Info MATRONAS

JULIO 2024 N.º 85

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

FOTO: ANA MORENO

Info MATRONAS

JULIO 2024 Nº. 85

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

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.

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:**
  - METODO DELIBERATIVO
- **ESPECIAL II:**
  - ADIÓS A LUC DE BERNIS, DEFENSOR DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL Y DE LAS MATRONAS
- **HEMOS LEIDO:**
  - LAS MATRONAS DE BIZKAIA NO DESCARTAN IR A LA HUELGA PARA DENUNCIAR LA «GRAVE FALTA DE PERSONAL»
  - CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA
  - NUEVA ZELANDA NECESITA UN AUMENTO DEL 300% EN EL NÚMERO DE MATRONAS CALIFICADAS
  - ¿PUEDE UNA MALETA SALVAR VIDAS?
  - GRACIAS A LAS MATRONAS, LOS PARTOS SON MÁS SEGUROS
- **MUY INTERESANTE:**
  - LA PIEL DEL RECIEN NACIDO
  - INVESTIGACIÓN SOBRE TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO
- **ENTREVISTA CON:**
  - SOLEDAD CARREGUÍ VILAR
- **BREVES:**
  - XXIX CONGRESO EUROPEO DE MEDICINA PERINATAL
  - CONGRESO ENTRENA OBSTETRICIA 2024. "Vente de guardia"
  - 7º CONGRESO DE CUIDADOS INTRAPARTO
- **BUENAS NOTICIAS:**
  - CLAUSURA DE LA XXV PROMOCIÓN DE MATRONAS EN LA U. DOCENTE DE LA C.A. VALENCIANA
  - II JORNADA DE MATRONAS DE A. PRIMARIA DE LA CAM
  - JORNADA EN PUERTOLLANO QUE PONE EN VALOR EL ROL DE LAS MATRONAS
  - UN PROYECTO DE LAS MATRONAS DE AS PONTES …
  - "I JORNADA DE CUIDADO DE LA PIEL DE LOS MÁS PEQUEÑOS"
- **PARTEROS Y MATRONAS CÉLEBRES:**
- **AGENDA A.E.M.:**
  - PRÓXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA A.E.M.

METODO DELIBERATIVO

Hoy mis musas o "musos" (que también existen) me han visitado vísperas de unas elecciones para iluminar lo que hacía tiempo venía barruntando, ¿qué le pasa a esta sociedad que todo es blanco o negro? ¿arriba o abajo? ¿derecha o izquierda? ¿Es una sociedad dualista o polarizada de verdad?.

Todas estas preguntas son las que me inspiran en mi atrevimiento, responsable espero, en hacer un malabarismo conceptual y argumentativo, para sacar a la palestra un término poco conocido, y sobre todo, practicado como es la deliberación y la aplicación del método deliberativo en bioética. Quiero advertir a las lectores y lectoras que no es una lectura fácil, pero si necesaria para sentar la base teórica imprescindible para su futura aplicación práctica en un siguiente artículo.

BASE CONCEPTUAL

Si nos ceñimos a su definición, la **deliberación** es el hecho y la acción de deliberar, así que en su definición como acción (verbo), deliberar es *"acto entendido en cuanto a proceso y resultado en el cual se evalúan los pros y los contras relevantes con objeto de adoptar una decisión determinada"*. Según la RAE, "*considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sin razón de los votos antes de emitirlos".*

Dicho lo anterior, no creo necesario recordar que nuestra sociedad es poco deliberativa, es más bien beligerante en cuanto a lo emocional, en términos de extremos, sin considerar ni los hechos ni los valores implicados, sin contemplar todo lo que hay implícito a la hora de tomar decisiones.

Y, como no podía ser de otra manera, es el profesor Dr. Diego Gracia, el fundador bioeticista del **"Método deliberativo**" en su aplicación a la toma de decisiones éticas en las que en muchas ocasiones se ven abocados los profesionales de la salud, dando lugar a lo que se llama la **"Ética deliberativa".**

En el pensamiento bioético de Diego Gracia cobran un especial protagonismo los confines en los que se circunscribe la existencia humana, donde se concentran los mayores conflictos morales que en la vida del ser humano acontecen, sobre todo al inicio o final de la vida, en concreto, el aborto o la eutanasia, pero no exclusivamente, porque es el método por excelencia en los Comités de Bioética Asistencial (CBA) existentes en los Departamentos de Salud, en la sanidad pública, siendo una de sus funciones tomar decisiones ante las consultas o solicitudes planteadas tanto por profesionales como de usuarios y pacientes del sistema sanitario público y casi siempre en temas que generan controversias, temas relacionados con la vida, con la enfermedad o la muerte, en la que se encuentran entremezclados los derechos y los deberes de

unos y otros.

De acuerdo con el Dr. Gracia, para lograr abordar de modo conveniente los conflictos que de tales situaciones se derivan, *"no cabe en modo alguno la imposición de razones emocionales, pues solo propician la profusión de afirmaciones tajantes que suscitan el enfrentamiento y el rechazo de las posturas opuestas, dañando así todos los valores presentes en ellas"* (Gracia, 2001: 20).

Se precisa, por tal razón, de un método que favorezca el diálogo calmado y el intercambio de perspectivas, evitando con ello cualquier tipo de precipitación, gracias al cual poder hallar cursos óptimos de acción (líneas de acción) de los que se siga la realización de conductas responsables.

METODO DELIBERATIVO

El **objetivo** del método deliberativo es el de *llegar al encuentro de decisiones razonables y prudentes que ineludiblemente deberán atender a las circunstancias de la situación concreta*[1], es decir, no pretende hallar líneas de acción ciertas y absolutas que valgan por siempre y puedan ser aplicadas a cualquier situación.

En casi toda la obra del Dr. Gracia está presente un término que utiliza cuando habla de este método, la **prudencia,** *"la prudencia consiste en la toma de decisiones razonables en situaciones de incertidumbre, no en situaciones de certeza",* de ahí que resulte imposible decir que las decisiones morales son verdaderas, sino sólo prudentes. Para el Dr. Gracia la virtud moral por excelencia es la prudencia y por lo tanto, la obligación moral no consiste en no equivocarse en la toma de decisiones sino en actuar con prudencia.

•Resolución de conflictos: dilema o problema

A los CBA muchas veces llegan planteamientos de determinados conflictos, en los que están implicados tanto los profesionales como los pacientes, con preguntas límite y para las que nadie tiene una respuesta categórica a tales interrogantes, a partir de la cual, poder obrar como si de una simple ecuación se tratase, y en caso de tenerla, se estaría actuando de modo imprudente y, por tanto, irresponsable, pues toda situación concreta siempre está provista de ciertas particularidades que la individualizan y diferencian del resto.

Es importante que quede claro el término **"conflicto"** que más allá de la definición de la RAE como *combate, lucha o pelea* es utilizado en este contexto como[2] *situación en la cual dos o más personas con intereses distintos entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas, con el objetivo de dañar, eliminar a la parte rival o arrebatarle poder de algún tipo en favor de la propia persona o grupo.*

Antes de abordar las características del método y de cómo es el procedimiento, es importante argumentar que sobre todo, surge como respuesta a la resolución de conflictos, más en forma de problema que como dilema:

a) Afrontar un conflicto como dilema:

Si se pretende abordar los conflictos bajo el prisma de **dilema,** éste opta solo en dos soluciones, generalmente opuestas y/o confrontadas en las que se hace daño a una de las partes y sin saber cuál es la correcta. Apunta el Dr. Gracia que los dilemas morales son rarísimos en ética, pero sucede que el ser humano tiende a convertir irremediablemente los conflictos morales en dilemas, aplicando con ello el *principio de economía al pensamiento,* pues resulta mucho más fácil decidirse entre dos cursos únicos de acción que entre muchos. De esta forma, la confrontación está más que asegurada, por lo que los valores presentes, tanto en una como en otra, se verán en consecuencia dañados por su opuesto, haciéndose imposible el diálogo y el intercambio de perspectivas entre ellas.

b) Afrontar un conflicto como problema:

Este abordaje *"ni nos dice que el conflicto tenga siempre solución, ni que las posibilidades a elegir sean sólo dos, ni menos que la solución racional o razonable sea una y la misma para todos".* Supone admitir que los planes de acción no se reducen únicamente a dos, generalmente entendidos como extremos, sino que entre ellos pueden vislumbrarse otras líneas de acción intermedias que no tienen por qué entrar en lucha excluyéndose de lleno. Esa es, de acuerdo con el Dr. Gracia[3], la clara diferencia entre la *racionalidad dilemática* (propia de todos los que quieren aplicar a la ética los modos de razonar propios de la matemática, por tanto del razonamiento especulativo o teórico) y la *racionalidad problemática* (no está tan preocupada por la decisión como por el procedimiento, tampoco está convencida de que todo problema ético tenga solución, y menos que esa solución sea una y no más que una).

- **Las características básicas del método deliberativo:**

Como cualquier otro método, debe cumplir una serie de características dentro de la ética deliberativa:

-Los argumentos deben ser racionales: la justificación del conflicto tiene que ser racional, fuera de arbitrariedad y sin componente emotivo.

-Los argumentos deben ser razonables: lejos de juicios apodícticos (incondicionalmente cierto, necesariamente válido) y sin respuestas a priori.

CARACTERISTICAS
1. Es un proceso racional, prudente y responsable
2. Es una toma de decisión
3. Se toma en condiciones de incertidumbre
4. Se orienta en bien del hombre

-Los argumentos deben ser prudenciales: deben contemplar tanto las normas como las virtudes así como valorar la posibilidad de que algo suceda o no y las incertidumbres de éstas.

-Los argumentos deben ser críticos: no basados en la fuerza (poder) o la autoridad.

-Debe prevalecer el diálogo: hablar y escuchar en condiciones de libertad e igualdad.

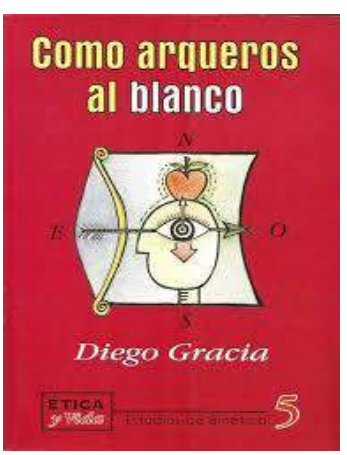
-Debe contemplar la ética cívica: no solo profesional, ni religiosa o confesional.

-**Debe incluir la ética plural e inclusiva:** pluralidad de valores, pluralidad profesional, donde participen todos los interesados o afectados.

PROCEDIMIENTO DELIBERATIVO

Vistas las características del método vamos a conocer el procedimiento, es decir, cómo se aplica o como funciona ante el conflicto o conflictos planteados más como problema que como dilema.
En todo acto de decisión moral deben considerarse tres momentos: los hechos, los valores y los deberes. Según el Dr. Gracia, *"hechos y valores van siempre unidos, aunque en modo alguno se identifican. Sin hechos no hay valores*[4]*, pues los hechos son los soportes de los valores, al igual que todo hecho conlleva necesariamente la existencia de uno o varios valores"* .

1.- En primer lugar hay que hacer la **presentación de los hechos:** supone presentar el caso en cuestión haciendo una deliberación de los hechos, es el inicio de *un debate más intelectual o cognitivo,* en el que el hecho se presenta como aquello que es objeto de la percepción, lo objetivo, lo que se le impone al sujeto.



Esto implica que haya que deliberar sobre los hechos, esto es: Los hechos están irreparablemente mediados por diversidad de factores, ya sean históricos, culturales, lingüísticos, personales, etc., pues cada persona tiene una perspectiva diferente de la realidad que obliga a contemplar todas las interpretaciones para tener toda la información posible y poder madurar el siguiente paso.

2.- El siguiente paso es **deliberar sobre los valores**, es el momento más *evaluativo o emocional*, en el que se delibera sobre los valores que se hallan implicados en los hechos presentados del caso.
Esto supone: la identificación de los problemas morales del caso, la elección del problema moral a discutir y la determinación de los valores en conflicto.
Según el Dr. Gracia, *"todos los seres humanos valoran. No es posible no valorar las cosas o los acontecimientos. Todo lo que se percibe, siente, piensa, etc., inmediatamente se valora. La valoración es un fenómeno universal; no tiene carácter optativo. Lo cual no significa que todos los seres humanos valoren exactamente igual todas las cosas, o que compartan los mismos valores"* y esto significa que aunque los valores se basen en los hechos no se fundamentan en ellos, tienen su propio fundamento pero sí necesitan de ellos como soporte.

3.- El siguiente paso es la **deliberación de los deberes**, es el momento *volitivo o práctico*, el propiamente moral, el cual nos impele a la realización de aquellos valores que han sido fruto de la deliberación, *porque "una cosa es el mundo de los valores, el del debería, y otro es el mundo del debe, el de los deberes"* [5].

Precisa de justificación, debiendo ser argumentadas las razones de haber realizado unos valores y otros no, sobre todo si hay conflicto de valores, así como, las consecuencias que se sigan de los mismos[6] . Se pueden tener en cuenta los casos anteriores o precedentes.

En esta parte es imprescindible:

- Identificación de los planes extremos de acción (cursos extremos de acción): cuando se aborda la cuestión como dilema, con actitudes extremas y opuestas, que no son ni responsables ni prudentes y por lo tanto no formarían parte del método.
- Búsqueda de planes intermedios: cuando se aborda como problema se pueden buscar acciones intermedias, entendidas como *"aquella acción que intenta proteger o promover la realización de todos los valores en juego, y no solo el de uno de ellos"* y ello supone el no precipitarse en la toma de decisión.
- Elección del plan óptimo (curso de acción óptimo): Una vez identificadas y analizadas las posibles formas de acción intermedios es momento de deliberar cuál de ellas es el plan óptimo, teniendo presente que el análisis *"nunca puede ser exhaustivo, ni agotar las circunstancias y las consecuencias, por lo que hemos de contentarnos con reducir la incertidumbre hasta límites razonables o prudentes"*(5).
El plan óptimo generalmente será uno de los planes intermedios, concretamente, aquel que propicie la realización del mayor número posible de valores implicados, o en su defecto, aquel que lastime el menor número, en definitiva*, "aquel que tiene en cuenta las circunstancias y las consecuencias de la decisión y es prudente[5]".*

Cabe la posibilidad de que dos o más personas puedan identificar más de una forma o línea de acción óptima pero el procedimiento de toma de decisiones *"no tiene por objeto lograr la unanimidad o el consenso, sino asegurar que todas las decisiones, aunque no coincidan entre sí, sean prudentes"* [7]

4.- Prueba de consistencia: una vez se tiene el plan óptimo de acción, debe someterse a la prueba de consistencia antes de que la toma de decisión sea definitiva. En términos coloquiales sería como pasar **"la prueba del algodón".** Por ello es imprescindible que cumpla con:

a) **Legalidad,** si la decisión tomada es legal o ilegal porque resultaría totalmente imprudente que la decisión tomada fuera ilegal.
b) **Publicidad,** consiste en preguntarse si existen argumentos suficientes como para defender públicamente la decisión tomada, haciendo así posible su aceptación por el conjunto de la sociedad.
c) **Temporalidad,** preguntarse si la decisión tomada sería idéntica a la que pudiera tomarse en un tiempo posterior, señalando así la necesidad de evitar cualquier tipo de precipitación en la toma de decisiones.
d) **Universalidad,** en la que debe haber un trato de justicia formal e igualitario, y por lo tanto, generalizable en cualquier cambio de roles y extensible a cualquier otra circunstancia donde se dé este mismo conflicto.
e) **Realizable,** es decir, que sea viable, equitativa y eficaz.

Llegados a este punto, la superación de estas pruebas ratifica que el plan óptimo de acción elegido tras el proceso de deliberación está convenientemente justificado, resultando ser, por tanto, prudente y responsable.
Después de todo lo anterior, las preguntas oportunas y superadas las pruebas de consistencia, ya podríamos pasar a la **toma de decisiones** definitiva.

CONCLUSIONES

Si habéis llegado hasta aquí igual os preguntéis que "¿qué tiene que ver esto con nosotras?" o "esto es solo para los médicos" o incluso pensar que *"las matronas no hacemos toma de decisiones en el desempeño de nuestro trabajo".* Error.
La relación clínica debe entenderse como un proceso de deliberación, no solo sobre los hechos clínicos sino también sobre los valores implicados, a fin de llegar a una decisión prudente, responsable, tanto por parte del paciente, en nuestro caso, de la mujer gestante o no, como por parte del profesional.

El método de la deliberación supone el procedimiento idóneo a partir del cual poder abordar los conflictos morales que se desprenden de los confines en los que se haya circunscrita la vida del ser humano, sobre todo, si se abordan temas que atañen tanto al inicio de la vida como al final de ésta. Como ya he explicado antes, su objetivo no es hallar planes de acción absolutos que puedan aplicarse a cualquier situación concreta, sino tomar decisiones prudentes en situaciones de incertidumbre, pues solo así podrá actuarse de modo responsable.

Análisis de los hechos
Presentación del caso clínico
Análisis y aclaración de los aspectos clínicos del caso
Análisis de los valores
Identificación de los problemas éticos del caso
Elección del problema ético principal
Identificación de los valores en conflicto
Identificación de los cursos extremos en acción
Árbol de cursos intermedios de acción
Análisis de los deberes
Elección del curso de acción
Pruebas de consistencia: legalidad, publicidad y tiempo
Decisión final

LA DELIBERACIÓN

Es el proceso mental que todo ser humano sigue para tomar cualquier decisión problemática

DELIBERACIÓN es el proceso de ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concretos, con el fin de tomar la decisión óptima.

PRUDENCIA
es deliberar adecuadamente

La deliberación, antes que un método, supone una actitud, una actitud participativa, en la que la disposición que se contraiga por parte de sus participantes sea de apertura, de capacidad para cambiar de opinión, de escuchar, de comprender, de dialogar, en definitiva, de tolerar a aquella persona que está frente a nosotros.
No sé si quizá nos hubiera ido mejor a la hora de "negociar" con algunas instituciones o dirigentes o incluso el jefe del servicio o gerentes si en ocasiones la actitud de ambas partes, o tan solo una de ellas, hubiera sido menos beligerante y más deliberativa, y no vernos como enemigos sino como parte de la solución a través del dialogo para llegar a soluciones responsables y prudentes.

La cuestión es que según el Dr. Gracia, y yo estoy de acuerdo, no nos enseñan a deliberar, no es una cuestión de naturaleza humana, es una virtud moral que se consigue a través de la práctica, del entrenamiento, y como todo entrenamiento requiere de un esfuerzo al que el ser humano no está predispuesto naturalmente.

Esto conlleva un gran problema porque si ni a profesionales ni a la ciudadanía se nos enseña a deliberar o se nos ofrecen las herramientas para aprender, incluso desde la escuela, es difícil participar en la toma de decisiones propias, presentes o futuras, para que éstas sean prudentes y responsables. No olvidemos que una toma de decisión conlleva asumir la responsabilidad que de esta decisión se derive.

Como matronas, o como profesionales de la salud, ante ciertas incertidumbres que nos puedan surgir en el día a día o a lo largo del desarrollo profesional, debemos ser capaces de hacer una buena toma de decisiones, con la participación de las mujeres y sus familias, que más allá de la aplicación de un protocolo, tendrán el derecho de participar para que la manera de proceder sea la óptima y evitemos esas situaciones de confrontamiento continuo que parece haber entre unos y otros, profesionales y usuarias. No es un "tú o yo", es un "entre nosotros".

Cada mujer que atendemos se merece lo mejor que podamos darle y para eso hay que hacerla también partícipe.

Puede que al haber llegado hasta aquí necesites tener un ejemplo práctico o caso de cómo se puede aplicar el método deliberativo en nuestro trabajo, lo haré en el siguiente número, por ahora, creo que es suficiente saber que existe y poder entenderlo.

Y como siempre, una de las frases de Platón que, aunque confieso no es uno de mis filósofos preferidos, puede rematar adecuadamente este artículo ***"Buscando el bien de nuestros semejantes encontraremos el nuestro",*** **¡feliz verano!.**

Mª Isabel Castelló López. Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

Bibliografía:

1.-Redondo García, A. El método de la deliberación y su aplicación a las cuestiones relativas a los confines de la vida humana. EIDON, nº 57 junio 2022, 57: 17-30 DOI: 10.13184/eidon.57.2022.17-30

2.-Alzate, R. 1998. Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica. Bilbao: Universidad del País Vasco.

3.-Gracia, D. (2004). Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela.

4.-Gracia, D. (2013a). Valor y precio. Madrid: Triacastela

5.- Gracia, D. y Pose, C. (2019b). 07 Procedimiento o método de toma de decisiones. Título de Experto en Ética Médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España.

6.-Gracia, D. (2007). Origen, fundamentación y método de la bioética. En Martínez, J. A. (Coord.), La bioética en la educación secundaria (pp. 9-50). Madrid: Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia

7.- Gracia, D. (2016). Ética médica. En Rozman, C. y Cardellach, F. (Eds.): Farreras Rozman. Medicina interna (pp. 32-39). Barcelona: Elsevier.

ADIÓS A LUC DE BERNIS, DEFENSOR DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL Y DE LAS MATRONAS

Luc de Bernis, nació el 27 de abril de 1953 en Lille, (Francia) defensor desde hace mucho tiempo de la salud materna y neonatal, matrón honorario y uno de los defensores de los informes sobre el estado de las parteras en el mundo, falleció el 6 de abril de 2024. Fue un médico humanista y comprometido, cuya acción traspasó grandemente las fronteras del país, un estrecho colaborador de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y un nombre muy conocido en la comunidad sanitaria mundial.

Luc era un obstetra-ginecólogo experimentado que trabajó durante muchos años en Senegal y Chad, atendiendo a mujeres que daban a luz en circunstancias difíciles.
Posteriormente, ayudó a dirigir el equipo haciendo un embarazo más seguro en la OMS, de 2001 a 2006. Su carrera continuó en el UNFPA en Etiopía y luego trabajó en el Fondo Temático de Salud Materna dentro de la rama de SSR del UNFPA, antes de jubilarse en 2015.

La inquebrantable dedicación de Luc a la mejora de la salud materna y neonatal, en particular la atención por las matronas, ha dejado una huella indeleble en la comunidad sanitaria mundial. A lo largo de su rica carrera, este obstetra-ginecólogo defendió apasionadamente la importancia de que se reconozca el papel fundamental de las matronas para garantizar experiencias de parto seguras y dignas para las mujeres de todo el mundo.

La dedicación de Luc a la partería fue tan profunda que la ICM lo honró como matrona honoraria durante el congreso internacional en Praga en 2014.
Durante su mandato en el UNFPA, Luc colaboró estrechamente con la ICM, trabajando incansablemente para elevar las voces de las matronas y garantizar nuestra representación en espacios críticos de toma de decidecisiones.

Entre las contribuciones globales clave de Luc se encuentran su liderazgo en todos los informes sobre el estado de la partería en el mundo publicados (incluidos tres informes globales y al menos tres informes regionales) y la serie The Lancet on Midwifery publicada en 2014. Luc también fue un miembro clave en el desarrollo y revisión del Marco de Servicios de Partería (MSF) de la ICM, un programa que continúa funcionando con éxito en el rediseño de los servicios de maternidad y el fortalecimiento de la fuerza laboral de la partería.

Estos documentos críticos ayudaron a avanzar en los esfuerzos de promoción de la necesidad de una salud materna y neonatal de calidad a nivel mundial. Luc también ayudó a las matronas a comprender estos importantes documentos y utilizarlos para la promoción de políticas.

Luc ha sido mentor y ha apoyado a cientos de matronas en todo el mundo, lo que le valió el respeto y la admiración de colegas de todo el mundo. También defendió varias iniciativas cruciales, como el programa Jóvenes Líderes de Matronas, reconociendo la importancia de formar a las próximas generaciones de matronas líderes. Predicó con el ejemplo, inspiró a otros con su dedicación a la salud y la integridad de las mujeres y apoyó firmemente el reconocimiento de las matronas en todas partes, pero especialmen-

te en los países de habla francesa.

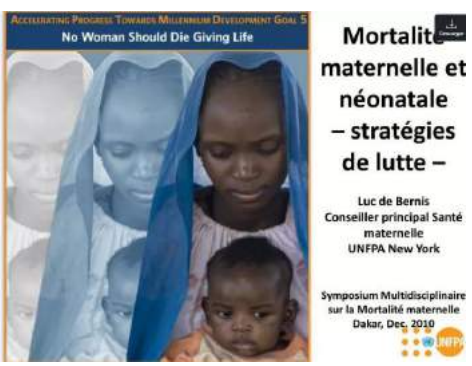
Además de sus incansables esfuerzos de promoción, Luc desempeñó un papel crucial en la respuesta al brote de ébola en África occidental, liderando la respuesta de Mano River Midwifery y brindando un apoyo invaluable a las comunidades afectadas.

Deseoso de seguir apoyando a las matronas durante su jubilación, Luc continuó trabajando en proyectos que incluían contribuir a los informes sobre el estado de la partería en el mundo y apoyar la vigilancia y respuesta a la muerte materna en numerosos países.

El legado de Luc se extiende mucho más allá de sus logros profesionales. Se le recuerda como un defensor compasivo, generoso e incansable, siempre dispuesto a echar una mano y brindar apoyo a sus colegas. Tenía una manera asombrosa de hacer que todos se sintieran valorados e importantes, independientemente de su función o años de experiencia. Su amabilidad, integridad y compromiso con la salud de la mujer seguirán inspirando a las generaciones venideras.

La ICM y las matronas de todo el mundo agradecen a Luc su compromiso abierto y sostenido con las matronas en todas las conferencias y reuniones internacionales, regiornales y nacionales de todos los públicos. Sus discursos y argumentos siempre fueron fieles a sus valores y a su confianza inquebrantable en el papel de las matronas con buenos recursos en la reducción de las tasas de mortalidad materna, perinatal y neonatal en todo el mundo. D.E.P.

Fuente : ICM



Concentración de matronas en Bilbao / SATSE

LAS MATRONAS DE BIZKAIA NO DESCARTAN IR A LA HUELGA PARA DENUNCIAR LA «GRAVE FALTA DE PERSONAL»

Su preocupación por el futuro de su profesión y el agotamiento producido por la gestión de Osakidetza, está motivando sus reclamaciones.

Las matronas llevan semanas movilizándose para denunciar la situación que están soportando. Iniciaron sus movilizaciones en la OSI Barrualde, pero es un problema que afecta a todas las OSIs y todas las matronas de Euskadi.
Las matronas de Euskadi han emitido el siguiente manifiesto en el que condensan todas sus reivindicaciones:

MATRONAS SIN SUSTITUCIÓN, MUJERES SIN ATENCIÓN

"Las matronas de Osakidetza estamos preocupadas por el futuro de nuestra profesión, y como consecuencia por la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus familias. Estamos agotadas por la gestión de Osakidetza, que repercute negativamente en nuestras competencias y en el tiempo que dedicamos a la atención de las mujeres.

La escasez de matronas, la falta de relevo generacional y el insuficiente número de plazas de formación especializada, cronifica una ratio inadecuada matrona/usuaria que empeora en período vacacional e impide cubrir las ausencias, descansos y permisos para la conciliación familiar.
Se desprecia la atención a las mujeres y sus familias, negándoles en periodos vacacionales servicios que se prestan durante el resto del año, sobrecargando a las matronas, imposibilitando gestionar la demanda a corto plazo, y generando demora y malestar.

Osakidetza, manejan de manera arbitraria nuestras carteleras y agendas, manteniéndonos en constante alerta durante nuestros descansos, pero nos discrimina en la compensación y retribución respecto a otros colectivos profesionales.
En Atención Primaria, se cierran y se condensan nuestras agendas, lo que nos obliga a prolongar

nuestras jornadas. Debemos atender a mujeres de cualquier UAP, quienes tienen que desplazarse perdiendo así la relación de cercanía y confianza que tienen con su matrona de referencia.

En Atención Hospitalaria, la dirección nos insta a encontrar fórmulas para garantizar las presencias bajo nuestra responsabilidad y esfuerzo. En muchos turnos trabajamos con matronas de menos. Esta nefasta gestión de la contratación nos sobrecarga y pone en riesgo nuestra salud física y mental, y dificulta la prestación de una atención de calidad en el parto, postparto inmediato y las múltiples urgencias obstétricas.

Todo esto nos provoca un estado emocional de hastío, elevada ansiedad y preocupante desmotivación.
Queremos participar en buscar soluciones a esta situación crítica desde un liderazgo de matronas, sin embargo, la Dirección de Osakidetza con una actitud impositiva, no nos tiene en cuenta ni en la gestión de nuestras competencias ni en la atención que prestamos a las mujeres.

Solicitamos a Osakidetza que:

*- **Sustituya** el 100% de nuestras ausencias y descansos desde el primer día con una política de contratación proactiva, de calidad, eficiente y sostenible, que retenga y atraiga profesionales. Además, que se comprometa a no cubrir nuestras ausencias y funciones con personal sanitario sin la especialidad de matrona.*

*- **Establezca** políticas de dotación de recursos humanos de matronas y planes de contingencia universales y comunes, por escrito, y de obligado cumplimiento en todos los centros y ámbitos de Osakidetza, Atención Primaria y Hospital.*

*- **Analice** la temporalidad de la plantilla de matronas y agilice la estabilización de empleo de las trabajadoras eventuales.*

*- **Reconozca** el cupo de cada matrona y establezca las ratios teniendo en cuenta cuantitativa y cualitativamente la población a la que atendemos, las mujeres. Hacerlo en base a la población total del municipio, ocasiona inequidades entre las mujeres a la hora de acceder a la atención y desplazamientos forzosos.*

*- **Respete** la dotación total de matronas en los turnos hospitalarios (diurnos y nocturnos) garantizando el 100% de la plantilla, todos los días de la semana y todo el año. Se deben establecer mecanismos y protocolos que protejan nuestra salud como trabajadoras ante la falta de cobertura.*

*- **Garantice** el desarrollo de todas nuestras competencias en adolescencia, climaterio, salud sexual y reproductiva, anticoncepción, embarazo, parto, recién nacido sano, postparto, lactancia, identidad de género… y así asegurar el derecho a la salud de las mujeres en su centro de referencia con la totalidad de la cartera de servicios durante todo el año.*

*- **Establezca** agendas/procesos de demanda no satisfecha y un protocolo claro de atención y derivación de las mujeres; que no recaiga en la matrona tener que denegar una atención que es necesaria.*

- ***Reconozca** nuestro esfuerzo y, si es necesaria la realización de jornada extraordinaria, se nos retribuya sin discriminación, aplicando la autoconcertación como se hace con otros colectivos de Osakidetza.*

*- **Despliegue** la figura de matrona coordinadora que lidere el equipo desde el conocimiento de la*

profesión y de nuestras necesidades, gestionando, priorizando y haciendo de enlace con otros departamentos y con la dirección.

Ante esta situación, nos estamos movilizando y pedimos, a las mujeres individualmente, a las asociaciones de mujeres y a EMAKUNDE que exijan que se mantenga la atención de calidad de más de la mitad de la población de Euskadi, y se preserve nuestro derecho a la salud".

Colectivo de matronas de Euskadi.

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA. Comunicado.

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Ocho de cada diez matronas españolas conocen casos de intrusismo profesional que ponen en riesgo la salud de madres y recién nacidos

El 76% de las matronas en España afirma conocer casos reales de intrusismo profesional. Sin embargo, tan solo el 5% ha tramitado una denuncia ante esta situación por las barreras y complicaciones que encuentran al hacerlo, con un arduo proceso de tramitación. Esta no es la única problemática en torno a la profesión. El 84% de las matronas en España manifiestan que en su Comunidad Autónoma no están desarrolladas todas las competencias para las que están formadas. El déficit de matronas (enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología) en España, situado entre el 40-50%, el escaso relevo generacional o el lento desarrollo de competencias está poniendo en riesgo la salud de madres, familias y recién nacidos en nuestro país.

España cuenta con 8.084 matronas colegiadas, a todas luces insuficientes. Se va agravando rápida y paulatinamente el déficit que sufre la profesión y el escaso conocimiento de sus competencias, por parte de usuarios y Administraciones sanitarias, merma la visibilidad del trabajo de este colectivo.

Por ello el Consejo General de Enfermería (CGE) junto con su Instituto Español de Investigación Enfermera y las vocales y representantes de matronas de los Colegios de Enfermería de España exponen con datos reales -en el mayor estudio sociodemográfico realizado hasta la fecha- la situación real de las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), en el que desafortunadamente participó tan sólo el 30% de las matronas.

INTRUSISMO

La patente falta de matronas está provocando 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 y de "profesionales de otros ámbitos que entran en actividades propias del marco competencial de las matronas. Este es el caso de nutricionistas, profesionales del deporte o incluso enfermeras que llevan consultas de embarazo debido a este déficit y precariedad latente en algunas comunidades autónomas.

"El problema de base es que somos pocas matronas. Clásicamente tenemos unas competencias ligadas a la atención al embarazo, parto y puerperio, muy encorsetadas en el entorno hospitalario y algo más en Atención Primaria, pero no está repartido de igual forma a lo largo de todo el territorio español. Esta situación, de falta de matronas hace que otros profesionales intenten invadir nuestras propias competencias. Debemos combatir el intrusismo general, pero lo que no podemos tolerar, ni la sociedad ni las instituciones, ni las matronas es el intrusismo de las llamadas doulas, que no cuentan con ninguna capacitación formativa más allá de pequeños talleres o cursos. Su práctica puede poner en riesgo la salud de mujeres y recién nacidos, por ello debemos poner límites y trabajar más en equipo", sigue Angulo.

La calidad de la formación también es otro tema que está afectando a estas especialistas. En los últimos tiempos estamos asistiendo a un incremento del número de cursos, talleres o actividades formativas no oficiales para conseguir la especialización en Obstetricia y Ginecología. Cursos que no cumplen con los requisitos ni la calidad formativa necesaria para ser matrona*. "Se están explorando otras vías para formarse como matrona y conseguir la especialidad. Algo que, con esta falta de especialistas se está incrementando en los últimos tiempos. Tenemos que cuidar mucho la calidad de la formación de las matronas para garantizar unos cuidados de calidad a las mujeres y sus familias",* apunta la vocal matrona del CGE.

ESCASEZ DE MATRONAS

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. Del estudio se desgrana que el 66% de las matronas tienen entre 31-50 años. Sin embargo, un 6% tiene entre 61-67 años, un porcentaje que se centra en determinadas comunidades, lo que genera un inminente problema de cobertura de plazas por la necesidad de reemplazo ante la cercana edad de jubilación de estas profesionales. Además, este escaso relevo generacional impide el desarrollo de las competencias de estas enfermeras especialistas, donde el 84% de ellas piensa que en su Comunidad Autónoma no están desarrolladas todas las competencias para las que están formadas. Un debate en el que los expertos concluyen con la necesidad de ampliar las competencias de las matronas desde la propia especialidad de Obstetricia y Ginecología.

La falta de matronas también lleva a solicitar la cobertura de turnos de las matronas fuera de su propio horario habitual de trabajo. El 90,2% de las encuestadas afirma haber cubierto turnos fuera de su horario establecido, y el 30% asegura estar sufriendo esta situación desde hace más de cinco años. En esta línea, el 39% de las enfermeras se muestran preocupadas ante la falta de contrataciones nuevas en sus servicios y centros de trabajo a la hora de cubrir permisos, vacaciones y reducciones de jornada, lo que impacta de forma directa en la carga de los equipos asistenciales.

"Uno de nuestros compromisos, que llevamos reclamando muchos años al Ministerio de Sanidad desde la Comisión Nacional de la especialidad, es el aumento del número de plazas de EIR para matrona, porque lo que va a suceder con este déficit de matronas es que no se pueda cubrir el relevo generacional. El número de especialistas que tienen actualmente más de 60 años es superior al número de matronas que se están formando en los últimos años. Por ello, debemos seguir trabajando para aumentar ese número o si no, no tendremos matronas suficientes para trabajar en los puestos que nuestra especialidad nos indica", expresa Angulo.

Fuente : Consejo General de Enfermería

NUEVA ZELANDA NECESITA UN AUMENTO DEL 300% EN EL NÚMERO DE MATRONAS CUALIFICADAS, Y QUIENES TRABAJAN NECESITAN MÁS APOYO Y RECONOCIMIENTO.

El sector de partería de Nueva Zelanda, con escasez de personal y fondos, espera beneficiarse del aumento de la financiación sanitaria anunciado en el presupuesto de 2024. El gobierno ha prometido 8.150 millones de dólares neozelandeses en capital operativo adicional para el sistema de salud, con 3.440 millones de dólares destinados a servicios hospitalarios y especializados y 2.120 millones de dólares a atención primaria y salud pública.

Hasta el momento, no está clara la cantidad exacta destinada a las matronas. Pero es urgente que sea suficiente, dado el estado de la profesión.
Actualmente hay alrededor de 3.300 matronas registradas en Nueva Zelanda. De ellas, el 33% trabaja en la comunidad bajo un modelo de carga de casos (trabajando de forma independiente y de guardia), mientras que el 47% trabaja en hospitales y otras instalaciones en turnos fijos. Aproximadamente el 95% de los partos tienen una matrona como principal cuidadora de maternidad.

A pesar de su papel en el sistema de salud, la partería actualmente carece de personal suficiente en un 40%. Para empeorar las cosas, muchas matronas se están acercando a la edad de jubilación. También hay una alta tasa de abandono tanto entre las matronas recién calificadas como entre los estudiantes.

Para cubrir el actual déficit de personal, el número de parteras que califican cada año debe aumentar en un 300%. Pero el 42% de las estudiantes de partería nunca completan su calificación, a menudo porque no pueden permitírselo. Algunos informes sugieren que las estudiantes de partería sienten que están siendo utilizadas como mano de obra no remunerada para tapar huecos en la fuerza laboral.

Lo que realmente afecta a las matronas

La investigación plasmada en el artículo ***" Toward a contextualized understanding of well-being in the midwifery profession: An integrative review"*** (Hacia una comprensión contextualizada del bienestar en la profesión de partería: una revisión integradora) tiene como objetivo comprender la salud física y mental de las matronas y cómo los elementos estructurales de la profesión pueden tener un efecto perjudicial.

Un factor clave que afecta el reconocimiento y la financiación es la estructura de género única de la profesión. En 2023, solo ocho matronas en **Aotearoa** se identificaron como hombres y cinco como de género diverso. El predominio de las mujeres se ha relacionado con una falta de reconocimiento profesional.

Históricamente, el ***"trabajo de las mujeres"*** en el sector de la salud se ha equiparado con un ***"trabajo de amor",*** algo que se hace para obtener recompensas intrínsecas en lugar de remuneración y otras formas de reconocimiento externo.

COVID-19 y partería

Investigaciones adicionales durante COVID-19 resaltaron la importancia de estos factores. A finales de 2020, encuestamos a 215 parteras registradas sobre cómo trabajar durante los encierros influyó en su salud física y mental.
Descubrimos que la salud individual de las matronas estaba indisolublemente ligada al lugar de su profesión en la sociedad en general. Las parteras sintieron que estaban cumpliendo con un deber hacia la sociedad al trabajar durante la pandemia.
Sintieron que era importante que fueran reconocidos y valorados por su trabajo. Cuando experimentaron ese reconocimiento, las parteras dijeron que tenían la energía y el coraje para seguir trabajando en circunstancias difíciles.
Sin embargo, con demasiada frecuencia las matronas sintieron que su trabajo estaba infravalorado y mal apoyado. Como participante una dijo :

Me sentí frustrada y totalmente infravalorada por Nueva Zelanda cuando todo lo que escuché en las noticias y en los medios fue sobre lo duro que estaban trabajando los médicos de cabecera haciendo visitas virtuales, y cómo Plunket tuvo que cambiar la forma en que trabajaban haciendo visitas virtuales, pero sin mencionar a las matronas de primera línea que estaban haciendo visitas y viendo a las mujeres, asistiendo a los partos, [realizando] evaluaciones urgentes y visitas posnatales adicionales porque todos los demás habían dejado de hacerlo.

La mayoría de las matronas también sintieron que su invisibilidad profesional era una razón clave por la que carecían de apoyo de los organismos de atención médica, especialmente en lo que respecta a la provisión de equipos de protección personal (EPP). **Como explicó otra matrona:**

"La falta de EPP disponible era muy preocupante. Nos dimos cuenta de que las matronas están al final de la lista de consideraciones, sin que el gobierno ni el público las vean. Los trabajadores de los supermercados tenían mejor EPP y apoyo".

"Esta falta de apoyo amenazaba gravemente la salud y la seguridad de las matronas, por no hablar de la de sus familias".

También explicó otra matrona:
"En ese momento yo estaba embarazada y estaba aterrorizada. Había sufrido varios abortos espontáneos en el pasado y finalmente estaba aguantando mi embarazo solo para que llegara el COVID. Sentí que me estaba poniendo en peligro y me sentí obligada a hacerlo para brindar atención a otras mujeres embarazadas".

Fundamentalmente, las percepciones de las matronas sobre la invisibilidad profesional no fueron exclusivas de la pandemia. La COVID-19 simplemente aumentó su sensación de estar infravalorados.

Otra matrona nos dijo:
"Creo que la mayoría de las personas dan por sentado nuestro papel en el mejor de los casos y no comprenden el impacto que las demandas de este papel tienen en nuestro bienestar físico y mental. Creo que esto se acentuó durante [la] respuesta al COVID, ya que todos estaban más vulnerables y nerviosos. Pero, como siempre, creo que existe una expectativa irreal de que deberíamos anteponer el bienestar de los demás al nuestro".

Valorando a las matronas de Nueva Zelanda
Para garantizar la sostenibilidad futura del sistema de atención de maternidad de Nueva Zelanda, es necesario valorar más a las matronas, incluso mediante una mayor inversión en capacitación y apoyo.

Con este fin, el Colegio de Matronas de Nueva Zelanda está firmemente a favor de los programas de **"gane a medida que aprende ".**

También es necesario que haya una mayor compensación para las matronas de guardia y una mayor financiación para las salas y unidades de maternidad en todo el país.
La valoración de las matronas no tiene por qué limitarse a medidas financieras. Nuestra investigación muestra que las matronas se preocupan profundamente por su trabajo y sus clientes. Pero también destaca que para crear un futuro sostenible para la profesión, el amor de las matronas por su trabajo debe ir acompañado de reconocimiento y apoyo externos.

Curiosamente Nueva Zelanda tiene actualmente 4.958.264 hab. con 56.995 nacimientos (2022) y un contingente de matronas de 3.300, frente a España que, con más de 47 millones de habitantes, 329.251 nacimientos (2022), las matronas somos, con seguridad, algo más de 8000 independientemente de la disparidad de cifras a través de las cuales queda una vez más demostrada la máxima presión de las matronas españolas en su ejercicio, esta vez frente a las neozelandesas. Compartimos con estas las mismas razones de falta de apoyo, visibilidad y reconocimiento a la profesión derivadas de una situación histórica absolutamente relacionada con la discriminación de género perpetuada hasta nuestros días.

Fuente: Toward a contextualized understanding of well-being in the midwifery profession: An integrative review, Journal of Professions and Organization, Volume 9, Issue 3, October 2022, Pages 348–36 Disponible Artículo completo: https://academic.oup.com/jpo/article/9/3/348/6968934?login=false

Traje típico de las mujeres neozelandesas

¿PUEDE UNA MALETA SALVAR VIDAS?

En el **Día Internacional para Erradicar la Fístula Obstétrica,** que se celebra anualmente el 23 de mayo, la ONU quiso poner en valor el importante papel de las matronas y expusieron la grabación de Radio ONU de 1963, "La maleta mágica", narrado por la estrella de Hollywood Jack Benny.
El animador de radio y televisión, se unió al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en la década de 1960 para crear conciencia sobre la atención de la salud reproductiva y el papel clave que desempeñaban las matronas en todo el mundo, especialmente donde la mortalidad infantil era muy alta.
Benny lleva a los oyentes a Tailandia, siguiendo la historia de una familia y el feliz nacimiento de un bebé sano después de que una partera local llegara en bicicleta con su propia **maleta mágica**.

Foto ONU. En 1954, los trabajadores ensamblan los kits de matronas de UNICEF en un almacén en Jersey City, Estados Unidos, preparándolos para su envío a países con altas tasas de mortalidad infantil. (archivo)

Los orígenes del kit de partería de remontan a la década de 1950, cuando Leo Eloesser, un cirujano estadounidense que trabajó en China, comenzó a experimentar ensamblando una variedad de artículos que una partera tradicional podía llevar a una mujer en trabajo de parto.
Originalmente este paquete contiene: un cuchillo afilado, gasa, guantes, láminas de plástico y una botella de líquido antiséptico.

Parte del programa de UNICEF para ayudar a las mujeres a dar a luz de manera segura incluía capacitar a matronas y enviar lo que el Sr. Benny llamó **"maletas mágicas"** por todo el mundo.
En la foto de arriba, de 1954, Yupa Sookchareon (segunda desde la izquierda) estaba probando un estetoscopio fetal de uno de los 14.000 kits de aluminio para matronas que UNICEF había estado preparando para enviar a las matronas en ejercicio en 27 países de Asia, Medio Oriente, Europa y África. y América Latina.

La Sra. Sookchareon, una enfermera que estudiaba en la Asociación de Centros de Maternidad de la ciudad de Nueva York con una beca de seis meses del Gobierno de Tailandia, regresaría al Sanatorio y Hospital de Bangkok como supervisora de capacitación de Matronas.

Mientras tanto, los kits de matronas se estaban ensamblando en un almacén de Jersey City a un ritmo de 700 por día. Serían distribuidos por los gobiernos a las graduadas de los cursos de capacitación de matronas asistidos por UNICEF en sus países.

El contenido del kit fue perfeccionándose aún más por el Dr. Bersilav Borcic quien fue Director adjunto de UNICEF en la década de 1950. El kit de partería se estandarizó y premontó, lo que permitió enviarlo más fácilmente a todo el mundo.

FOTO: ONU

Durante décadas, estos kits han ayudado a salvar las vidas de madres y recién nacidos en todo el mundo.
Eso continúa hoy. El kit de partería está diseñado para realizar un promedio de 50 partos normales y está destinado a ser utilizado por personal de salud capacitado como matronas, médicos y enfermeras con habilidades de partería y reanimación. Consta de seis módulos diferentes que contienen productos como equipos médicos, medicamentos y materiales desechables como guantes y jeringas.
El Kit se puede pedir con sus seis módulos diferentes o, dependiendo de lo que ya se tenga en stock en el país, solo con los módulos que necesiten.
Cada módulo respalda el objetivo general: salvar vidas y mejorar la atención materna y neonatal en situaciones de emergencia.

Foto: UNICEF/Casamoah. Los suministros médicos que forman parte del kit de partería de UNICEF se empaquetan actualmente en Copenhague.

GRACIAS A LAS MATRONAS, LOS PARTOS SON MÁS SEGUROS

UNICEF y la agencia de salud sexual y reproductiva de las Naciones Unidas, UNFPA, ejecutan programas en todo el mundo para matronas , ofreciendo herramientas y capacitación.

Según el informe más reciente sobre el estado de las matronas en el mundo, unas matronas bien formadas que trabajen en un entorno plenamente funcional podrían ayudar a evitar aproximadamente dos tercios de todas las muertes maternas y neonatales.
Desde 2008, el UNFPA ha trabajado con socios, gobiernos y formuladores de políticas para ayudar a crear una fuerza laboral de partería competente, bien capacitada y con buen apoyo en entornos de bajos recursos.
"En este momento, en todo el mundo, millones de vidas están en manos de las matronas ", afirmó la Directora Ejecutiva de UNFPA, Natalia Kanem, en la celebración del Día Internacional de la Matrona 2024.
"Ya sea que estén atravesando las aguas de una inundación para llegar a mujeres embarazadas o dando a luz a bebés entre los escombros de un terremoto, las matronas son las heroínas anónimas de los servicios de salud comunitarios", afirmó. "GRACIAS A LAS MATRONAS, LOS PARTOS SON MÁS SEGUROS".

La grabación completa de la **" Maleta Mágica** "(inglés) puede escucharse en el archivo de Clásicos de Radio ONU:
https://media.un.org/avlibrary/en/asset/d242/d2427898?_gl=1*8i6xnm*_ga*MTc4MDA2OTMxOC4xNzE5MDAwMDAz*_ga_TK9BQL5X7Z*MTcxOTA1MTMxOC4yLjEuMTcxOTA1MTQxMC4wLjAuMA..*_ga_S5EKZKSB78*MTcxOTA1MTQxMC4yLjEuMTcxOTA1MTc4Mi42MC4wLjA.
FUENTE: ONU

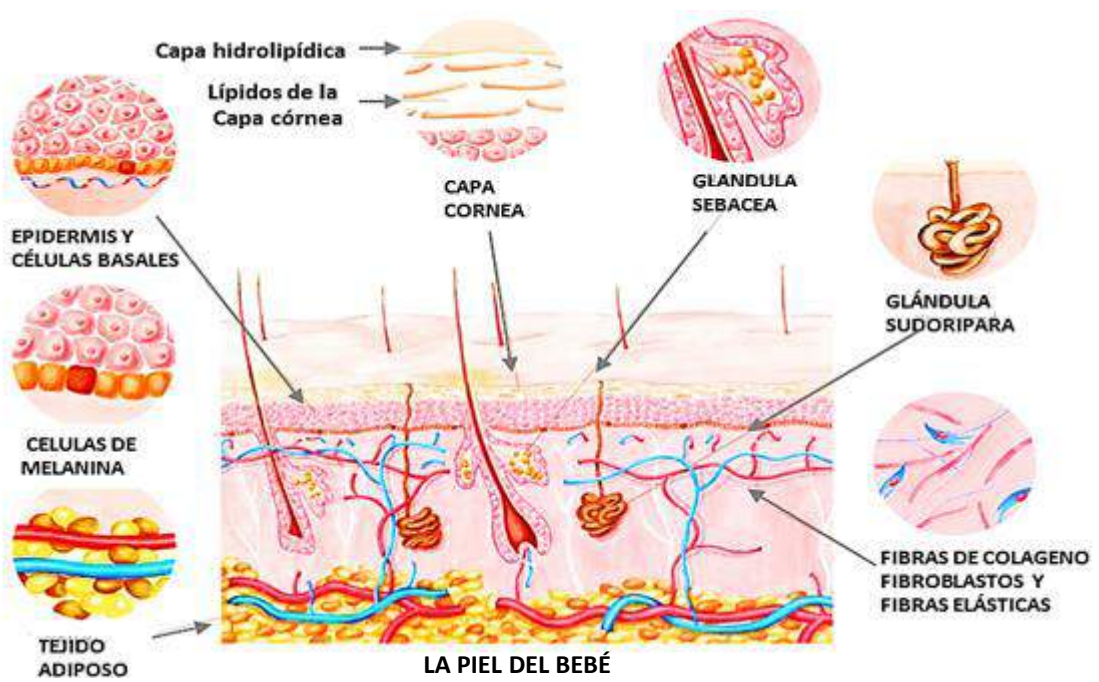
LA PIEL DEL RECIEN NACIDO

La piel de un recién nacido y durante los primeros meses va a presentar unas características especiales hasta completar su maduración hacia la pubertad. Ello justifica una especial atención por parte de los cuidadores durante los primeros meses e infancia.

La piel es nuestro órgano sensorial más extenso hasta 1,5 m2 y un peso de unos 4 kg en un adulto medio. Su función emuntoria es primordial, y bien sabemos que sin esta protección dérmica no podemos sobrevivir. La piel nos permite relacionarnos con el medio ambiente, con el entorno más inmediato (personas, animales, naturaleza) y es una barrera para los elementos tóxicos, de modo fundamental permite la termorregulación y una protección viva, dinámica, mecánica e inmunológica.

Recordamos la estructura básica de la piel en sus tres capas que son indicadores de salud, un bebé se expresa a través de la piel y el gesto.

La epidermis deriva del ectodermo (la misma que tejido neurológico) y dentro de sus cinco capas la más importante y la más externa, la capa córnea. Ésta cuenta con el factor natural de humedad para la retención hídrica. La siguiente capa en profundidad es la dermis seguida del tejido subcutáneo o hipodermis, ambas derivan embriológicamente del mesodermo y sostén y matriz lipídica (ceramidas, ácidos grasos, colesterol).
La epidermis limita o permite el paso del aire, agua, la luz, y sustancias y conectada con el sistema neurosensorial nos proporciona placer o dolor, un abrazo permite segregar oxitocina. Las capas internas permiten almacenar agua y grasa. En cada cm. de piel encontramos 15 glándulas sebáceas, 1 metro de vasos sanguíneos, 5 folículos pilosos, 100 glándulas sudoríparas, 5000 orgánulos sensitivos, 4 metros de nervios, 12 puntos criosensibles, 2 puntos termosensibles y 6 millones de células. Un órgano tan complejo se adapta a las etapas vitales, en la vida fetal al mundo acuático y sus capas protectoras durante la gestación que desaparecen. En el momento del nacimiento inicia la adaptación al medio aéreo extrauterino [1].



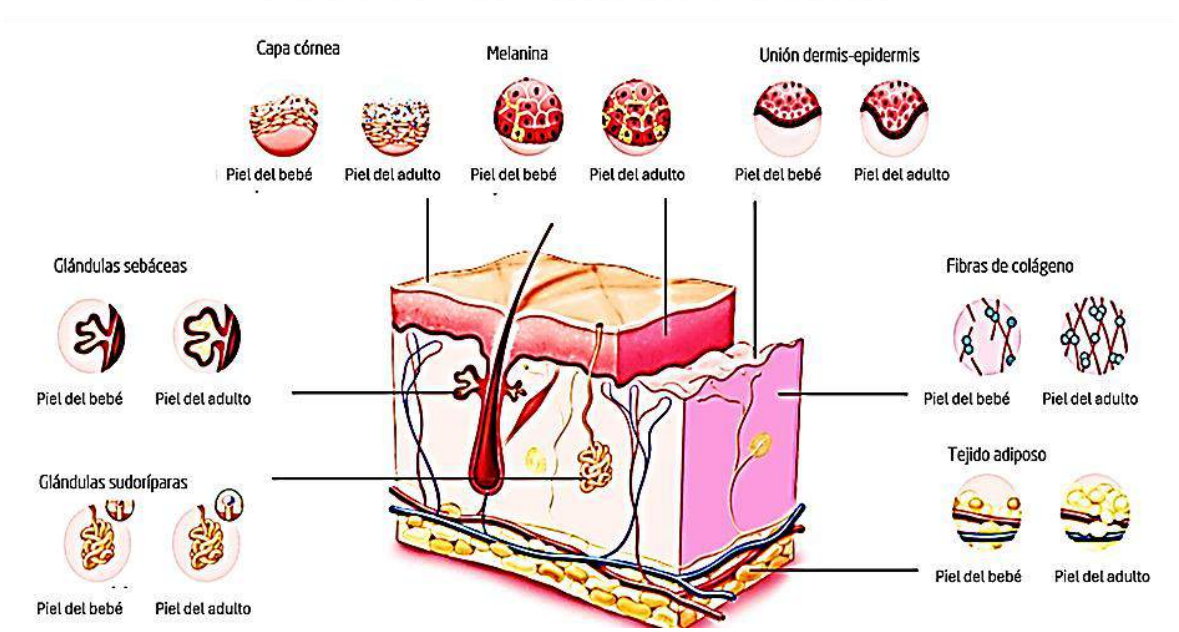
LA PIEL DEL BEBÉ

MUY INTERESANTE

Las características de la piel al nacer están en función de esta nueva adaptación al nuevo medio aéreo. Una epidermis más fina, unos anejos cutáneos inmaduros y una unión entre la epidermis y dermis formada, pero con una menor cohesión estructural que la hacen vulnerable al traumatismo leve:

- La capa epidérmica es un 30% más delgada que una vez alcanzada la madurez.
- La unión de la epidermis y la dermis más débil y sensible a las agresiones.
- Tiene un menor número de fibras de colágeno de menor tamaño y sus fibras elásticas son inmaduras.
- Las glándulas sudoríparas ecrinas son normales, pero poco eficaces para el control de la temperatura o compensar los cambios bruscos.
- La secreción sebácea está mermada hasta el primer año con una menor contribución al manto lipídico.
- Los anejos como pelo y uñas formados. En la cabeza, el cabello entra en fase telógena de modo brusco al nacer.
- Los melanocitos producen menor cantidad de melanina.
- El microbioma en desarrollo, que precisamente llegan a través de la piel para crear su propio ecosistema para potenciar el sistema inmunológico y frenar las invasiones de otros microrganismos.
- El tejido subcutáneo con menos grasa con adipocitos marrones frente a los más numerosos adipocitos blancos de una piel madura.

DIFERENCIAS ENTRE LA PIEL DEL ADULTO Y LA DEL BEBÉ



Info MATRONAS

El nacimiento va a suponer un fuerte impacto sensorial cutáneo de compresión/descompresión, de humedad 100% a la humedad aérea, además un choque térmico de los 37ºC internos a la temperatura exterior, junto con manipulación, de cero roces y compresiones a la adaptación a la nueva ropa y elementos de contacto. Esta impresión junto con el resto de los sentidos perceptivos tendrá huella en el desarrollo del nuevo recién nacido que irá introduciéndose en el nuevo mundo explorando a través de estos órganos más desarrollados, tacto, olfato y oído. Las caricias y un tacto/contacto amable, el masaje contribuirá al desarrollo y madurez de su sistema neurológico y un apego seguro tan importante para entender lo externo como un entorno seguro que le permita progresar en su potencial resiliente.

Una vez comprendida la relevancia de la piel, su cuidado toma protagonismo en este periodo. ¿qué ponemos en una piel tan especial y permeable?

Los padres y cuidadores debemos adoptar un enfoque minimalista: “menos es más”. Una regla general es calidad antes que cantidad. Debemos observar la piel del bebé y poner atención reflexionando ¿Qué necesita mi bebé en este momento como apoyo? ¿Qué tipo de cuidado de la piel necesita mi bebé en invierno y qué tipo en verano? ¿En qué se diferencia la piel de un bebé de la piel de un adulto y cómo podemos respetar esta diferencia? La piel de un bebé es aproximadamente cinco veces más fina que la de un adulto. Las glándulas sebáceas y sudoríparas aún no están completamente activas. Debido a que la barrera cutánea está menos desarrollada que en los adultos, la piel del bebé se seca más rápidamente y los patógenos pueden penetrarla más fácilmente. Al apoyar el desarrollo de la piel de nuestro bebé, ayudamos a fortalecer su resiliencia natural.

De modo rutinario vamos a realizar cuidados donde la piel está implicada: el cambio de pañal, el baño, y el masaje del bebé se convierten en momentos cruciales para observar, atender y tomar conciencia de aquello que aplicamos en la piel en este estadio vital específico.
En invierno, es bueno utilizar productos de cuidado de la piel ricos que protejan la piel del frío y la pérdida de humedad. En verano, una loción ligera y refrescante es más adecuada para el cuidado de la piel.

Relacionado con el sol, aunque la piel necesita y se beneficia de la luz solar, también es importante garantizar una exposición adecuada a la luz solar. Demasiada luz solar puede afectarnos negativamente, especialmente a los bebés y niños pequeños. El daño a la piel puede ocurrir incluso antes de que se desarrollen las quemaduras solares. Los niños producen menos melanina que los adultos y su piel sigue siendo muy fina, lo que la hace especialmente sensible. Las quemaduras solares en los bebés pueden ocurrir después de un corto período de exposición al sol.

Pero en esta atención debemos evitar aquellas sustancias innecesarias a evitar, siempre menos es más y no olvidar lo que también usamos las madres y padres que en este periodo somo continuación del ecosistema de la criatura humana[2]. Como agentes de salud debemos tomar conciencia de ellos y hacer participate de esta reflexión[3]. Muy útil es la Guía de disruptores endocrinos de la Asociación de llevadoras.

Los aceites vegetales presentan características similares siempre que su origen y propiedades sean respetadas sin otros elementos sintéticos o de origen mineral derivados de petróleo. Las flores de caléndula amarillas y anaranjadas de la planta son apreciadas por sus efectos reparadores y fortalecedores de la piel. Las cualidades protectoras y nutritivas de bajo potencial alergénico de la caléndula la convierten en una excelente opción para satisfacer las necesidades únicas de la piel del bebé.

LAS SUSTANCIAS QUE EVITAR EN EL USO DE PRODUCTOS COSMÉTICOS

Recomendación general: hacer cambios progresivos, identificar ingredientes al leer el código INCI, garantía cosmética ecológica con certificados visibles.

- **Nanopartículas:** Pueden ser absorbidas en el torrente sanguíneo con rapidez* (*sin embargo, es preciso conocer qué tipo de nanopartículas se trata, ya que en algunos casos las llamadas "nanopartículas" son "micropartículas" que no pueden ser absorbidas y son potencialmente mucho más seguras).
- **Parabenos y PEG'S:** Son factores de disrupción endocrina y pueden incrementar el riesgo de ciertos tipos de cáncer.
- **PABA, OXIBENZONA** y otros filtros solares convencionales: Son muy contaminantes y potencialmente perjudiciales para la salud.
- **Talco:** Muy usado en maquillaje (sombras de ojos, colorete, etc), contiene fibras asbestiformes que pueden resultar perjudiciales al ser inhaladas.
- **Colorantes sintéticos:** Suelen contener sustancias potencialmente carcinógenas.
- **Ftalatos:** Bien conocidos como disruptores hormonales que pueden favorecer o potenciar enfermedades relacionadas con el sistema endocrino.
- **Benzoyl Peroxide**: Potencialmente tóxico.
- **BHA, BHT**: Conservantes que pueden incrementar el riesgo de ciertos tipos de cáncer.
- **Diazolidinyl Urea**: Emite formaldehídos que están clasificados como cancerígenos y además están derivadas de urea animal.
- **Dimeticonas & Siliconas:** Tienden a sellar los poros, de modo que resultan perjudiciales para la saludable respiración de la piel y/o el cuero cabelludo.
- **GMOs** (Organismos genéticamente modificados): Por su relativa novedad, se desconocen sus efectos a largo plazo.
- **Glicoles** (Etileno, Butileno, Propileno, Polietileno Glicol): Derivados del petróleo, son ingredientes potencialmente carcinogénicos.
- **Hidroquinona**: Muy usada como agente antimanchas en los productos dermofarmacéuticos, no puede usarse en cosmética Bio por ser considerada un disruptor endocrino.
- **Isopropyl Alcohol:** Es un tipo de alcohol que reseca excesivamente la piel y puede llevar a irritaciones.
- **Aceites minerales:** Están basados en el petróleo y relacionados con consecuencias dañinas para la salud.
- **Toulene:** Petroquímico usado como disolvente que es potencialmente neurotóxico
- **Triclosan:** Antibacteriano usado en cosmética convencional especialmente en dentífricos y jabones, asociado a trastornos endocrinológicos[4].

Charo Martin- Alcaide. Matrona. Dra. por la Universidad de Alcalá de Henares.
Asesora de la marca Weleda.
Experta en cosmética natural y ecológica.

Referencias:

[1]Eva Vilarrasa y Lluis Puig (2008) "La piel del recién nacido" Farmacia Profesional. (22) 11. Pp.39-42.
[2]Carme Valls-Llobet (2020) Medio Abiente y Salud.Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos. Ed. CátedraPUV:Madrid.
[3]http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexuriServ.so?uri=COM:2007:0418:FIN:ES:PDF
[4]http://ww.e-aditivos.com/Conservantes

INVESTIGACIÓN SOBRE TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO

Una investigación reciente del Grupo Parlamentario de Todos los Partidos (APPG) sobre los partos traumáticos ha pedido una revisión de la atención de maternidad y posnatal del Reino Unido después de descubrir que la atención *deficiente "con demasiada frecuencia se tolera como algo normal".*

El informe muestra que existe una oleada de frustración contra los servicios.
Pero la cuestión de la atención de maternidad lleva mucho tiempo gestándose: informes tras informes han destacado problemas preocupantes, pero una vez más no se están viendo mejoras.
Es sorprendente que más de un tercio del presupuesto de maternidad se gaste en indemnizaciones.

Un informe nacional publicado el año pasado reveló que las mujeres de grupos étnicos negros tenían cuatro veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las de grupos blancos, y las mujeres de orígenes étnicos asiáticos tenían casi el doble de probabilidades. El informe describe una lotería de atención según el código postal dependiendo de dónde viven las mujeres.

El 9 de enero de 2024, el Grupo Parlamentario de todos los Partidos (APPG) sobre traumatismos natales en el Parlamento del Reino Unido organizó una investigación para averiguar las razones del nacimiento traumático y desarrollar recomendaciones políticas para reducir la tasa de traumatismos natales. Las investigaciones muestran que alrededor del 4-5% de las mujeres desarrollan trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de dar a luz, lo que equivale aproximadamente a 25.000-30.000 mujeres cada año en el Reino Unido. Los estudios también han encontrado que un número mucho mayor de mujeres (hasta una de cada tres) considera traumáticos algunos aspectos de su experiencia del parto.

El trauma del parto afecta a 30.000 mujeres en todo el país cada año. El 53% de las mujeres que sufrieron un traumatismo durante el parto tienen menos probabilidades de tener hijos en el futuro y el 84% de las mujeres que sufrieron desgarros durante el parto no recibieron suficiente información sobre las lesiones del parto con antelación.
La encuesta invitó a presentar presentaciones escritas tanto de padres como de profesionales que trabajan en maternidad. Estaba abierto a todos en el Reino Unido, y recibimos con especial agrado las presentaciones de personas de comunidades marginadas, como aquellas que estaban racialmente minorizadas, LGBT, económicamente desfavorecidas, sin hogar, solicitantes de asilo o desplazadas, con experiencia en cuidados, neurodivergentes o que enfrentan cualquier otra circunstancia que signifique era menos probable que se escuchara su voz.

Los objetivos de la investigación eran:

1. Identificar características comunes en la atención de maternidad (antenatalmente, durante el trabajo de parto y el nacimiento, y posnatalmente) que contribuyen al trauma del nacimiento.

2. Destacar ejemplos de buenas prácticas, tanto en la calidad de la atención de maternidad como en la prestación de apoyo a mujeres que han tenido experiencias de parto traumáticas.

3. Observar el impacto del trauma del nacimiento en las relaciones de las mujeres, la capacidad de vincularse con su bebé y la

toma de decisiones futuras (por ejemplo, si tener otro bebé, si regresar al trabajo).

4. Averiguar si los servicios posnatales actuales para diagnosticar y tratar los problemas de salud física y mental de las mujeres están a la altura. Esto incluiría, por ejemplo, comprobar si los desgarros obstétricos graves se están diagnosticando con prontitud, si se están identificando problemas de salud mental en el control realizado cada seis a ocho semanas y si los equipos de salud mental perinatal están aceptando y tratando a las mujeres dentro de un marco adecuado. Periodo de tiempo.

5. Desarrollar parámetros para comprender el posible costo económico del traumatismo del parto, con miras a informar investigaciones futuras.

6. Influir en la política gubernamental identificando áreas donde se podría mejorar la atención de maternidad para minimizar el trauma del parto y destacando formas en las que se puede optimizar el apoyo posnatal para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de las mujeres después de un parto traumático.

Para cualquier padre, tener un hijo será una de las ocasiones más trascendentales y memorables de su vida. Cuando sucede algo inesperado durante un embarazo o parto, puede tener consecuencias físicas y psicológicas para toda la vida que a menudo permanecen desconocidas y de las que no se habla.

Esta Investigación sobre el trauma del nacimiento es, en su forma más simple, un intento de romper este tabú y compartir públicamente las historias y experiencias de madres y padres e iniciar un debate público sobre las realidades del parto y cómo podemos mejorar en la práctica los servicios de maternidad.

La conclusión del Grupo Parlamentario de Todos los Partidos (APPG) clave, ha sido la necesidad de introducir un estándar básico en los servicios de maternidad en todo el Reino Unido. Actualmente existen varios documentos estratégicos relacionados con la maternidad, pero ningún documento general. Creen que la estrategia de maternidad debe integrarse en un documento único y vivo, alojado en el sitio web del gobierno del Reino Unido y actualizado continuamente.

Con este fin, el Grupo (APPG) pide al Gobierno del Reino Unido que publique una Estrategia Nacional de Mejora de la Maternidad, encabezada por un nuevo Comisionado de Maternidad que informará al Primer Ministro, que describirá formas de:

1. Reclutar, capacitar y retener a más parteras, obstetras y anestesistas para garantizar niveles seguros de dotación de personal en los servicios de maternidad y brindar capacitación obligatoria sobre atención basada en el trauma.

2. Proporcionar acceso universal a servicios especializados en salud mental materna en todo el Reino Unido para poner fin a la lotería de códigos postales.

3. Ofrecer un control por separado cada 6 semanas después del parto con un médico de cabecera para todas las madres, que incluya preguntas separadas sobre la salud física y mental de la madre para el bebé.

4. Implementar e implementar, respaldado por una capacitación suficiente, el paquete de atención OASI (lesión obstétrica y del esfínter anal) en todos los fideicomisos hospitalarios para reducir el riesgo de lesiones durante el parto.

5. Supervisar el lanzamiento nacional de servicios posparto estandarizados, como Birth Reflections, para brindar a todas las madres un espacio seguro para hablar sobre sus experiencias durante el parto.

6. Garantizar una mejor educación de las mujeres sobre las opciones de parto.

Todos los NHS Trusts deberían ofrecer clases prenatales. Los riesgos deben discutirse durante las clases prenatales y en el control prenatal de las 34 semanas con una partera para garantizar el consentimiento informado.

7. Respetar las decisiones de las madres sobre el parto y el acceso a analgésicos y mantener a las madres junto a sus bebés tanto como sea posible.

8. Brindar apoyo a los padres y garantizar que la pareja de nacimiento designada esté continuamente informada y actualizada durante el trabajo de parto y después del parto.

9. Proporcionar una mejor continuidad de la atención y digitalizar los registros de salud de las madres para mejorar la comunicación entre las vías de atención de salud primaria y secundaria. Esto debería incluir la integración de diferentes sistemas de tecnología de la información (TI) para garantizar que las notas siempre se compartan.

10. Ampliar el plazo para los litigios por negligencia médica relacionada con el parto de tres años a cinco años.

11. Comprometerse a abordar las desigualdades en la atención de maternidad entre las minorías étnicas, en particular las mujeres negras y asiáticas. Para abordar este problema, el NHS de Inglaterra debería proporcionar financiación a cada NHS Trust para mantener un grupo de intérpretes debidamente capacitados con experiencia en maternidad y capacitar al personal del NHS para trabajar con intérpretes.

12. El NIHR encargará una investigación sobre el impacto económico de los traumatismos y lesiones del parto, incluidos factores como el retraso de las mujeres en volver al trabajo.

La investigación recibió más de 1.300 presentaciones de personas que habían experimentado un parto traumático, así como casi 100 presentaciones de profesionales de la maternidad. También celebró siete sesiones de prueba, en las que escuchó testimonios tanto de padres como de expertos, incluidos profesionales y académicos de la maternidad.
Las historias contadas por los padres eran desgarradoras. Incluían relatos de muertes fetales, partos prematuros, bebés nacidos con parálisis cerebral causada por la falta de oxígeno y lesiones que cambiaron la vida de mujeres como resultado de desgarros graves. En muchos de estos casos, el trauma fue causado por errores y fracasos cometidos antes y durante el parto. Con frecuencia, estos errores fueron encubiertos por hospitales que frustraron los esfuerzos de los padres por encontrar respuestas.

También hubo muchas historias de atención faltas de compasión, incluidas mujeres que no eran escuchadas cuando sentían que algo andaba mal, que se burlaban de ellas o que les gritaban y que se les negaban necesidades básicas como el alivio del dolor. Las mujeres, con frecuencia sintieron que fueron sometidas a intervenciones para las que no habían dado su consentimiento y muchas sintieron que no se les había dado suficiente información para tomar decisiones durante el parto.
La mala calidad de la atención posnatal fue un tema casi universal.

Las mujeres contaron historias de cómo las dejaron envueltas en sábanas manchadas de sangre o de tocar el timbre pidiendo ayuda pero nadie acudió.

La investigación también escuchó, tanto de las presentaciones como de las sesiones de evidencia, relatos del impacto a corto y largo plazo del trauma del nacimiento. Esto incluía dificultades para establecer vínculos afectivos con el bebé, estrés en la relación con la pareja y la familia en general y, a menudo, la imposibilidad de volver al trabajo.

Algunos de los relatos más devastadores provinieron de mujeres que habían sufrido lesiones durante el parto, lo que les provocó dolor e incontinencia intestinal durante toda su vida. Muchas de estas mujeres dijeron que ya no podían trabajar y describieron que sus lesiones habían destruido su sentido de autoestima. Otras mujeres escribieron conmovedoramente sobre tener que cuidar las 24 horas del día a niños que quedaron gravemente discapacitados como resultado de lesiones durante el parto.

Las mujeres de grupos marginados, en particular las de grupos étnicos minorizados, parecieron experimentar una atención particularmente deficiente, y algunas denunciaron racismo directo e indirecto.

La investigación también escuchó a parejas que habían estado psicológicamente angustiadas después de presenciar un parto traumático, pero cuyas necesidades emocionales fueron ignoradas, tanto durante el parto como después del nacimiento.

Muchas mujeres escribieron sobre sus dificultades para acceder a los servicios de salud materna, ya sea enfrentando largas listas de espera o les dijeron que no cumplían con los criterios para recibir ayuda. Sin embargo, hubo algunas historias positivas de mujeres que accedieron exitosamente a la terapia y recibieron ayuda para recuperarse.

También escuchamos a profesionales de la maternidad que informaron sobre un sistema de maternidad en el que el exceso de trabajo y la falta de personal eran endémicos. Algunos se refirieron a una cultura de intimidación.

El panorama que surgió fue el de un sistema de maternidad donde con demasiada frecuencia se tolera como algo normal una atención deficiente y se trata a las mujeres como un inconveniente. Hemos hecho una serie de recomendaciones que apuntan a abordar estos problemas y trabajar hacia un sistema de maternidad centrado en la mujer y donde la atención deficiente sea la excepción y no la regla.

El informe de la investigación "Listen to Mums: Ending the Postcode Lottery on Perinatal Care ("Escuche a las mamás: poner fin a la lotería de códigos postales sobre la atención perinatal") se presentó el 13 de mayo de 2024 en el Palacio de Westminster.

Fuente:
Listen to Mums: Ending the Postcode Lottery on Perinatal Care A report by The All-Party Parliamentary Group on Birth Trauma.

Disponible informe completo:
https://www.theo-clarke.org.uk/sites/www.theo-clarke.org.uk/files/2024-05/Birth%20Trauma%20Inquiry%20Report%20for%20Publication_May13_2024.pdf

ENTREVISTA A SOLEDAD CARREGUÍ VILAR MATRONA, LA TENACIDAD EN PERSONA, MOTOR Y REFERENTE DEL CAMBIO EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. SUPERVISORA DEL SERVICIO DE PARTOS EN EL HOSPITAL LA PLANA DE VILA-REAL (CASTELLÓN) DURANTE MÁS DE 20 AÑOS.

Nuestra entrevistada de este mes de julio del 2024 es la personificación de la tenacidad, la constancia y la lucha por los derechos de las mujeres. Defensora de la Atención al Parto Normal y sobre todo, en la Humanización en la praxis obstétrica.
Soledad, Sole, como la conoce todo el mundo, pero del mundo mundial de verdad, ha sido durante más de 20 años la supervisora "líder" del Servicio de Partos del Hospital de La Plana, en Vila-Real (Castellón), un lugar que ella ha puesto en el mapa y del que con orgullo ha presumido allá por donde fuera a difundir los cambios en el modelo asistencial en la atención obstétrica.
Mujer apasionada y entregada en cuerpo y alma a su profesión.

P: Bueno, Sole, por fin puedo realizar una de las entrevistas más deseadas y esperadas, al mismo tiempo que menos objetiva puedo ser. Nos conocemos muchos años y hemos compartido momentos alegres, tristes y siempre en el frente, defendiendo la profesión y a las mujeres. Verás quisiera empezar por que la gente te conociera, desde tus inicios, las personas como tú se hacen sí, pero también nacen.

R: *Ay, mare!! Me da un poco de pudor hablar de mí cuando siempre hablo de mi trabajo, de la profesión pero tienes razón, hay un principio.*
Nací en una familia muy sencilla del pueblo de Nules en Castellón. Soy la segunda de cinco hermanos, una familia numerosa a la que le debo todo. Mi padre era agricultor y con mucho esfuerzo levantó una empresa de insecticidas y productos para el campo, fue mi ejemplo para valorar el esfuerzo, el trabajo, la tenacidad y la pasión por aquello a lo que se dedicaba, no tuvo estudios, pero era una persona muy inteligente y con mucha capacidad para aprender lo que le llevó a ser un experto en su ámbito sin tener una formación reglada.

P: Ahora entiendo mucho mejor de donde te viene esa personalidad, eres hija de tu padre, has heredado esas cualidades que describes. ¿Qué crees que has heredado de tu madre?

R: *Jajaja!! Pues posiblemente lo trabajadora y cuidadora que es. Mi madre, es una mujer muy trabajadora, exigente cuyo trabajo, aunque no remunerado al igual que tantas mujeres, fue en el ámbito de cuidar sobre todo a sus hijos y posteriormente a mi abuela que vivió con nosotros toda la vida.*

P: Sole, eres de las pocas personas que vive, reside, en el mismo lugar donde naciste, ¿estás muy aferrada a tus raíces?

R: *Pues parece que sí porque tengo recuerdos muy bonitos de la infancia rodeada de mucha gente, familia y amigos, de las fiestas de mi pueblo, de los veranos en la caseta de la playa de Nules. Quizá, por ello, siga viviendo en el mismo pueblo con mi familia, mi marido Albert y tres hijos maravillosos Guillem, Sole y Mariola. Soy muy afortunada de tenerlos, para mí son lo más importante pero también he contado con una red familiar y de amigos que me han demostrado apoyo en todo momento.*

P: Sin antecedentes familiares en la rama sanitaria, ¿Cómo te decides a estudiar enfermería?

R: *Al finalizar mis estudios de COU, tenía claro que me dedicaría a la rama sanitaria, no sé por qué esta vocación, quizás me gustaban las ciencias, la biología y en aquellos test que nos realizaban para orientarnos en el instituto, ya se veía claramente mis preferencias por el mundo sanitario.*
Tras finalizar selectivo elegí enfermería porque me apetecía más la faceta de los cuidados y por aquel entonces, consideré que la carrera de medicina era muy larga.
Me formé en la Escuela de Enfermería del Sagrado Corazón de Castellón que estaba adosada al Hospital General de Castellón.

P: ¿Qué recuerdos tienes de esa época de estudiante? ¿Es entonces cuando descubres tu vocación de matrona?

R: *De esta temporada guardo muy gratos recuerdos, de los compañeros, de todos los profesionales que me encontré en los diferentes ámbitos donde realizaba las prácticas. Entonces en la escuela era "obligatorio" ver al menos 3 partos y todos los alumnos pasaban por paritorio, yo no tenía especial interés, pero como no tuve rotatorio en maternidad, dediqué tres días de prácticas para poder conocer el trabajo del paritorio.*
Esta experiencia realmente no me agradó demasiado, pensé que lo último que sería en este mundo sería matrona. Estuve en un paritorio que estaba en obras, con un ambiente oscuro, de aspecto envejecido, con una sala grande donde habían cinco camas ocupadas por mujeres que estaban chillando, solas, conectadas a un monitor y que no se podían levantar de la cama. Este ambiente realmente me asustó y no me permitió saborear la magia de los nacimientos.

P: Vaya, entonces ¡fue una experiencia negativa!! Y ¿qué hiciste, cómo llegaste a estudiar la especialidad de matrona?

R*: Es un poco largo, porque hice un periplo antes con otros estudios, te cuento:*
En el año 1996 finalicé mis estudios de enfermería con muy buenas notas, era una alumna muy

aplicada tanto en el estudio como en las prácticas que me apasionaban. Trabajé como enfermera en planta de hospitalización, quirófano, UCI, pero mi gran pasión era el área quirúrgica. Mis ganas de aumentar mis estudios me llevaron a matricularme en la Universidad Rovira i Virgili para iniciarme en la Antropología, pero pronto abandoné y me di cuenta que no era el camino que debía seguir.

P: Y sigue contándome porque me comentaste una vez que te fuiste enamorando de la profesión poco a poco ¿no?

R: Pues la verdad que sí. Dadas las pocas salidas para seguir estudiando que tenía como Enfermera, decidí presentarme al EIR de Matrona para probar suerte y sin apenas estudiar quedé a un número para poder coger plaza, así que esta situación me indignó y me motivó para estudiar con más fuerzas para lograr mi plaza como Residente.
El siguiente año en el 1998 aprobé y pude elegir la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana y el Hospital General de Castellón para formarme como Matrona.

Realmente mi motivación era seguir con mi formación, pero poco a poco la matronería me fue absorbiendo, transformando y hoy en día me siento muy orgullosa y agradecida con la vida por darme esta increíble profesión que marca una manera de ser y una manera de pensar.

P: Y ¿qué recuerdo tienes de tus años de residente?

R: *Los dos años de residencia fueron muy intensos, con mucho trabajo pero también muy satisfactorios, recuerdo muchas vivencias en el paritorio junto con mis compañeros co-R, Marisa, Jairo, Merche y Nuria y aquellas matronas de las que tanto aprendí, de mi tutora Consol Gil con la que asistí mi primer parto, eso nunca se olvida.*

P: Acabaste tu residencia en el año 2000, es decir, eres de la promoción "milenial" de matronas, ¿crees que eso influyó en los inicios profesionales?

R: *Te diría que no pero creo que sí. Cuando finalicé éramos las* ***"Matronas del 2000",*** *nos sentíamos importantes, íbamos a iniciar milenio y centenario, teníamos un gran futuro. Mi primer contrato como Matrona fue en el Hospital de la Ribera en paritorios, allí llegué en un momento con muchísimo trabajo, en una guardia llegué a asistir a 8 mujeres, era agotador, paralelamente a este trabajo cubrí el Centro de Salud de Onda, un momento difícil donde no habían matronas y la administración permitía que hicieses dos trabajos a la vez por fuerza mayor para atender a las mujeres. Esta situación era agotadora pero la pasión, las ganas y la ilusión de los inicios pueden con todo.*

P: Eso si es verdad, las matronas, en general, somos muy apasionadas con nuestro trabajo y la falta de matronas ya es un hecho constante desde hace muchos años. Pero Sole, ¿Cuándo inicias tu camino como supervisora de partos en el Hospital de La Plana?

R: *Pues en septiembre de ese mismo año, me llamó la Directora de Enfermería del Hospital Gran Vía en aquel entonces Mª Carmen Amer, una gran persona y profesional que conocía mi capacidad de*

trabajo ya que, tras finalizar enfermería, estuve prácticamente un año realizando prácticas voluntarias en el hospital para formarme en quirófano que era un área que me atraía muchísimo.
Se enteró que había finalizado la especialidad y dada la falta de matronas y la necesidad de iniciar un Servicio de Partos en el nuevo Hospital de Vila-Real me pidió que les ayudara a organizar el servicio ya que en breve estaba prevista su apertura y no tenían experiencia dado que en el antiguo Hospital Gran Vía no disponían de Servicio de Obstetricia.

P: La verdad que iniciar un servicio en un hospital nuevo era de lo mejor que te podía pasar, pero también tiene sus pros y sus contras. ¿Qué supuso para ti?

R: *Para mí esto fue un reto, una oportunidad y no dudé en embarcarme en el proyecto. Cuando llegué al nuevo hospital aún quedaban restos de la obra, me encontré con un paritorio muy pequeño donde había 4 salas de dilatación-recuperación, 2 paritorios, salas de reconocimiento y unas cuantas habitaciones pequeñas que tuvimos que asignar para lencería, farmacia…, un paritorio sin luz, interior y no disponía de ningún equipamiento ni material. Me puse a trabajar duro para que todo estuviera a punto, recuerdo con ansiedad los inicios pero a la vez con mucha ternura.*

P: ¿Cuáles fueron las mayores dificultades a las que tuviste que hacer frente?

R: *Pues la verdad que tuvimos mucha suerte porque pronto llegaron los recursos humanos, compañeros/as matronas contratados para trabajar allí. En principio se asignaron una matrona por guardia ya que el hospital estaba previsto para 1 parto al día, situación que negocié y conseguimos ser dos matronas por guardia ya que mi previsión por la experiencia en Castellón era que íbamos a tener más partos. El primer año ya tuvimos 1300 partos pero gradualmente fuimos en aumento y llegamos a tener prácticamente 2000 partos en el año 2008.*

P: ¡Sí que es suerte!! Pero tú y yo sabemos que, hacer un equipo que funcione cohesionado en una misma línea, es el deseo o sueño de cualquier supervisora ¿no?¿Cómo lo lograste?

R: *Pues yo era la más joven del equipo, compañeras matronas con más experiencia y compañeras auxiliares de enfermería que venían de otros servicios del hospital que prácticamente ninguna había estado en el servicio de partos con anterioridad.*
Reconozco que fue difícil crear un equipo en un entorno que se inicia de nuevo y donde cada uno trae sus experiencias de otros hospitales, pero aun así, se generó un buen ambiente donde se respiraba la ilusión por empezar y las ganas de hacer.

P: Y ¿con el equipo de ginecólogos? Porque eso siempre es lo más difícil, aunque sé que tu tuviste un Jefe de Servicio del que ¡muchas teníamos envidia, sana, pero envidia! (Risas entre las dos)

R: *Sí, lo sé, ¡fue fundamental! Prácticamente al año de la apertura del Hospital vino otro Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología que era el Dr. Manuel Fillol. Desde el primer momento reconocí que íbamos a tener una buena relación, su capacidad de escucha, su trato respetuoso y su personalidad sencilla me dieron toda la confianza para tratarnos a un mismo nivel, aspecto muy infrecuente dentro de una estructura sanitaria tan jerarquizada. Hicimos un dúo que lideró con el mismo rumbo, de hecho algunos nos llamaban "matrimonio profesional", su apoyo fue fundamental para iniciar el cambio.*

P: ¿Cuál sería lo que yo considero "el secreto" para ese éxito por tu parte?

R: *Pues no sé, ¡¡mucho me consideras!! Pero en poco tiempo, se generó un caldo de cultivo de valores como el trabajo en equipo, la necesidad de innovar, de realizar buenas prácticas clínicas, de capacidad de trabajo, de mejora constante, de esfuerzo y de entrega a las mujeres y sus familias. El equipo de matronas lo ponía muy fácil, excelentes profesionales que acompañaban desde la calidad y la calidez, al igual que el colectivo auxiliares, entregadas, con una gran capacidad de aprendizaje y con una profesionalidad reconocida tanto por las mujeres como por el resto de profesionales.*

P: Y ¿no hubo ninguna "resistencia por parte de los ginecólogos? Cuesta creer, la verdad.

R: Bueno, sí, es cierto. En cuanto al colectivo de ginecólogos fue un poco más difícil, pero totalmente entendible dada la elevada medicalización y la mayor responsabilidad. Aun así, guardo con mucho cariño a tantos obstetras que se han cruzado en mi camino y aún con las diferencias propias que surgen de las situaciones del día a día, les agradezco todos los debates y el esfuerzo en escucharme para cambiar esa mirada que siempre he querido transmitirles, la del respeto, la de evitar intervenir cuando no es necesario, la de la humanización.

Podría hacer una lista enorme de todos estos compañeros/as que confiaron en mi liderazgo como supervisora del Servicio de Partos del Hospital de La Plana, en los que siempre he encontrado apoyo y entendimiento para ir progresando, innovando y mejorando la asistencia que ofrecemos a las mujeres y sus familias, a todos ellos desde aquí darle las gracias.

P: Sole, ¿tú sabes (y todas las que te conocemos también), que todo tu esfuerzo y empeño en cambiar el modelo de atención obstétrica, ha puesto a tu hospital y a Vila-real en el mapa, y que es un referente en España?

R: *Si, lo sé. Actualmente el Hospital de La Plana es un centro referente en la asistencia al parto normal y así lo demuestran nuestras instalaciones, prestaciones e indicadores. Esta trayectoria me ha supuesto un elevado esfuerzo personal y profesional. Cualquier profesional que se haya dedicado a la gestión y más desde un cargo intermedio conoce el esfuerzo por conseguir cualquier logro, por gestionar a un equipo humano intentando atender sus necesidades, por mantener el servicio, por velar por los usuarios, por innovar, por difundir, por formar….*

P: Al respecto de eso, ¿por qué crees que tan pocas matronas aceptan ser supervisoras de un servicio de paritorio y suelen ser enfermeras?

R: *Pues es un cargo muy poco reconocido y a la vez implica una entrega absoluta de tu tiempo para hacer que realmente funcione ya que has de abordar e implicarte en todas las facetas que debemos cubrir de forma completa: la gestión, la asistencial, la de formación e investigación.*

P: ¿Tú te formaste en gestión previamente?

R: *Mi inicio en la gestión fue autodidactica, pero reconozco la importancia de la formación, considero que el líder "nace y se hace", es por ello que realicé el Master Oficial en Administración Sanitaria en el Instituto Carlos III de Madrid en el año 2016.*

P: Respecto a la docencia, cada año muchos residentes, de aquí y del resto de España, quieren pasar por tu hospital con un rotatorio externo. Has sido tutora y docente de la UDM-CV, cuéntame algo de esto.

R: *En el año 2007 conseguimos iniciar la formación de Residentes de Matrona, desde entonces hasta este año he sido tutora de residentes además de profesora de la Unidad Docente de Matronas ofreciendo mis conocimientos y experiencia sobre todo en el ámbito de la fisiología del parto, del taller de suturas, del manejo de las distocias, y del parto en el agua.*
Estoy muy agradecida con la Unidad Docente ya que durante más de 16 años me ha dado la oportunidad de formar a las nuevas profesionales, ellas son nuestro futuro y creo firmemente en sus capacidades en en mejorar la profesión para ofrecer una mayor calidad asistencial.

P: Desgraciadamente, y sin profundizar en el tema, has dejado de ser supervisora recientemente tras más de dos décadas, sobre todo por razones políticas más que profesionales, pero ¿qué te llevas de tu experiencia como supervisora durante todos estos años?

R: *Sobre todo que he tenido la oportunidad de aprender de matronas referentes a las que admiro profundamente y las que me han guiado y motivado para avanzar y mejorar, entre ellas Maribel Castelló, Clara Moreno, Mª José Alemany, MªAngeles Rodriguez, Laura Fitera, Dolors Costa, Gloria Seguranyes. Lourdes Margaix, Cristina Martínez, Ramón Escuriet, Mª Jesús Domínguez, Fátima León, Paqui Postigo, Luccia Rocca y muchas más compañeras empoderadas, fuertes, convincentes. y apasionadas con su profesión. Y por supuesto, agradecida a todas y todos las y los compañeros que han compartido esta experiencia conmigo durante estos años, matronas, TCAEs y ginecólogos.*
Realmente ha sido un orgullo el compartir experiencias con compañeras tanto a nivel nacional como internacional en estos últimos años ya que he participado en múltiples jornadas, cursos, encuentros, congresos con el fin de difundir mis conocimientos y experiencia, además de, promover las buenas prácticas clínicas y el modelo asistencial implementado en el Hospital Universitario La Plana.

P: Bueno, que nos emocionamos al hablar de esto, así que, cambiando de tema, (descaradamente), también estuviste dentro de la Associació de Comares de la Comunidad Valenciana (ACCV) ¿ Cómo fue esa experiencia?

.

R: *Fui secretaria de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana durante 8 años cuando la presidenta fue Lourdes Margaix. Tengo un gran recuerdo del grupo de trabajo de la junta directiva, de la ilusión por organizar formaciones, atender a las compañeras, defender la profesión. Una etapa que me permitió conocer a compañeras de otras asociaciones, de compartir sus experiencias y como no, crecer personal y profesionalmente.*

P: He leído tu curriculum (CV) y es impresionante, pero haciendo un resumen, ¿qué destacarías de él?

R: *¡jajaja! Me lo pones difícil, la verdad, pero puestos a resumir y destacar, he participado en diferentes actualizaciones de programas y trabajos, así como, la realización de formación a otros profesionales promovidos por la Conselleria de Sanitat con el fin de promover una práctica asistencial actualizada y de calidad.*

También he sido miembro del tribunal en varios procesos selectivos de personal en el Sistema Público de Salud de nuestra Conselleria de Sanidad.

Y creo que entre lo destacable es que he sido miembro del Comité de Evaluación de la Estrategia del Parto Normal del Sistema Público de Salud colaborando con el Ministerio mediante la participación en seminarios de formación y comités de evaluación de buenas prácticas clínicas.

Y no quiero olvidar el documental ***"Parir en el siglo 21"*** *que hicimos para denunciar la violencia obstétrica que desgraciadamente aún sufren algunas mujeres.*

P: También eres miembro de una organización o grupo de trabajo a nivel Europeo ¿no?

R: *Si. Desde el año 2017 participo como miembro del grupo de trabajo Midwefery Unitt network Europa (MUNET) con el fin de mejorar la calidad asistencial a las mujeres en su salud reproductiva mediante la promoción e implementación de los Centros de Nacimientos.*

Este mismo año 2024, se constituyó la asociación de MUNET España, que será la encargada de impulsar los Centros de Nacimiento aquí en España, y ocupo el cargo de Vicepresidenta de dicha asociación.

P: Y además de tutorizar los TFR de varias o casi todas las promociones de EIR de matrona de tu hospital, con algún premio que otro, ¿desarrollas tu faceta investigadora fuera de la UDM?

R: *Si, participo como Investigadora principal del proyecto NAIXEM, que es un proyecto estratégico colaborativo subvencionado por la Agencia Valenciana de Innovación para generar conocimiento y recursos con el fin de innovar y trabajar para mejorar la experiencia, los entornos, la asistencia y la seguridad en la atención al embarazo, parto y puerperio bajo el modelo de los Centros de Nacimiento.* *https://naixem.com/*

P: Podría numerar los diferentes premios que tanto tú como tu servicio habéis obtenido a lo largo de estos años. Para las que no lo sepan, en 2008 Premio a la Calidad en el Sistema Nacional de Salud, premio.

a las mejores prácticas clínicas otorgado por el Ministerio de Sanidad, en 2009 Premio Mención Honorifica a la actividad Enfermería, 2011 Premio Gran Insignia de Oro al Servicio de Partos, en 2021 el reconocimiento con sello de buena práctica clínica del Sistema Nacional de Salud con la práctica "Implementación del uso del agua durante el proceso de parto en el Hospital Universitario La Plana" y el último de este año 2024 el "Premio Onda Cero Castellón en la Categoría de Sanidad". ¿Te queda algo pendiente?

R: *Pues sí, la que con más orgullo y fuerza he defendido y que no me han permitido lograr, te explico: Lideré la propuesta del primer centro de nacimientos en la Comunidad Valenciana adjunto al Hospital Universitario La Plana que llegó a ser aprobada en les Corts Valencianes y tenía un presupuesto aprobado, pero con el cambio de gobierno se paralizó.*
Es una sensación dolorosa terminar así mi etapa como supervisora porque he considerado el Hospital de La Plana y sobre todo al equipo del Servicio de Partos como mi gran familia, he pasado gran parte de mi vida allí y siempre estaré agradecida por haber vivido esta experiencia. A todos los compañeros/as que han pasado por allí y a los que siguen estando darles las gracias por todo el cariño recibido y por haber hecho esto posible.
Más de dos décadas dedicada y entregada a la Sanidad Pública a la que considero un gran tesoro que hay que cuidar por el bien de todos.

P: Creo que casi todo el colectivo de matronas de España se ha solidarizado contigo y ha reconocido toda tu trayectoria hasta el momento, pero no nos podemos permitir que unos pocos acaben con lo que es nuestro bagaje profesional, queda más vida. Y a propósito de esto, ¿cuál es tu futuro profesional?

R: *Ahora siento que mi futuro es incierto pero confío que llegue una nueva etapa, llena de ilusiones para seguir acompañando a las mujeres y a sus familias como se merecen, dando lo mejor de mí.*
Me reconforto porque actualmente estoy realizando mi tesis doctoral sobre parto en el agua en el programa de Doctorado de Ciencias Biomédicas de la Universitat Jaume I de Castellón.

Sole, hemos llegado al final de este rato entre amigas manteniendo una grata conversación, ha sido un verdadero placer compartir este tiempo contigo, tienes toda mi admiración, de verdad, tenía como objetivo que las compañeras que nos leen conocieran a esa persona que hay detrás de la gran profesional que eres. Como dije en los inicios, te has hecho a ti misma, cierto, pero has heredado las herramientas necesarias para llegar tan lejos como has llegado hasta el momento, el tesón de tu padre y la capacidad de trabajo de tu madre, todo esto, rodeada de una espectacular familia que te ha sostenido en los momentos críticos, que también se tienen en este andar peleando.
No todo han sido rosas, también ha habido espinas, pero desearía, tanto personalmente, como en nombre de la Asociación Española de Matronas, que cierres esta etapa para iniciar otra, con la sensación y la certeza de sentirte súper querida por las que te conocemos, que somos muchas, pero sobre todo reconocida por todo lo que has hecho por las mujeres, sus familias y por nosotras, las matronas. ¡GRACIAS!

Sirva esta entrevista como el reconocimiento, muy merecido, que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando desde hace algún tiempo, para dar visibilidad a tantas mujeres, matronas, que forman o han formado parte de la historia de la profesión, en tu caso, por iniciar el camino de humanización en los paritorios, cambiando el modelo de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

ATENEA Redactora AEM

info@ecpmcongress.eu,

EUROPEAN ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE

EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE MONITORIZACIÓN INTRAPARTO.

El grupo de estudio de monitorización fetal intraparto, fundado en 2012, es uno de los grupos de estudio más activos de la Asociación Europea de Medicina Perinatal (EAPM).
El objetivo principal de las actividades del grupo es promover la formación relacionada con la monitorización fetal intraparto (IFM) en los países europeos, fomentar la colaboración en la investigación y desarrollar estándares relacionados con la IFM.

Otras tareas incluyen la promoción y el desarrollo de la tecnología relacionada con IFM, así como las directrices internacionales sobre el uso de IFM.
La IFMSG organiza cursos y sesiones dentro de las reuniones de la EAPM y, junto con la EAPM y la Asociación Europea de Matronas (EMA), es responsable de la organización del Congreso Europeo sobre Cuidados Intraparto (ECIC) que se celebra cada dos años en diferentes países de Europa.

MAS INFORMACIÓN:

https://www.mcascientificevents.eu/ecic/scientific-information/

CONGRESO ENTRENA OBSTETRICIA 2024.

"Vente de guardia"

Fechas: 9-11 de diciembre 2024
Lugar: La Nave (C. Cifuentes, 5, Villaverde, 28021 Madrid)

Organiza GESO
(Grupo Español de Seguridad Obstétrica)

Inscripción:

Abierta a partir del 15 de mayo de 2024. En la matrícula se incluyen: 3 CURSOS TEÓRICOS + 3 TALLERES PRÁCTICOS. Descuentos para socios de GESO, residentes, MIR, EIR y matronas.

Secretaria Técnica:
www.grupoaran.com

Presentación:

Durante los días 9 al 11 de diciembre de 2024, celebraremos en la Madrid nuestro congreso de simulación obstétrica, dirigido a todos los profesionales que nos dedicamos a la atención a las gestantes de una u otra manera: obstetras, anestesistas, matronas y enfermeras. Será una reunión eminentemente práctica y multiprofesional, en la que a través de diferentes talleres de simulación pretendemos que los alumnos puedan adquirir conocimientos y habilidades de una manera moderna, eficaz y amena.

Este congreso está organizado por el Grupo Español de Seguridad Obstétrica (GESO). Los programas que se ofrecerán han sido implantados en diferentes comunidades autónomas y provincias de nuestro país.

Este año incorporamos cursos de simulación en ecografía como herramienta fundamental y futura para la evaluación más eficaz del paciente tanto en atención primaria (matronas) como atención especializada para obstetras (eco intraparto). Disponemos de modernos simuladores y entrenar la detección de hasta 15 malformaciones distintas en la 20 semana.

Hemos creado un curso de técnicas invasivas eco-guiadas, amniocentesis y biopsia corial y un nuevo taller de cerclaje abdominal o de conización con electrocirugía.

Trataremos en las conferencias y cursos teóricos temas actuales y poco conocidos como la asistencia al traumatismo en la gestante o conferencias sobre habilidades no clínicas en las que aprenderemos acerca de seguridad operativa de otro sector que tiene mucho en común con nosotros.

GRUPO GESO

Fundación Uned

Fertilidad Natural

Próximo comienzo de la Cuarta Edición del curso

Cualificación en Salud Reproductiva y Fertilidad Humana

desde la Fundación UNED

Fecha de comienzo: 7 de octubre de 2024

https://www.fundacion.uned.es/actividad/idactividad/30001

NATALBEN
Supra
Contribuye al
Desarrollo Óptimo del Bebé
Nueva Fórmula
Mejorada
Siempre actualizado con las ÚLTIMAS RECOMENDACIONES
de Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales
NATALBEN es un complemento alimenticio
Accede al folleto informativo en www.natalben.com/natalben-supra
ITALFARMACO
Material de uso exclusivo para profesional sanitario

INVITACIÓN

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

¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

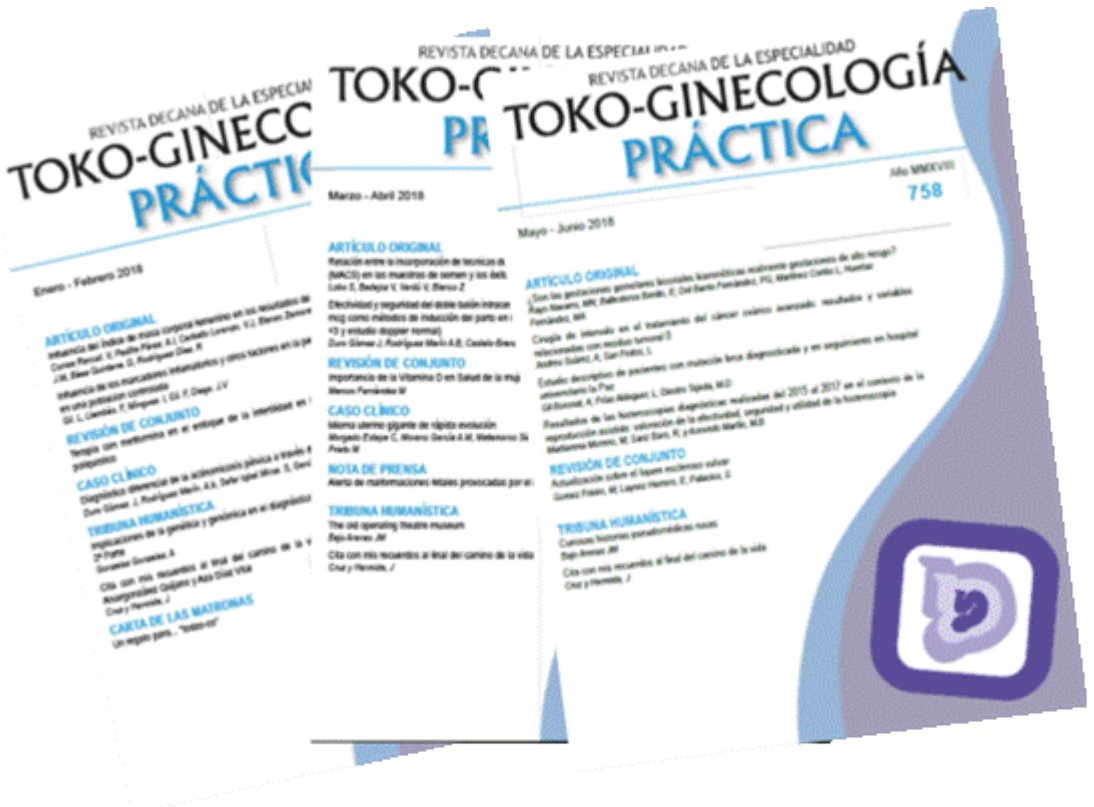
¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿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?



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 nacía hace treinta años gracias al empeño de la **Asociación Española de Matronas**, pero por múltiples factores el proyecto tuvo que ser sacrificado a cambio de promover "Matronas profesión". 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.

CLAUSURA DE LA XXV PROMOCIÓN DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICAS (MATRONA) DE LA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (UDM-CV)

Como viene siendo ya una tradición anual desde hace años, una nueva promoción de residentes en la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológicas (Matrona) en la UDM-CV ha finalizado esta etapa formativa de 2 años de duración y tras 4 años de formación de grado, un total de 6 años para muchos residentes de lograr su sueño, ser MATRONA.

Un camino con diferentes etapas y dificultades a superar hasta llegar a obtener un título que las capacita para ejercer la profesión en todas las competencias adquiridas después de 2 años como residentes.

Ahora empieza para la mayoría de ellas y ellos, el camino profesional, otra etapa que también conlleva varias ramificaciones:

- Por un lado la parte laboral, la búsqueda del primer trabajo, en algunos casos, fidelizado en el propio hospital donde se han formado y con la esperanza de algún día, poder optar a una estabilidad en sus lugres de origen o dónde establezcan su vida.

- Otra faceta es la de seguir formándose, profundizando en algunas áreas de conocimientos más específicas: suelo pélvico, ecografía, duelo perinatal, etc. que amplíen los conocimientos básicos adquiridos.

- Encontrar los diferentes caminos den las diferentes funciones que tienen, la investigadora, la docente, la asistencial y la gestora. Hacen falta muchas más matronas en algunas de ellas y que son muy necesarias, en concreto, como matronas gestoras e investigadoras para que la profesión esté representada en los lugares específicos de matronas y para que la profesión siga creciendo y evolucionando, objetivo principal de la investigación en cualquier profesión sanitaria.

- Y por último, pero no menos importante como se suele decir, que prolifere el asociacionismo que dé identidad de grupo unido para defender y reivindicar la profesión ante organismos y circunstancias requeridas.

Con este pequeño preámbulo, os resumo el acto que tuvo lugar en la UDM-CV los pasados días 28 y 29 de mayo. En el primer día se hizo la lectura de los 14 trabajos de final de residencia (TFR), unos trabajos de investigación realizados durante estos 2 años, con inicio, desarrollo y finalización (conclusiones) sobre cuestiones que no solo pueden enriquecer a los profesionales sino que también, mejoran la calidad asistencial por parte de éstos en temas innovadores o en nuevos resultados en la materia o área investigada.

ENTREGA DE PREMIOS

Los trabajos expuestos el día anterior, tenían como aliciente poder optar a los diferentes premios que tanto el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) como la Associació de Comares de la CV (ACCV) entregaron en la segunda jornada.

El premio al mejor trabajo otorgado por el jurado del CECOVA y entregado por la Vicepresidenta Maribel Castelló, fue al titulado ***"Estudio comparativo de los niveles de bilirrubina en neonatos relacionado con el ordeño del condón umbilical en cesáreas"*** realizado por los residentes del H. Dr. Peset de Valencia: M. García Valero, A. Serra Sancho, S. Nahhas Valios, M. Merino López junto a su tutora S. Atienza, cuyos resultados pueden cambiar algunas prácticas como es el pinzamiento precoz en las cesáreas.

El premio al mejor trabajo otorgado por el jurado de la ACCV fue al titulado **"Índice HOMA-IR comparada con el cribado O'sullivan en el primer trimestre en gestantes con factores de riesgo para diabetes gestacional en el Departamento de Salud de Orihuela (Alicante)"** realizado por CM. Sánchez Rodríguez, A. Cervantes Berná, tutorizado por O. Bernabé y JR. Silva y que fue entregado por la presidenta de la ACCV Susi Obiol.

En este mismo acto tuvo lugar la entrega del premio Sanitas a los dos mejores expedientes de la UDM-CV, entregado por la Jefa de Estudios Lola Serrano, el 1º a Ariadna Cervantes Berná y el 2º a Irene Martín Avi. Así mismo, la Jefa de Estudios de la UDM-CV, Lola Serrano, otorgó el premio a la mejor trayectoria formativa a Ester Sierra García.

Acto de clausura

En la segunda parte de esta última jornada, fue la entrega de los diplomas a todos los residentes y la imposición de las bandas (becas) a todos ellos, una promoción que por ser la **25ª se consideraba la "promoción de plata".**

En este acto también tuvo lugar un merecido homenaje y reconocimiento a la anterior directora de la UDM-CV Dra. MJ Alemany y al profesor (catedrático) Dr. Francisco. Donat, por ser uno de los fundadores de la unidad y por su trayectoria docente dentro de la misma.

DRA. Mª JOSÉ ALEMANY

DR. DONAT

Toda la jornada fue entrañable y emotiva con los diferentes discursos institucionales incluido el de su Jefa de Estudios, Dña. Lola Serrano Raya, quien había adaptado el **"Decálogo de la buena matrona" de la Asociación Española de Matonas (AEM)** y que durante su lectura todo el foro permaneció de pie y en silencio en un ambiente donde se respiraba solemnidad y respeto, a la par que satisfacción y alegría.

A continuación reproducimos ese texto, el cual implica unos mínimos éticos que toda buena matrona debe conocer y sobre todo debe cumplir:

1. Respetaré la dignidad de cada mujer independientemente de actitudes, credos, posición social y etnia. Toda persona es digna de ser respetada en el proceso de salud o de enfermedad.

2. Consideraré a la gestante como una persona sana, sabiendo que el embarazo y el parto son procesos generalmente fisiológicos, salvo en un porcentaje muy bajo.

3. Recordaré siempre que entre lo bueno y lo excelente no debe haber mucha distancia.

4. Respetaré cualquier procedimiento que no sea necesario o de conveniencia que vaya en contra de la toma de decisiones y la autonomía de la mujer tras recibir la información adecuada.

5. Procuraré ser empática y generosa en gestos de amabilidad cuando dé la información que necesite la mujer. Estableceré una relación de buena comunicación, siendo imprescindible para poder establecer el vínculo de confianza necesario en la relación de ayuda o atención terapéutica.

6. Mantendré una actitud abierta a los cambios de criterios y evidencia científica, ya que los cuidados deben ser dinámicos, adaptados con el tiempo y acordes a la ciencia y cambios socio-culturales.

7. Actuaré en base a la evidencia, a las necesidades y toma de decisiones conjunta, evitando los procesos rutinarios ya que cada mujer es única.

8. Como matrona competente, me haré respetar en mi puesto de trabajo, sea de día o de noche, ya que la buena profesional lo es durante todo su turno de trabajo. Si yo me respeto, podré pedir el respeto de los demás.

9. Seré humilde en el aprendizaje de mi profesión; siempre quedará algo por mejorar, por aprender de quien, a veces, puede estar a mi lado para enseñármelo.

10. Consideraré como un deber que durante todo el proceso de atención, de principio a fin, en lo que diga o haga, sea capaz de ponerme en el lugar de la mujer que atiendo.

Para finalizar desde la Asociación Española de Matronas (AEM) felicita a todos y todas las nuevas compañeras que se incorporan a nuestro colectivo, ¡¡ánimo y bienvenidas/os!!.

Redacción AEM

25ª Promoción de la Unidad Docente de la Comunidad Valenciana. "Promoción de plata"

II JORNADA DE MATRONAS DE A. PRIMARIA DE LA CAM

EQUIPO DIRECTIVO DEL HOSPITAL INFANTA LEONOR Y COMITÉ ORGANIZADOR

El pasado 12 de junio de 2024, se celebró la II Jornada de Matronas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid bajo el lema de ***"Mujer y Matrona. Fuerza, sabiduría y cuidado"*** en el Hospital Público Universitario Infanta Leonor de Madrid, organizada por la Dirección Técnica de Procesos Asistenciales de la GAAP y las Referentes de Matrona de las 7 Direcciones Asistenciales.

Inauguró la Jornada Laura Gutiérrez Barreno, Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Carmen Pantoja Zarza, Gerente del HU Infanta Leonor, Paloma Santos Álvarez, Gerente Adjunta de Asistencia Sanitaria de la GAAP y José Enrique Villares Rodríguez, Director Técnico de Procesos Asistenciales de la GAAP. Laura Gutiérrez Barreno recalcó la labor de las Matronas, encargadas de proporcionar una asistencia integral a la salud sexual y reproductiva de la mujer. También aseguró que la *"sólida y especializada formación de las Matronas las ha convertido en imprescindibles dentro de nuestro sistema sanitario".* Y por último destacó la impecable gestión de las 266 matronas de atención primaria, gracias a ellas, la Comunidad de Madrid ha podido gestionar más de 800.000 consultas en el año 2023.

La Jornada se inició con una brillante conferencia titulada **"Implicaciones bioéticas al inicio de la vida. El papel de la Matrona en el cribado prenatal"** a cargo de M.ª Dolores Torrijos Portero. DUE. Matrona. CS Pozuelo. DANO. Máster en bioética. Doctora por la Universidad Rey Juan Carlos.

Sin duda, el planteamiento abre la puerta de nuevos espacios de trabajo para las matronas.

Nos acompañó en esta jornada la presidenta de Asociación Madrileña de Matronas, Cristina González Hernández que nos presentó **"La situación de las Matronas en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid".**

También reseñamos la presentación sobre la **"Consulta Preconcepcional: Una asignatura pendiente**", a cargo de Lidia Sanz Durán. DUE. Matrona. CS Juan de la Cierva y Sector 3 IBCLC Doctoranda en estudios Internacionales de Género de la UAM

A continuación, se presentaron las cinco mesas:

• **CERVICAM:** se informó de la situación actual del programa en período de pilotaje, y se destacó el protagonismo de las Matronas en el cribado de cáncer de cérvix. También se informó sobre la futura implantación en el resto de la Comunidad de Madrid.

• **Infertilidad:** se analizaron diversos aspectos de las técnicas de Reproducción Humana Asistida desde una perspectiva médica y emocional y haciendo hincapié en la edad óptima para la búsqueda de embarazo. Se destacó el papel de la Matrona en el acompañamiento de las mujeres que se someten a estos procedimientos.

• **Obstetricia:** se habló del papel de la placenta como órgano endocrino y cómo influyen los cuidados de la gestación sobre la salud mental del niño.

• **Investigación**: se analizó la importancia de la investigación en el desarrollo de la profesión, y dos Matronas de la Comunidad de Madrid expusieron sus tesis doctorales, demostrando que trabajamos con evidencia científica, y que, a través de la investigación, podemos desarrollar nuevas competencias que enriquecerán nuestra actividad profesional.

• **Docencia:** también participaron las Unidades Docentes de la Comunidad de Madrid, y dos residentes de 2º año nos explicaron sus proyectos de investigación, demostrando el nivel del futuro de la profesión.

Comité Organizador:

Dolores Ballesteros, Elena Ávila, José Enrique Villares, M.ª Cruz Fernández, Gema Magdaleno, Julia Puyol y Pilar Ferreiro

Magnifica ponencia bajo el titulo **"Psicología Prenatal. Influencia de los cuidados de la gestación sobre la salud mental del niño",** presentada por Matilde Fernández y Fernández- Arroyo. DUE. Matrona. CS Barrio del Pilar. Psicóloga Máster en sexualidad. Doctora en Psicoeducación

Muy interesante la presentación titulada **"La investigación de las Matronas en Atención Primaria"** a cargo de Virginia Maroto Alonso. DUE. Matrona CS Navalcarnero. Doctora en Cuidados de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid y Profesora Titular de la Universidad Antonio de Nebrija.
Miembro de la comisión de investigación local de la Dirección de Atención Primaria Oeste.

Muy relevante el **trabajo "Intervención en salud sexual en la menopausia. Un estudio cuali-cuantitativo sobre las experiencias y necesidades de mujeres con Síndrome Genitourinario",** presentado por Lucía Martínez Villarejo. DUE. Matrona CS Goya. DA Centro. Sexóloga y terapeuta de parejas. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid.

Beatriz Avilés que intervino en la Mesa CERVICAN

Gema Magdaleno Rey.
Moderó la Mesa de Reproducción asistida. Matrona en Centro de Salud Eloy Gonzalo. Referente de matronas de la Dirección Asistencial Centro

Por último, M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén, fundadora de la Asociación Española de Matronas, figura muy querida, emblemática y carismática de nuestra profesión, cerró la Jornada con una brillante conferencia sobre **"La evolución del trabajo de las matronas en Atención Primaria".**

Tras su conferencia, quisimos agradecer su dedicación, su fuerza y su entrega inigualable a la profesión de Matrona con un pequeño homenaje y un interminable aplauso cargado de cariño y reconocimiento.
La homenajeada agradeció el inesperado gesto, por parte del Comité Organizador, profundamente emocionada.

Pilar Ferreiro entregando un magnifico ramo de flores.

En la clausura final, por José Enrique Villares Rodríguez y Elena Ávila Arellano, Referente de Matronas de DASUR, quedó patente el éxito de la Jornada, la alta participación, y la necesidad de más encuentros profesionales donde poder demostrar nuestro trabajo diario y nuestro compromiso con la salud de las mujeres.

COMO CONCLUSION Y REFLEXION FINAL, PONEMOS DE MANIFIESTO EL ALTO NIVEL PROFESIONAL Y CIENTIFICO DE TODOS LOS PONENTES Y ASISTENTES DE LA JORNADA, Y UNA VEZ MÁS, LA NECESIDAD DE INCORPORAR MÁS PROFESIONALES DE MATRONA EN ATENCIÓN PRIMARIA, DESAROLLAR POR COMPLETO NUESTRAS COMPETENCIAS, Y MEJORAR NUESTRAS CONDICIONES LABORALES.

FUENTE: COMITÉ ORGANIZADOR

JORNADA EN PUERTOLLANO QUE PONE EN VALOR EL ROL DE LAS MATRONAS

El papel indiscutible de las matronas es mejorar la salud de las mujeres a lo largo de toda su vida

Imagen: By Prensa Posted 12 junio, 2024 In Salud

La concejala de bienestar social, Sagrario Almodóvar, ha destacado el papel de las matronas en la mejora de la salud de las mujeres durante la jornada dedicada a poner en valor su labor sanitaria organizada por la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano y celebrada en el Auditorio Municipal. Para Almodóvar **las matronas son un pilar esencial en la salud femenina**, en un mundo en la que la mujer se enfrenta a numerosos desafíos y su figura se convierte en protectora de su bienestar, desde la adolescencia hasta la maternidad y mucho más allá.

"Las matronas no solo asisten en el nacimiento de nuevas vidas. Ellas están presentes en cada etapa crucial de una mujer, ofreciendo apoyo y cuidados preventivos que son vitales para la salud. Su labor asegura que cada mujer reciba la atención profesional y personalizada que merece", subrayó la concejala de bienestar social.

Por último, expresó su agradecimiento a las matronas por su labor diaria, ***"por vuestra pasión y por el amor que demostráis hacia vuestra profesión y confío en que esta jornada sirva de reconocimiento a cada una de las profesionales que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las mujeres de esa ciudad".***

Desterrar tabús

Una jornada que ha tenido como objetivo la divulgación sanitaria, pero también desterrar tabús relacionados a la salud sexual femenina, los cambios fisiológicos, la menopausia o la menstruación a través de las ponencias de Cristina Hernández, Mónica Vidal, Miriam Donate, Irene Vozmediano, Gema Flores y Marga de Toro, matronas de la Gerencia de Atención Integrada de Puertollano.

El programa ha contado con seis charlas sobre: ***"Somos matronas, artistas del acompañamiento de las mujeres en todas sus etapas", "Disruptores endocrinos y suplementación durante el embarazo", "La autonomía de las mujeres como pacientes en el momento del parto", "La salud sexual", "Conoce y cuida tu suelo pélvico" y "Los siete pilares para una menstruación y menopausia perfectas".***

Fuente : Ayuntamiento de Puertollano

UN PROYECTO DE LAS MATRONAS DE AS PONTES EN COLABORACIÓN CON LA ASOCIACIÓN ASPANAES SE LLEVA UNO DE LOS PREMIOS DE INNOVACIÓN EN SAÚDE.

Un total de 68 candidaturas se presentaron a la IV Edición de los premios de innovación en salud que, con carácter anual, promueve la Consejería de Sanidad por medio de la Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). De ellas, 52 se encuadraron en la modalidad de ideas de profesionales y las 16 restantes en la de los pacientes, englobando candidaturas, tanto individuales, como procedentes de asociaciones de enfermos.

La iniciativa para facilitar el acceso de mujeres con TEA a las consultas ginecológicas obtuvo segundo premio de la modalidad de pacientes cuya finalidad es favorecer que las mujeres con un trastorno del espectro autista puedan acceder al cuidado y vigilancia ginecológica igual que el resto de las mujeres de la sociedad.

El impulso para promover este proyecto fueron las necesidades especificas que presentan las personas con TEA en el ámbito sanitario en general y ginecológico en particular. Algunas de estas necesidades son derivadas de las características que presentan las personas con autismo relacionadas con las dificultades de comunicación, dificultades de procesamiento sensorial .... Otras necesidades tienen que ver con las características de los servicios sanitarios como los tiempos de espera, falta de cocimientos específicos sobre el autismo de los profesionales sanitarios, espacios sobrecargados de estímulos sensoriales etc.

Según explican fuentes del área sanitaria, el proyecto galardonado tiene como objetivo facilitar el acceso y disminuir el rechazo de las mujeres con TEA (Trastorno del Espectro Autista) a las consultas ginecológicas y contó con la participación de usuarias del Servicio de Atención Residencial Terapeútica de Aspanaes de As Pontes.

Las matronas del centro de salud, en colaboración con la asociación, diseñaron un proyecto de desensibilización ginecológica a través de una aproximación progresiva a la exploración ginecológica a través de situaciones simuladas en el contexto real en la propia consulta donde se realizaran posteriormente las exploraciones por ginecóloga o matrona de referencia. Las usuarias del centro aprenden estrategias de relajación y aspectos psicoeducativos relacionados con la salud.

Los objetivos son proporcionar a las mujeres una atención ginecológica de calidad, mejorar su bienestar emocional reduciendo los niveles de ansiedad y estrés en la consulta con el fin de aumentar su tolerancia a las pruebas médicas que favorezcan un mejor diagnóstico y atención temprana.

"I JORNADA DE CUIDADO DE LA PIEL DE LOS MÁS PEQUEÑOS"

El pasado 3 de junio Weleda, reunió en Madrid a un grupo de matronas en su **"I Jornada de Cuidado de la Piel de los más pequeños".**
Este encuentro permitió a las matronas conocer más a fondo la marca, así como su compromiso con el cuidado de la naturaleza, el medio ambiente y la biodiversidad. Además, se destacó la importancia de los ingredientes naturales para el cuidado de la delicada piel de los bebés.

Durante este encuentro, hablamos sobre las necesidades específicas de la piel de las mujeres durante el embarazo, y sobre las características de la piel del bebé frente a la del adulto y la necesidad de cuidarla con productos específicos, delicados y formulados con ingredientes de origen 100% natural para asegurar el sano desarrollo de la piel de los más pequeños. La piel del recién nacido es muy delicada y por eso lo mejor es utilizar pocos ingredientes de la mejor calidad posible. Lo ideal es utilizar productos formulados con aceites vegetales, ya que son similares al manto hidrolipídico de la piel y se absorben con facilidad sin obstruir los poros, de forma que la piel respira y los nutrientes penetran.
El evento también proporcionó un espacio para el intercambio de consejos y recomendaciones de uso entre las participantes, creando un ambiente agradable y animado. **Las matronas compartieron experiencias y consejos para el cuidado de la piel tanto de los bebés como de las mujeres embarazadas.**

Como broche de oro de esta "I Jornada", las matronas participaron en una **actividad-taller floral** muy en línea con los ingredientes vegetales de Weleda.

En un taller de decoración floral, cada una de ellas tuvo la oportunidad de decorar la inicial de su nombre con flores preservadas lo que nos permitió cerrar la Jornada con un toque personal y creativo que fomentó el intercambio social y personal.

Esta **"I Jornada de Cuidado de la Piel de los más pequeños" de Weleda** fue un éxito que esperamos repetir en próximas ocasiones ya que ofrece a las matronas un espacio para aprender, compartir y experimentar de primera mano los beneficios de los productos naturales para el cuidado de la piel.

FUENTE: Weleda

PARTEROS Y MATRONAS CELEBRES

Jacques Gélis profesor emérito de la Universidad París Saint-Denis, es historiador antropólogo, particularmente interesado en el nacimiento en las sociedades de Europa occidental, para reconstruir las condiciones del parto y el nacimiento del niño en un entorno tradicional. También ha trabajado sobre las causas y condiciones de la medicalización del parto, y sobre las razones de fondo del "sorpaso" de los obstetras a las matronas.

Este autor en uno de sus trabajos de 1977 titulado Sages-femmes et accoucheurs: l'Obstétrique populaire aux XVII et XVIII siècles (Matronas y parteros: la obstetrica popular de los siglos XVII y XVIII) afirmaba:

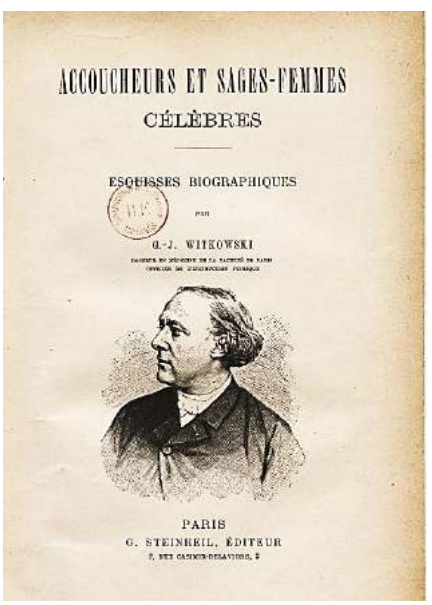
"Por y para médicos, la historia de la obstetricia siguió siendo durante mucho tiempo una historia de las técnicas obstétricas; sólo incidentalmente se interesó por la mujer y el recién nacido y lo ha hecho desde una perspectiva estricta del progreso médico.
Hasta el siglo pasado, el parto era un proceso peligroso, especialmente en el campo, que la partera comunitaria no siempre podía controlar. Pero a finales del siglo XVII, el casi monopolio de las parteras fue roto por las "accoucheurs" cuyo plan se vio favorecido por la evolución de las costumbres, el apoyo del Estado y la comprensión de la Iglesia.
La creación de escuelas de parteras, en la segunda mitad del siglo XVIII, puso el parto bajo el control de los médicos: la partera se convirtió en una simple asistente."

En esta revista y a lo largo de muchos números hemos presentado una historia de Matronas célebres escritas por el médico A. Delacoux que ensalzaba el trabajo de las matronas a lo largo de los siglos y defendió su supuesta y defendida incapacidad, convenientemente difundida por los parteros que accedían a la obstétrica, por los impedimentos para la formación que su condición de género determinaba, frente a los hombres.

En España no hemos tenido la misma suerte de contar con un catálogo registrado de matronas como el que Delacoux ha dejado, aunque han existido, pero la historia ha velado su presencia aunque algunas de ellas fueron parteras reales hasta el siglo XVIII. A partir de ese momento, con la introducción de las moda de la asistencia por parteros iniciada en Francia Mª Luisa Gabriela de Saboya, reina consorte de ascendencia francesa, esposa del rey Felipe V (primer rey español de la dinastía borbónica), introduce la moda en España. Así el 25 de agosto de 1707 fue asistida por primera vez en la Monarquía Española, una reina en su parto no por una matrona sino por el ya encumbrado y archifamoso comadrón, Julient Clement, aunque todo hay que decirlo, vino acompañado por una matrona francesa, como hemos podido comprobar en el Archivo General de Palacio.
La historia de la obstétrica tiene su cuna en Francia y seguiremos "rebuscando en sus bibliotecas" para ofreceros más conocimientos sobre el desarrollo de la profesión en el país vecino y las celebridades, matronas y posteriormente "accouchers" que han quedado perpetuadas en la bibliografía.

Para dar continuidad a esta sección hemos elegido el libro del médico, historiador, antropólogo y divulgador francés, Gustave-Joseph-Alphonse Witkowski, titulado "Accoucheurs et sages-femmes célèbres, esquisses biographiques " (Obstetras y parteras famosas, bocetos biográficos) de 1891 en el que ya el título, dice bastante del "sorpaso de los parteros".

Mientras las parteras y matronas llevaban siglos ayudando a la maternidad, y fueron quienes instruyeron a los que luego se convertirían en famosos accoucheurs, estos recién llegados, apenas un siglo en Francia, ya se adelantaban a las mujeres. Historias escritas por los hombres, ***"por y para los parteros"*** -como afirmaba Gelis que también aseveraba que ***"la obstetricia ha entrado recientemente en el "territorio de los historiadores".*** Solamente cuando los médicos y cirujanos se interesaron por el pasado de su práctica. Deseosos de demostrar la vitalidad de esta parte del arte de curar de finales del siglo XVII, favorecieron la innovación en su trabajo, la aparición de nuevas "técnicas": versión podálica, sinfisiotomía y cesárea.
Esta historia de la obstetricia se ha convertido así en una historia de la técnica obstétrica, marcada por intervenciones rápidamente famosas, imitadas o combatidas, que consolidaron la reputación de los grandes parteros, y a la vez, intentaban la mayor invisibilidad para las matronas.


ACCOUCHEURS ET SAGES-FEMMES
CÉLÈBRES

ESQUISSES BIOGRAPHIQUES

PAR

G.-J. WITKOWSKI

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

Conforme avancemos en la traducción iremos viendo, que detalles encontramos en este libro qué, sin duda, si no del gusto de todas, es interesante profundizar en la historia de la profesión, no para ejercerla, pero sin duda sí para defenderla.

Esta obra es continuación de los volúmenes ya publicados:

- El parto entre todos los pueblos (I);
- Arsenal obstétrico (2);
- Nacimientos en la corte (3).

Constituirá, con un volumen final: Anécdotas y curiosidades sobre el parto, la historia general del parto desde la antigüedad hasta nuestros días.
Lo hemos dividido en dos partes: la primera incluye notas biográficas sobre celebridades obstétricas y la segunda, las diatribas más importantes dirigidas a las discípulas de Lucine.

En la primera parte, recopilamos rasgos históricos y detalles anecdóticos sobre parteras y acompañantes famosos de todas las épocas; sólo hemos pasado por alto en silencio, a aquellas personalidades cuyas vidas, aparte de sus obras especiales, no nos han proporcionado nada de interés.
Además de las cualidades, no hemos dejado de señalar los defectos y deficiencias de nuestros honorables especialistas; es una cuestión de sinceridad y ¿no deberíamos complacer también a nuestros lectores, que sin duda prefieren la crítica, aunque sea un poco maligna frente los elogios exagerados?: la mitad del género humano, como sabemos, se burla de la otra. Ya los antiguos escuchaban de buena gana los juncos de Frigia que, agitados por el viento, murmuraban sin cesar: *Midas, el rey Midas tenía orejas de asno y desdeñaba los pájaros de Lidia que cantaban en los bosques: ¡Psafón es un dios!*

Además, si los tocólogos de uno u otro sexo nos perdonen algunos pinchazos inofensivos, hemos actuado en su interés: el campesino de Atenas desterró a Aristide porque hablaba demasiado bien, queríamos ahorrarles la suerte de este justo hombre.
A **matronis principium:** la galantería nos invita a ello; además, las matronas precedieron a los hombres en la práctica del parto.

FUENTE: "Accoucheurs et sages-femmes célèbres, esquisses biogra-phiques "

FORMACIÓN CONTINUADA

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, edición anterior.

FORMACIÓN CONTINUADA

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

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

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

FORMACIÓN CONTINUADA

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.

FORMACIÓN CONTINUADA

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

¡Felices vacaciones!

+ de **46** AÑOS + de **46** LOGROS

www.aesmatronas.com

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS 1978

Info MATRONAS

Tu salud es lo nuestro