm2120220?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed



ENTREVISTA JUAN MIGUEL MARTINEZ GALIANO

Juan Miguel Martínez Galiano, Matrón, ha conseguido obtener la primera Cátedra Universitaria en España y es justo que esta noticia tenga en nuestro medio la máxima difusión posible. Desde la AEM celebramos con auténtica alegría que nuestro colega, haya obtenido este reconocimiento, porque además, su éxito y prestigio puede ser inspirador para el resto de la profesión.

No es un tópico decir que ser mensajero de buenas noticias es una labor muy grata y en esta ocasión la noticia que publicamos, a mí personalmente, me hizo retrotraerme unos cuantos años antes cuando, aun EIR, le conocí en algún congreso de la AEM. Guardo un recuerdo de aquellos escasos y breves contactos de un, por entonces muchacho, educado, discreto y laborioso, que empezaba una carrera profesional que ha resultado exitosamente meteórica.

P. Querido amigo, yo que ya peino canas hace tiempo, he oído infinidad de veces que " a una mujer no se le pregunta la edad", cosas de coquetería femenina, prejuicios... he pensado yo, pero y ¿ a un hombre? Yo me atrevo a preguntarte por tu filiación porque ahí creo que está una de las claves para celebrar más aun tu éxito.

R. Nací en 1979, en Torredelcampo un pueblo de Jaén, muy cercano a la capital en el que sigo viviendo y en el cual sigo participando en todas las actividades, costumbres y tradiciones que se organizan como desde cuando era niño. Además, prácticamente toda mi familia y amigos siguen residiendo en el pueblo. Me siento muy orgulloso de mi pueblo, de sus gentes y siempre lo llevo por bandera.

P. ¡Hagamos publicidad a tu pueblo Torredelcampo ! (bueno, villa con categoría histórica- aclaremos). Además de poseer el monumento natural del bosque de la Bañizuela, de él han salido figuras destacadas en el mundo del deporte como Manuel Pancorbo, pintores y escultores-as, humanistas científicos como Eduardo Arroyo Sevilla, Gabriel Blanca o el inigualable Juanito Valderrama que copó el mundo de la copla. Bien sabes que se han estudiado los beneficios de vivir en el mundo rural y hay conclusiones interesantes y positivas al respecto, ¿tú que sientes por tu pueblo-villa, qué te aporta o ha aportado?.

R. Tal y como ya te he comentado, para mí, el ser torrecampeño es una de las cosas de las que más presumo. Torredelcampo, como dices tiene personajes ilustres a lo que hay que sumar que siempre ha sido un pueblo pionero, emprendedor e innovador. Por ejemplo, estoy seguro que no hay feria, verbena, evento o celebración en la que no participe un feriante de Torredelcampo con alguna de sus empresas como puede ser cacharritos, puestos de patatas, bares, etc. Haciendo que la población pueda divertirse y disfrutar.

Del mismo modo, a priori, se podría pensar que en un pueblo de Jaén la agricultura derivada del cultivo del olivo y el aceite de oliva, sería la actividad monopolizadora de la actividad económica, sin embargo, una variada industria de pequeñas empresas creadas y dirigidas por gente del pueblo es muy pujante y llevan su actividad a múltiples puntos de España. De hecho, es muy conocido el dicho que dice "cuando los americanos llegaron a la luna ya había ya un torrecampeño allí...". Además, y lo que creo que es más importante, la gente de Torredelcampo son una gente muy solidaria, humanitaria, etc. lo que se puede denominar "buena gente". Todo esto te impregna y va modelando tu forma de ser, tus ganas de trabajar, de progresar.....



Parroquia de S. Bartolomé

P. Obligada y repetida pregunta en estas entrevistas: ¿Escoger enfermería fue una elección vocacional-personal sin influencias del entorno o modelos familiares para seguir el camino para llegar a ser Matrón?, o ¿este siguiente paso en tu carrera fue casual ?.

R. Quizás sea algo atípico, no había tenido ningún contacto con la Enfermería, ni mi entorno tenía ninguna relación con esta disciplina; llegué a la Enfermería por casualidad, por la convergencia en el tiempo y en el espacio de una serie de factores personales y familiares, pero cuando me adentré en la carrera se despertó en mí esa vocación. Fue mi rotación durante las prácticas de Enfermería por el Servicio de Partos, lo que hizo que tuviese muy claro que quería ser matrona. Cuando yo vi la relación de la matrona con las mujeres, su trabajo, la competencia, su profesionalidad ..., surgió en mí la admiración por esta profesión y me marqué el objetivo de ser matrona, aunque lo veía algo muy difícil de alcanzar por los comentarios que se oían sobre el modo de acceder a la profesión, las pocas plazas que salían, el temido examen EIR, el duro proceso de formación, etc. pero finalmente con tesón, dedicación y esfuerzo conseguí ser matrona.

P. Si los datos que tengo no son equivocados, estudias Enfermería en la Universidad de Jaén, entre los años 1997-2000 y posteriormente, en 2007 finalizas la especialidad en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada de la Universidad de Granada, distrito universitario al que por años estuvo adscrita la Universidad de Jaén. ¿Cuáles son tus mejores recuerdos de tu paso por la Especialidad? ¿Tuviste dificultades especiales en esta formación?.

R. Mi experiencia durante la residencia fue inolvidable. Guardo unos recuerdos increíbles de mi paso por la Unidad de Matronas de la Universidad de Granada y el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Tuve una suerte tremenda con el grupo de compañeras y compañeros mis "co-r" que, aún mantenemos el contacto después de tantos años; establecimos unos vínculos que van mucho más allá del aspecto profesional, nuestra actividad científica era intensa, pero no menos lo era la vida social que llevábamos en esa hermosa ciudad que es Granada.



2º Unidad de matronas de la Universidad de Granada

Del mismo modo, las matronas y el profesorado que nos enseñaban de forma apasionada todos los aspectos teóricos y prácticos relacionados con la profesión de matrona, despertaban aún más el interés y la motivación para seguir aprendiendo, investigando y también la necesidad para reivindicar todos los aspectos que creíamos mejorables con el fin de darle a la profesión el lugar que se merece. Aprovecho para agradecer a la que fue la coordinadora de esta unidad docente, Doña María del Carmen Navarro Jiménez, el débito de parte de mis consecuciones profesionales. Su pasión por la profesión hizo que se formaran matronas con muchas inquietudes y apasionadas por la profesión y desarrollo de esta. Durante la residencia tuve mi primer contacto con la investigación con una comunicación que presentamos al congreso de la AEM celebrado en Oviedo, un congreso excepcional que, de hecho, fue el motor para que siguiésemos investigando.

P. Como Matrón ¿ cuál ha sido tu paso por la faceta asistencial?.

R. Como matrona mi labor profesional asistencial la he desarrollado durante muchos años principalmente en el Servicio de Partos, era un tiempo en la que la escasez importante de matronas era acuciante, más aún que en la actualidad y, sobre todo en determinadas comunidades autónomas como, por ejemplo, Andalucía; con esta tesitura, matronas-es estábamos relegados casi en exclusiva al Servicio de Partos, en primaria las matronas eran muy escasas o incluso había provincias en las que eran inexistentes; en las plantas de



gestantes, púerperas o consultas no había matronas. Debido a ese déficit los únicos puestos para los que nos contrataban era en el Servicio de Partos. Poco a poco se consiguió que también estuviésemos presentes en el servicio de urgencias de obstetricia y ginecología, aunque mi experiencia en ese servicio fue corta. Mi faceta asistencial la he desarrollado por varios hospitales como el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda o el Hospital Universitario de Jaén donde obtuve una plaza de estatutario fijo por oposición y que en la actualidad tengo en excedencia.

P. En varias entrevistas en red se consigna que realizaste un Máster oficial universitario en Investigación y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública en Granada en 2007. Hoy, conociendo tu amplia y destacada trayectoria investigadora me cabe preguntarte si el hecho de realizarlo fue lo que te motivó a entrar de lleno en la investigación, o si por el contrario, ya llevabas el " gusanillo" de la investigación dentro y esta fue la vía para conseguir desarrollarte en un campo de trabajo con el que te sientes plenamente identificado.

R. Hasta que realicé la residencia de matrón no había tenido ningún contacto con la investigación, fue aquí donde inicié mi formación que culminó con la presentación de una comunicación al XI Congreso de la AEM, (2006) como ya he comentado, y la publicación de un artículo en la revista Matronas Profesión. Esto despertó mi interés por la investigación, pero sentía que tenía unas deficiencias importantes de formación en investigación, una faceta que despertaba una gran interés pero a la vez sentía que no tenía las competencias oportunas, por ello decidí buscar cómo poder cubrir esa necesidad formativa que yo percibía. El Máster era el recurso que me podía aportar los conocimientos y las destrezas para poder llevar a cabo los estudios que respondieran de forma científica a las demandas y necesidades que se percibían en el desarrollo de la actividad profesional en los centros sanitarios o incluso, a las peticiones-sugerencias que nos hacían y verbalizaban las propias mujeres. Después, esa necesidad de seguir aprendiendo me llevo a seguir formándome con otras actividades sobre aspectos específicos de investigación como diferentes metodologías, análisis de datos, difusión de resultados, divulgación, etc. La investigación es muy dinámica y siempre surgen aspectos nuevos sobre los que hay que formarse e investigar.

P. En tu carrera profesional sin duda fue un logro importante la defensa de tu tesis doctoral también en la Universidad de Granada en Septiembre de 2012, calificada con un sobresaliente cum laude. ¿ Por qué elegiste estudiar el impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido,?

R. El programa de Educación para la salud específico del proceso de embarazo, parto, puerperio y crianza, lo que en aquellos tiempos era más conocido como Educación Maternal, era impartido mayoritariamente por otros profesionales que no eran matronas, no se le otorgaba la importancia que tiene la educación para la salud (ni por parte de la administración, ni de la mayoría de los profesionales, ni siquiera de gran parte de las propias mujeres) y sobre este programa más concretamente identificamos que los estudios que se habían llevado a cabo en nuestro entorno eran escasos o mostraban algunas limitaciones importantes. Por todo ello y con la finalidad de tener argumentos sólidos que defendiesen el mantener este programa dentro de la cartera de servicios del sistema sanitario, que se promocionara, que se potenciara y desarrollara, se decidió investigar sobre el efecto que su realización podría tener sobre diferentes aspectos de la madre, del recién nacido e incluso, sobre el propio sistema sanitario. El proyecto lo presentamos a un programa de financiación competitiva del Instituto de Salud Carlos III (FIS) y le fue concedida. Además, los resultados del estudio sirvieron para defender ante la administración sanitaria andaluza la importancia del programa de educación maternal y que éste fuera llevado a cabo por matronas.

P. Fiel a tus orígenes, te inicias en la Universidad de Jaén en la faceta docente ¿ cuál fue este momento y por qué?

R. La docencia me gusta y siempre me había atraído, creo que es muy importante por la transmisión del conocimiento que se produce. Realizando la tesis doctoral, se iniciaron procesos en la Universidad de Jaén para seleccionar profesorado en diferentes áreas y una de ellas era la de Enfermería. En principio, debido a mi poca experiencia docente (únicamente había impartido cursos de formación continuada y colaborado como tutor clínico en la formación del alumnado del grado en Enfermería) e investigadora (no había ni concluido la tesis doctoral y únicamente contaba con algunas comunicaciones y artículos de los que era autor) pensaba que no tenía posibilidades ya que eran los méritos que se valoraban pero, a pesar de ello, participé en ese proceso para optar a una de esas plazas de profesor y cual fue la sorpresa que la conseguí-

A partir de ahí fui pasando por las diferentes figuras contractuales, en un principio, como interino sustituto y asociado laboral a tiempo parcial, lo que me permitía compaginarlo con la actividad asistencial en el centro sanitario pero con la consecución de las diferentes y oportunas acreditaciones a nivel nacional, tras la evaluación favorable por parte de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), ya estuve de profesor ayudante doctor, profesor contratado doctor, profesor titular de universidad y finalmente, catedrático de universidad, todas éstas exigen exclusividad por lo que tuve que pedir la excedencia en la plaza de matró del sistema sanitario.



Recogiendo el premio al mejor trabajo de investigación en un congreso celebrado en Toledo.

P. Tengo que confesarte que fue precisamente una de tus profesoras, querida amiga y respetada colega de profesión, Carmen Navarro Jiménez, directora/coordinadora de la UDM de la Universidad de Granada hasta su cierre en 2011, la que con una ilusión y orgullo salidos del corazón, me comunicó la noticia de tu cátedra al día siguiente de conseguirla. Ahora que ya tienes una larga trayectoria en la docencia e incluso has sido galardonado con el Premio a las Buenas Prácticas Docentes ¿cuáles crees que son las condiciones esenciales de un profesor para dejar huella y servir de inspiración a su alumnos?.

R. Sin duda, uno de los aspectos que determinan que el alumnado se sienta atraído por la materia que se imparte es que el profesor transmita que la profesión y lo que le hace, le apasiona y que se sienta realizado y un ejemplo de ello es la Profesora María del Carmen Navarro Jiménez, ella consiguió inspirarme a mí y a otros y otras muchos y muchas. Cuando disfrutas con lo que haces se percibe, se transmite y hace que el mensaje llegue mejor al alumnado. Además, ese entusiasmo también se traslada y hace que el estudiantado se implique, despierte su interés por la materia y se motiven. También tenemos la suerte que la materia que nos toca impartir (la salud sexual y reproductiva) es la materia más interesante del mundo (quizás no sea objetivo en esta valoración) y eso facilita mucho todo el proceso de aprendizaje.

P. Recientemente leía un estudio realizado por el Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, que concluía en que aproximadamente un 30% de profesionales elige estudiar algo que no responde a sus verdaderos intereses y aptitudes, noticia preocupante por las implicaciones en el ejercicio posterior y entiendo, más que evidenciada por el profesorado en las aulas. ¿Has notado en nuestra profesión este impacto? Vocación ¿obsoleta o necesaria?

R. En mi opinión, la vocación no es únicamente lo que va a determinar la profesionalidad e incluso bajo este "paraguas" de la vocación, la profesión ha sido objeto de algunos agravios. Lo importante es ser un profesional en todo momento y en todos los aspectos, que se recicle, que se forme, que actué según la evidencia y se adapte a los cambios que ésta apoya y que respete a la mujer y su decisión y que ella sea el centro de la atención y el cuidado. Sí es verdad, que, según mi percepción, la calidad de la formación de las matronas en la actualidad no es la misma que hace unos años cuando las exigencias de acceso a la especialidad era mayor y el proceso de formación llevado a cabo en las universidades y en el sistema sanitario conllevaba una dedicación mayor y un proceso de aprendizaje más integral. Del mismo modo,

también percibo que las nuevas generaciones de matronas no reconocen el valor y la calidad de las matronas de generaciones anteriores, quizás un “mal entendido” avance de la profesión mal gestionado, haya propiciado esto- que quede claro que ésta es solo mi opinión.

P. Si al principio pregunté respetuosamente por tu edad, el motivo era ajeno al cotilleo, con ello pretendía mostrar el escaso tiempo en el que has condensado, una brillante y meteórica carrera. ¿Cuál es tu máxima para conseguir sus objetivos?.

R. Aunque se perciba un objetivo como imposible y difícil, rara vez he dejado de intentarlo, por ejemplo, el poder llegar a ser matrócn. Evidentemente, hay veces que se consigue y otras no, pero la máxima es que no quede la duda de que no se consiguió por no intentarlo. Cuando se propone un objetivo hay que dedicar tiempo, trabajo, esfuerzo y poner todo el empeño en conseguirlo, no hay que dar nada por imposible e inalcanzable.

P. Tu curriculum que, me he detenido a leer, he constatando que es impresionante con más de 100 artículos de investigación publicados en los que se observa la calidad "in crescendo" desde los primeros a partir del 2007 en revistas nacionales, hasta llegar a publicar en revistas internacionales indexadas en bases de reconocido prestigio y con Factor de Impacto del Journal Citation Report (JCR). ¿ Qué consejos darías a los neófitos ante la exigencia "draconiana" actual por parte de las Universidades de publicar ?.

R. El sistema actual exige publicar a los profesionales y al profesorado para poder progresar y promocionar en el trabajo, afortunadamente la tendencia parece que está cambiando y que se va a reconocer más la calidad que la cantidad. A parte de esta exigencia, es necesario publicar para que haya una transferencia del conocimiento y que éste pueda aplicarse y mejorar la vida y la salud de las mujeres. El consejo es realizar estudios sobre temas en los que se detecten lagunas o inconsistencias del conocimiento o que son demandados por las mujeres, novedosos, innovadores. A eso hay que añadir también la elección del tipo de estudio más adecuado para conseguir

los objetivos marcados de tal modo que éste pueda contribuir a la resolución de los problemas que tienen las mujeres. Si se dan todos esos elementos, las revistas de prestigio publican, en la mayoría de los casos, los artículos que contienen los resultados de esos estudios de forma que son el vehículo, aunque no el único, para llegar a los profesionales sanitarios y que estos, lo trasladen a sus cuidados e intervenciones para mejorar la calidad de vida de las mujeres.

P. Además de todas las publicaciones citadas has publicado y coordinado varios libros y capítulos de libros, participando como investigador colaborador y como investigador principal en varios proyectos nacionales e internacionales, fundamentalmente en la línea de los Cuidados en Salud Sexual y Reproductiva. Todo el conjunto te ha llevado a ser director de varias Tesis e incluso, formar parte de Tribunales de estos trabajos . ¿Cómo se siente uno cuando está del otro lado? Si mis informes son buenos creo que incluso llegaste a formar parte del Tribunal de Tesis de una colega que fue tu profesora.....

R. Cuando se está en el “otro” lado hay que pensar en cuando se estaba en el lado del “examinado”. Generalmente cuando una tesis llega al acto de defensa ya ha pasado una serie de filtros: ha sido planteada, orientada, revisada, corregida y dirigida por el director y el tutor durante un largo proceso, ha tenido que publicar al menos un artículo con los resultados de esa tesis con lo que ha tenido que pasar un proceso editorial con una revisión por pares en revistas de prestigio, etc. Esto no conlleva que no se pueda realizar una crítica pero siempre hay que hacerla de forma constructiva, que aporte, que ayude a mejorar el trabajo con el objetivo de que, en la continuidad de la línea de investigación o planteando líneas futuras, pueda implementarse e intentar mejorarla.



En el acto de inauguración del 1st Congreso Internacional de Disfunciones de Suelo Pélvico en Mujeres

Lo que hay que tener en cuenta es que el principal protagonista es el doctorando y no el tribunal, es un acto académico muy importante para el doctorando y su entorno y no hay que "robarle" ese protagonismo y por supuesto, siempre con el máximo respeto.

P. A priori "se intuye "que el camino para obtener una cátedra universitaria y sobre todo desde Enfermería, sobre la que "más que un techo de cristal nos han puesto un techo de plomo", debe ser "bien empinado". Eres un pionero, si no me equivoco me sobran los dedos de una mano para contar los enfermeros con Cátedra y en tu caso, el primer enfermero con especialidad como Matrón. Descríbenos sucintamente las exigencias para llegar hasta ahí.

R. En España, en el Área de Enfermería, teniendo en cuenta a todos y todas los catedráticos y catedráticas que hay en ésta, aun siendo profesionales de otras disciplinas como la psicología, farmacia, medicina, etc. no superan los 15; si solo se considera aquellas y aquellos que son enfermeras o enfermeros de profesión, son muchos menos. Conseguir ser catedrático es un proceso largo y duro. En un primer momento hay que obtener a nivel nacional, la acreditación positiva por parte de ANECA, para ello hay que acreditar una serie de méritos entre los que se encuentra ser autor de publicaciones en revistas de prestigio, participar y liderar proyectos de investigación con financiación competitiva, liderazgo docente e investigador, experiencia en gestión y en docencia universitaria de grado y posgrado, experiencia clínica y participar en actividades de divulgación y transferencia, entre otros. Posteriormente hay que someterse a un proceso de oposición que dependiendo de la universidad que convoque la plaza puede ser diferente, aunque en todos ellos, hay que hacer una defensa del curriculum vitae, de un proyecto docente y de un proyecto de investigación ante un tribunal.

Finalmente, el tribunal debate y propone al candidato mejor evaluado para ser nombrado catedrático.

P. Para la obtención de tu cátedra, defendiste el proyecto titulado 'Adherencia a la dieta mediterránea y su asociación con la depresión postparto'. Dinos algunas de las conclusiones más relevantes del mismo.

R. Es un proyecto que estamos realizando en la actualidad, por lo que aún no tenemos resultados. Se ha conseguido financiación competitiva por parte del Instituto de Salud Carlos III. No se ha identificado en la literatura ningún estudio que aborde esta temática por eso, con base en esa laguna de conocimiento, se planteó esta investigación y teniendo en cuenta los escasos estudios que abordan la adherencia a la dieta mediterránea y su asociación con la depresión en población general fuera de la etapa perinatal. Esperamos tener resultados en un breve periodo de tiempo y que estos puedan ser de utilidad para elaborar estrategias de prevención y abordaje de este problema que tiene una tendencia al alza y con unas consecuencias considerables sobre la salud de la madre y el recién nacido, tanto a corto como a largo plazo.



Acto de defensa en la oposición para el acceso al cuerpo de catedráticos de universidad

P. Has realizado estancias de docencia e investigación tanto en Europa como en Iberoamérica y te mantienes en contacto y colaboración con grupos de investigación internacionales ¿ percibes diferencias entre los estudiantes e investigadores en España y los del resto de los países que has conocido?.

R. La globalización está implícita en todos los aspectos, como no puede ser menos, también ha llegado a la docencia y a la investigación. Uno de los proyectos que tenemos en la actualidad que trata sobre la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo, lo llevamos a cabo con investigadoras de Dinamarca.

Este proyecto está financiado por la Unión Europea. Tenemos muchas reuniones e incluso los investigadores de aquí hemos estado allí y viceversa, tenemos intercambio de experiencias, etc.

Los problemas de las mujeres suelen ser comunes a la mayoría de ellas, independientemente de la parte del mundo donde se encuentren y las posibles soluciones también suelen ser las mismas con algunos pequeños matices, por ello la publicación en revistas internacionales que llegan a todos los rincones del planeta.

Ahora he recibido una invitación de la Universidad de Harvard para realizar una estancia allí y desarrollar un proyecto con investigadores de esa universidad norteamericana. No hay fronteras para la investigación, el trabajo conjunto y coordinado entre investigadores de varios países supone una sinergia de esfuerzo para buscar soluciones más eficientes a los problemas de las mujeres.

La internacionalización de la investigación y el conocimiento es necesaria.



En Copenhague asistiendo a un congreso de violencia de género.

P. Tu formación y trayectoria como Matrón te ha posicionado como miembro del Comité Técnico Asesor para las competencias profesionales de las matronas de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).¿ Cuales son los pasos más necesarios a tu juicio, para el pleno desarrollo de las competencias de las matronas en España?.

R. Tener un cuerpo de conocimiento propio, actualizado y derivado de la evidencia en el cual se apoyen las competencias de las matronas favorece la independencia de éstas, por ello la importancia de desarrollar investigación en el campo de las matronas y que sea llevada a cabo por estas mismas. Del mismo modo se necesita el apoyo de la Administración y los responsables de la gestión sanitaria. A todo ello hay que sumar que las mujeres sientan la necesidad de ser atendidas por matronas porque perciban la calidad, la plusvalía que supone la atención y los cuidados prestados por éstas. El conjunto e interacción de todos estos factores facilitarán el desarrollo pleno de las competencias de las matronas, pero por supuesto también hay que contar con la disponibilidad y predisposición de las matronas, sin la voluntad e implicación de las propias matronas no será posible.

El espacio se nos acaba que no las ganas de seguir charlando contigo y seguir exponiendo muchos otros méritos que han quedado en el tintero porque reitero, como expresé al principio, que el éxito y prestigio que te has ganado sin duda puede ser inspirador y un orgullo para el resto de la profesión. Sólo me cabe felicitarte en nombre propio y en el de la Asociación Española de Matronas que siempre celebra los triunfos profesionales del colectivo porque es una forma de que la profesión avance y desearte larga y buena vida haciendo lo que más y mejor sabes hacer: **Enseñar e investigar.**



Entrevista de televisión colaborando con la divulgación de la ciencia.

ILITIA. REDACTORA



TODA LA INFORMACIÓN:

<https://congresoiaenfermeria.com/programa-cientifico>

<https://congresoiaenfermeria.com/inscripciones>

Centro de Congresos de Elche

8 y 9 de marzo de 2024

I Congreso Nacional de Inteligencia Artificial en Enfermería

Organizado por:

CECOVA Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

En colaboración con:

Ayuntamiento de Elche sanofi Abbott

CEU Universidad Cardenal Herrera Imillion bot enfermería

**SOCIEDAD
CIENTÍFICA
ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA**
www.scele.org

#11CongresoScele



**XI CONGRESO NACIONAL y
I INTERNACIONAL DE SCELE**

**PRESCRIPCIÓN DE CUIDADOS
Y TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS**

Alicante, Spain. 14, 15 y 16 de mayo 2024

Organiza:
Sociedad Científica Española de Enfermería – SCELE 

<https://www.scele.org/11congreso/inscripcion.htm>



<https://aeenalmeria2024.es/>

INFORMACIÓN:

950 532 539 . 608 705 946
secretaria@aeenalmeria2024.es

COMUNICACIONES:

<https://aeenalmeria2024.es/comunicaciones-aeen2024/>

PROGRAMA:

<https://aeenalmeria2024.es/programa-aeen2024/>

INSCRIPCIONES:

<https://aeenalmeria2024.es/inscripciones-aeen2024/>

Cuotas de Inscripción

Seleccione su opción: *

- SOCIO AEEN (hasta el 23/02/24): 375€
- SOCIO AEEN (a partir del 24/02/24): 415€
- NO SOCIO AEEN (hasta el 23/02/24): 445€
- NO SOCIO AEEN (a partir del 24/02/24): 485€

***La cuota de inscripción incluye:** Asistencia a las sesiones científicas, documentación de la reunión, certificado de asistencia, pausa-café, almuerzo de trabajo, cóctel de bienvenida y Cena de Clausura.



info@ecpmcongress.eu,

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/>

ELECCIONES 2024

SINDICATO
DE MATRONAS
ESPAÑOLAS

A TODAS LAS AFILIADAS

Convocatorias día 06 de Marzo de 2024

Asamblea General Extraordinaria Electoral de Afiliados del Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES).

Conforme ha determinado el Comité Electoral y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 de los Estatutos del Sindicato, se convoca Asamblea General Extraordinaria Electoral, a través de videoconferencia, en el enlace, fecha y hora indicada a continuación, conforme al Orden del día que se detalla:

Fecha: 06 de Marzo de 2024, a las 18,00 horas, en primero convocatoria y 18.30 horas en segunda y última.

Enlace:

<https://us06web.zoom.us/j/87412694340?pwd=C6b6qL3hvDMS4ZbZgNjeDKWsnatbOe.1>

Orden del Día:

1. Información del Comité Electoral de la situación actual de las candidaturas.
2. Ruegos y preguntas.

Asamblea General Extraordinaria de Afiliados del Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES)

Fecha: 06 de Marzo de 2024, a la finalización de la Asamblea General Extraordinaria Electoral.

1. Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.
2. Informe de la Sra. Secretaria General y decisiones sobre el futuro de SIMAES.
3. Ruegos y preguntas.

A 20 de Febrero de 2024

Fdo.: Isabel Manzano Alonso
Secretaria General de SIMAES en funciones.

DATOS TÉCNICOS DE LA REUNIÓN:

Entrar Zoom Reunión:

<https://us06web.zoom.us/j/87412694340?pwd=C6b6qL3hvDMS4ZbZgNjeDKWsnatbOe.1>

ID de reunión: 874 1269 4340 - Código de acceso: 138119

APUNTES BIOGRAFICOS
DE MATRONAS CÉLEBRES

V-W



VICTORIA. Théodore Priscien que habría vivido, según parece, hacia el siglo VIII d.C, habría dedicado una de sus obras titulada: Gynaecaea, o las Maladies de femmes a Victoria, matrona. Esta dedicatoria da que pensar que esta mujer era hábil en su arte, porque un médico que estaba en condiciones de juzgarla no habría hecho homenaje de su libro a una matrona desprovista de mérito, de reputación y de alguna celebridad.

VIENNE (dame de) En tercera, la dama de Vienne había sido encargada por Carlos VII visitar a Juana de Arco y constatar su virginidad, contribuyó, con las damas de Gaucourt et Iolande a libertar, por su declaración, una parte de Francia del yugo humillante bajo el que la había dejado el indolente monarca. (Ver **GAUCOURT e IOLANDE**)

WEIDMANNIN (BARBE) matrona en Augsburgo al comienzo del siglo XVIII.

Ignoramos totalmente la época y el lugar de nacimiento de Weidmannin, que no es conocida más que por la obra que ella ha publicado bajo el título de "Kurze anweisung christlicher hebammenn; Curso de partos propio para las matronas", en 1738 en Augsburgo. Esta obra podría ser considerada como una paráfrasis de la de Horenburgin, pero está lejos de ser tan bien concebida. Lo que encierra además no es en absoluto en provecho de la ciencia de los partos, y menos todavía de la de la humanidad. Weidmannin rompía las membranas con un gancho particular y sacaba los pies del niño con un lazo. Ella describió también una especie de medio-fórceps que se podría llamar un "ringard", si se nos permite la expresión, para remover al niño.

Si se juzgara el mérito del libro según esto comparándolo con el estudio actual del Arte, el juicio sería nulo a beneficio de la autora. Pero las imperfecciones o más bien los errores que encierra son los de la época en la que ha escrito Wiemanin, lo que todavía estaría lejos de probar que su arte no estuvo por encima de la de los parteros de su época. Pues si nos hojeamos la historia del siglo XVIII, al norte de Alemania, podemos decir de hombres que se ocupaban en partear y escribir lo que Guillemau dijo de los cirujanos de su tiempo:



¡Oh raza de hombres que empleáis mal vuestro tiempo y vuestro ocio! ¡Cansados! No morimos; pero se nos atormenta: porque los que son tenidos en cuenta por los más expertos entre ustedes, no nos tratan como corresponde; ustedes no rellenan más que volúmenes, y no hacen más que cargar las bibliotecas de sus escritos! Sorano ya se ha explicado de esta manera más general. ¿Creen que estaría fundado expresar las mismas recriminaciones hoy en día?.

WYTTENBACH (JEANNETTE GALLIEN madame), nacida en Hanau el 31 de Diciembre de 1773. Su padre Jean Loui Gallien nacido en Paris, había fundado, en Hanau, una escuela de diseño de la que era el director y profesor. El gozaba de la reputación de erudito y hábil diseñador, sobre todo en anatomía. Gallien había tenido en cuenta dar tempranamente la educación más cuidada a su hija que todavía a corta edad perdió a su madre, Suzanne Wyttenbach, nacida en Berna.

Desde sus primeros años, Jeanette Gallien mostró gran disposición para el diseño y para el estudio de las lenguas; el francés, el holandés, el inglés llegaron a ser tan familiares como el alemán que era su lengua materna. A la edad de 18 años ella tuvo el beneficio de ser llamada cerca de su tío Daniel Wyttenbach, nacido en Berna, uno de los más eruditos helenistas de la época, entonces profesor de literatura griega y latina en el Ateneo de Ámsterdam, seguidamente profesor en esta misma carrera en la universidad de Leyde.

APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

V-W



Jeanette Gallien compartió su tiempo entre la administración de la casa de su tío y el estudio de las lenguas antiguas de las que ella adquirió un conocimiento muy amplio. Dos años antes de su muerte, Wyttembach desposa a su sobrina que se había convertido en su administradora, su lectora, su secretaria y la compañera más afectuosa y más asidua. Tanto con el fin de honrar su mérito como el nombre de Wyttembach, la viuda del erudito helenista recibió el diploma de doctor y maestro de artes de la facultad de Marbourg.

En un último viaje a Alemania, su patria, madame Wyttenbach fue a visitar esta universidad que le había distinguido el año anterior de una manera tan honorable.

Para testimoniarle su reconocimiento, ella fundó algunos premios para los alumnos de medicina y literatura. Otro premio fue instituido para las alumnas de matrona de la clínica de Marbourg; la idea de este acto le fue sugerida por madame Boivin a la cual ella había conocido en uno de sus viajes a Francia, y de la que ella conservó una estima y una amistad muy particulares. Una economía sobria para todo lo que le era personal permitió a esta mujer, no hacer el bien, sino difundirlo. Modelo de piedad y de virtudes evangélicas, retirada al campo, después de los desastres de Leyde, en 1807, ella fue hasta su muerte una providencia para la desgracia y la humanidad sufriente, sin distinción alguna de culto.

La sociedad philhellénique (amigos de Grecia) de París asoció a sus trabajos a madame Wyttembach: su abnegación y su generosidad para con los Griegos le habían hecho merecer esta distinción especial. Una simplicidad de lenguaje, maneras cómodas y un acceso fácil, hubieran hecho tomar a la señora Wyttenbach por una de estas mujeres que no tienen otras apariencias que las de la bondad. Los estudios superiores en lenguas antiguas habían, por así decir, impreso en su espíritu una tendencia a no encontrar bello más que lo antiguo, no solamente en lo que es del modus vivendi, (modo de vida) sino del modus rationis (modo de razonamiento).

También en su conversación ella aportaba siempre un toque de helenismo que desvelaba enseguida una inteligencia saturada de dialectos clásicos. Esta preferencia por el estilo ionien principalmente se mostró con toda su claridad en una pequeña obra que ella ha publicado bajo el título de *Theagène au banquet de Leontès*. Una imaginación totalmente helénica también se ve en otra obra ingeniosamente compuesta, bajo el título de: *Histoire d'Hermione, les Symposiaques et Alexis*. Estos dos libros, publicados en francés, han sido traducidos a alemán, holandés; el último lo ha sido en griego moderno.

Madame Wyttenbach ha traducido del holandés al francés una observación muy detallada y del más gran interés sobre un caso de absorción de placenta, recogido y seguido por el doctor Salomón de Leyde. Esta traducción ha sido recogida y añadida a continuación de un trabajo sobre el mismo tema, publicado por madame Boivin. Madame Wyttenbach ha traducido además del alemán la parte de la obra del profesor Busch, que trata del estado del arte de los partos en Francia y en Alemania.

Tanto para las ciencias como por la humanidad, madame Wyttenbach murió demasiado pronto. Ella vio llegar su fin con una tranquilidad de alma de la que los espíritus fuertes dan ejemplo. La belleza mitológica griega presentaba la partida de esta vida como una escena extraordinaria, la imagen de nuestro fin es un niño que derriba una llama para apagarla. Ella sabía muy bien que la vida nos es dada bajo la rigurosa condición de devolvérsela a quien la ha dado. Una de las últimas voluntades de madame Wyttenbach, fue encargar a M. Hoffman Perkamp de Leyde, dar a conocer una obra escrita en latín, a madame Boivin, el resultado de su autopsia. Ella murió el 26 de abril de 1830; sus restos fueron situados al lado de los de su ilustre esposo y no lejos de las cenizas de Boerrhave.

Redacción.

**PRIMERA MICROCREDENCIAL
UNIVERSITARIA: ECOGRAFIA
OBSTETRICA PARA MATRONAS**



La Universidad de Murcia (UMU) y el Gobierno murciano presentan la primera **microcredencial universitaria**.

Es una titulación que se puede obtener mediante una formación breve, focalizada en la adquisición o ampliación de conocimientos, habilidades o competencias específicas y que está recomendada por el Consejo de la Unión Europea el 16 de junio de 2022 y prevista en nuestro ordenamiento jurídico a través de la Ley Orgánica del Sistema Universitario (LOSU).

Los nuevos títulos ofrecen actualización de competencias a profesionales a través de cursos oficiales y homologados que tendrán reconocimiento oficial tanto en el territorio nacional como en el resto de la Unión Europea.

*“La formación de Ecografía Obstetricia para Matronas, aseguran la formación necesaria para que puedan llevar a cabo ecografías para el diagnóstico de embarazo y seguimiento de embarazo normal, como una competencia reconocida para las matronas. Como sabemos, la tecnología y en concreto la ecografía ha evolucionado vertiginosamente en los últimos años, considerándose ésta última el **gold estándar** en el diagnóstico y segui seguimiento del embarazo.*



Matronas durante las prácticas



Mª José Caravaca Berenguer.
Presidente de la AMRM

La creación de este título se ha llevado a cabo gracias a la colaboración del Vicerrectorado de Formación Continua, la Facultad de Enfermería, la Asociación de Matronas de la Región y la empresa Philips.

Son 30 las matronas que se han formado en ecografía obstétrica en la Universidad de Murcia, en lo que ha sido la **Primera microcredencial** universitaria de dicha Universidad y una de las primeras de España.

El Marco de acreditación competencial europeo ESCO establece que la ecografía es una competencia esencial para las matronas, así pues esta **microcredencial** en ecografía obstétrica para matronas ha atendido una necesidad formativa y de actualización para que las matronas puedan desarrollar plenamente sus competencias, la Directiva Europea 2005/36/CE y la Orden SAS 1349/2009 establecen que la matrona tiene competencias para diag-

nósticar y supervisar el embarazo normal auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos a su alcance..

La formación ha consistido en una metodología híbrida, en la que se han impartido 32 horas online asincrónicas, y 18 horas presenciales con prácticas de ecografía en mujeres embarazadas. Los objetivos de aprendizaje alcanzados por las 30 matronas formadas han sido realizar ecografía obstétrica básica del embarazo normal, realizar diagnóstico del embarazo, interpretar las estructuras fetales, realizar una biometría fetal básica, valorar el útero, los anejos, valorar la presentación del feto y la posición de la placenta.

*La Universidad de Murcia, además ha anunciado que está trabajando en otras dos **microcredenciales** para matronas.*

Las microcredenciales representan un paso adelante en el fortalecimiento de la profesión, y un compromiso firme con la excelencia en el cuidado de la salud materna”.

Dra. María Suárez Cortés. Matrona



La presentación contó con la asistencia de: Vicerrectora de formación continua, Decano de la Facultad de Enfermería, Consejero de Medio Ambiente, Universidad de la Región de Murcia, Rector de la Universidad de Murcia, Presidenta de la Asociación Matronas de la Región de Murcia, Vicedecano de Calidad y estudios de la Facultad de Enfermería.



De izq a derecha: **César Leal** (Decano de la facultad de Enfermería), **César Carrillo** (Cesar jefe de sección de Formación Sanitaria Especializada), **M^a José Caravaca** (Presidenta de la AMRM), **María Suárez** (Secretaría de la AMRM), **Miguel García** (Presidente del Consejo de Estudiantes de la Universidad del Murcia) e **Ismael Jiménez** (Vicedecano de Calidad y Estudios de la Facultad de Enfermería).

No es difícil imaginar que esta interesante novedad de formación continuada, precisamente para matronas, no ha sido una “idea brillante” de los políticos de turno. Es el resultado de una labor incansable y tenaz de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia junto al Vicerrectorado de la Facultad de Enfermería.

Desde Infomatronas y la Asociación Española de Matronas felicitamos a la Junta de la Asociación: María José Caravaca Berenguer (presidente), Noelia Pardo Martínez, María Suárez Cortés, Ana Belén Marín Gómez, Esther Baeza Pereñiguez y Alicia Conesa Agüera.

¡BUEN TRABAJO COLEGAS!



5 HOSPITALES ANDALUCES INSTALAN UNA CUNA DE ABRAZOS PARA FACILITAR EL DUELO PERINATAL A LAS FAMILIAS

Las cuddle cots o "cunas de abrazos" son cunas conectadas a una máquina refrigeradora que permite mantener unas horas más, sin los signos de la muerte, a los recién nacidos fallecidos con la finalidad de que las familias puedan despedirse de sus hijos y elaborar mejor su duelo. En la experiencia actual ninguna familia ha permanecido más de 15 horas junto a la cuna.

Todo lo que rodea a la muerte y la actuación en ese entorno, va a ser extremadamente importante para desarrollar o no un duelo patológico. Es fundamental el apoyo profesional y de recursos, en general, que puedan recibir estas familias ante un drama de esta dimensión emocional.

Si bien en España es novedoso no es así en Inglaterra que hace años ya estaba disponible con el fin de facilitar las dramáticas despedidas en los casos de pérdida perinatal.

En España disponen de esta máquina cinco hospitales andaluces: Hospital de Puerto Real, Hospital de Jerez (Cádiz), Hospital Punta del Mar (Cádiz), Hospital Punta Europa de Algeciras y Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

Recordemos que la tasa en España en 2022 ha sido del 4,08/‰⁰⁰ y las causas más frecuentes de muerte perinatal son:

- Infecciones intrauterinas.
- Anomalías congénitas
- Malformaciones graves
- Complicaciones médicas de la madre: hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, etc.
- Complicaciones del cordón umbilical.
- Restricción del crecimiento fetal
- Complicaciones en el funcionamiento de la placenta.

CURSOS DE ECOGRAFIAS

Los pasados días 23 y 24 de enero se impartieron la 3ª y 4ª edición.



La Asociación Española de Matronas organizó la 3ª y 4ª edición del curso intensivo “Ecografía básica para matronas”.

El éxito del curso fue el gran aprovechamiento de las/os alumnos y la excepcional respuesta de las gestantes voluntarias (más de 40) que posibilitaron las prácticas de todos los matriculados.

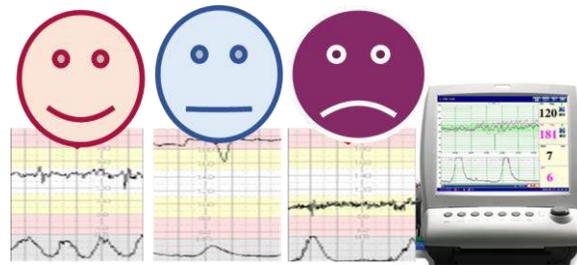
Estos cursos son un poco difíciles en su organización.

Precisan aparatos ecográficos difíciles de conseguir y lograr que muchas mujeres con edad gestacional distinta se presten a la práctica.

La evaluación de las/os alumnos del curso ha sido excelente.



CURSO DE VALORACIÓN BIENESTAR FETAL INTRAPARTO



La Asociación Española de matronas clausuró una nueva edición del curso “Valoración de bienestar fetal intraparto los días 29, 30, 31 de enero y 1 de febrero.

Este es uno de los cursos estrella del programa de Formación Continua de la AEM.

La valoraciones cambiantes de los registros hacen imprescindible una actualización continua.

Todos los asistentes mostraron un alto grado de satisfacción y un gran aprovechamiento.



EN LA PIEL DE LA ENFERMERA 2024



Consejo General
de Enfermería
de España



Ya está abierto el plazo de presentación de ideas y proyectos para concurrir a la tercera beca “**En la piel de la enfermera**”, una iniciativa que se enmarca dentro de la campaña del mismo nombre y tras el acuerdo suscrito entre el Consejo General de Enfermería y la marca dermo cosmética CeraVe.

El proyecto ganador recibirá 6.000 euros para llevarlo a cabo y puede ser inédito o un proyecto ya existente que busque un mayor crecimiento. Para participar, es preciso que sea liderado por una enfermera, aunque podrá estar acompañada de otros profesionales para su ejecución, y persiga la mejora de la calidad de vida de los pacientes a través de la piel. Asimismo, se valorará su impacto social y, por tanto, su valor en la promoción de la salud entre los colectivos más vulnerables.

Consulta aquí las bases y documentos de solicitud y memoria.

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/premios-y-becas/becas-y-otros-premios/en-la-piel-de-la-enfermera/category/165-en-la-piel-de-la-enfermera-2024>

INVITACIÓN



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

¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

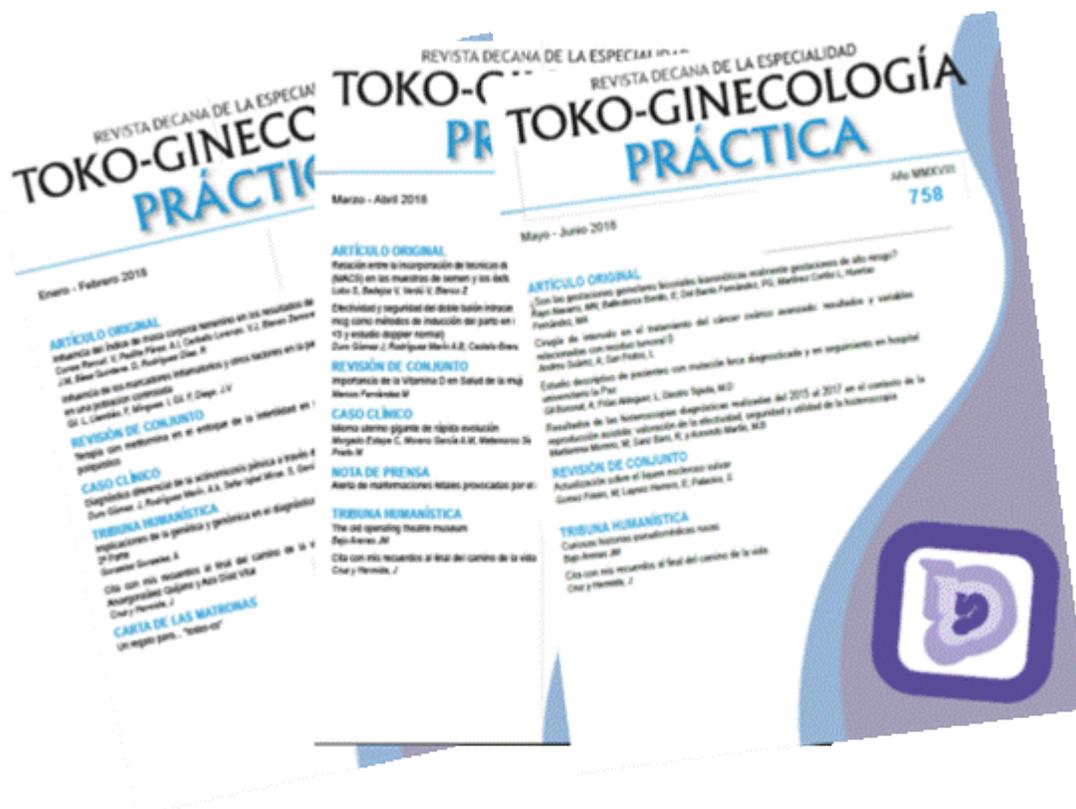
¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



Info
MATRONAS

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 3 AÑO 2023
 REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
 ISSN: 2340-0161

SUMARIO

Editorial

Originales

- La huella de las matronas en el callejero español (2ª parte)
- Papel de los test antigénicos en el diagnóstico rápido de vulvovaginitis por Cándida, Gardnerella y Trichomonas
- Virginie Messenger, primera matrona autora de un manual sobre menopausia

Artículo especial

Vacunación voluntaria u obligatoria: el caso concreto de la vacunación de menores

Revisiones

- Un hito en obstetricia: la auscultación fetal

Echando la vista atrás

Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades Enfermeras. 2ª parte

Entrevista

Isabel Egúes Jimeno

Agenda

- La partería declarada "Bien Intangible de la Humanidad" por la UNESCO
- La AEM celebra con la Fundación "Alcohol y Sociedad" (FAS) su XX aniversario
- La RAE pone en pie de guerra a matronas y profesión enfermera en general

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

DAE EDITORIAL

¡ULTIMO NÚMERO!
 Descargar
www.aesmatronas.com



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.

PLAZOS DE INSCRIPCIÓN

MATRICULA:

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



