

Info MATRONAS



NOVIEMBRE 2024 N.º 87

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:

- LA CONFIANZA COMO VALOR ÉTICO Y TERAPÉUTICO

❑ ESPECIAL II:

- EL A PLUS ENFERMERO DEL QUE NADIE HABLA...

❑ HEMOS LEIDO:

- LA SECUENCIACIÓN GENÉTICA PERMITE IDENTIFICAR DECENAS DE ENFERMEDADES
- MATRONAS A BORDO DE UNA AUTOCARAVANA
- NOTA DE PRENSA DE UMAMANITA

❑ MUY INTERESANTE:

- "REVISIÓN DE PARTERÍA": LA INCORPORACIÓN DE LA ATENCIÓN POR MATRONAS MEJORA LOS RESULTADOS DEL PARTO
- ECOGRAFIA ULTRASÓNICA BASADA EN IA...
- CUIDADO DERMATOLÓGICO EN PREMATUROS

❑ ENTREVISTA CON:

- M.ª JESUS GUTIERREZ MARTIN

❑ BREVES:

- NUESTRA PORTADA
- CURSO FORMACION CONTINUADA GRUPO GEMMA
- XXIX CONGRESO EUROPEO DE MEDICINA PERINATAL
- CONGRESO ENTRENA OBSTETRICIA 2024. "Vente de guardia"
- I CONGRESO INTERNACIONAL: CONECTA PERINATAL
- XVIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DIAGNOSTICO PRENATAL

❑ BUENAS NOTICIAS:

- REUNIÓN EN BRUSELAS PARA POSIBLE MODIFICACIÓN DE LA DIRECTIVA 36/2005
- ESTUDIO HANDIGYNÉCO EN LA PRÁCTICA: INTERVENCIÓN DE MATRONAS
- EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD PONE A DISPOSICIÓN DE LAS MATRONAS UNA NUEVA FUNCIONALIDAD DEL E-DIÁLOGO
- ENTRENAMIENTO DE MATRONAS EN BADAJOZ CON SIMULADOR DE PARTOS

❑ RECOMENDACIONES:

- TIEMPOS DE OBEDIENCIA Y SILENCIO
- "TU CAMBIO ES TUYO (GUÍA PARA DISFRUTAR DE LA MADUREZ SIN RENDIR CUENTAS)"

❑ PARTEROS Y MATRONAS CÉLEBRES:

❑ AGENDA A.E.M.:

- PRÓXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA A.E.M.





LA CONFIANZA COMO VALOR ÉTICO Y TERAPÉUTICO

Debo confesar antes de lanzarme a esta piscina, que me inspiro en el día a día a la hora de abordar el tema de los artículos que tengo la oportunidad de publicar en esta sección. Vivimos en una sociedad muy tensionada por el panorama no solo político o económico, sino institucional, sociocultural y creo también, profesional e individual. No seré yo la que explique aquí las causas que nos han conducido a esta situación, lo que sí creo es que un valor como la confianza está bastante quebrada en esos mismos pilares que he mencionado anteriormente.

En el mundo actual, dominado por la incertidumbre y la falta de fe en las instituciones u organizaciones, la ética y la confianza son valores en alza en los que debe apoyarse cualquier modelo de gestión y que deben grabarse en la conciencia social de todos los colectivos profesionales sanitarios, de pública o de privada y de cada trabajador, individualmente, de los equipos de salud. Somos conscientes de que nuestra “empresa”, la sanitaria, debe convivir con la obtención de beneficios, a saber, una población o ciudadanía más sana y menos enferma, y por otro lado, con un modelo de liderazgo motivacional basado en la confianza y capaz de regenerar la ética de los equipos de trabajo que hagan más sostenible el sistema sanitario.



Un ambiente de trabajo en equipo, donde estos dos componentes priman sobre los tradicionales “porque sí” o “aquí mando yo” o “porque lo digo yo”, está anclado en un modelo jerárquico y en ocasiones, patriarcal, que regula la dinámica de trabajo. Por eso, en los grupos o equipos donde existe una amplia delegación de responsabilidad basada en la confianza, así como en un clima de cooperación, esta jerarquía es mejor aceptada y por qué no decirlo, más respetada por los miembros de ese equipo de salud integrantes de un servicio o un centro de salud.

Dicho esto, creo fundamental aclarar el concepto de confianza, la diferencia con confiabilidad, e ir centrando el tema.

MARCO CONCEPTUAL

La palabra confianza viene del latín que significa **“acción de confiar”**; compuesta por el prefijo “con” que quiere decir junto o globalmente, más “fides” que significa fe o esperanza, y el sufijo “anza” que es acción. Así pues, según la RAE la confianza es *“la esperanza firme que se tiene en alguien o en algo”* y también *“la seguridad que se tiene en sí mismo”*. Otra definición interesante, según Simon Longstaff, *“la confianza es la capacidad de confiar en que alguien hará lo que ha dicho que hará, incluso cuando nadie lo esté observando”* aquí la acción de confiar consiste en *“tener la creencia y la seguridad de que la otra persona es íntegra, honesta, capaz y de buenas intenciones”*.

La confianza es la base sobre la cual se construyen relaciones sólidas y exitosas. Es el vínculo que une a las personas y las organizaciones, impulsando la colaboración, la productividad y la armonía. Confiar implica creer en la integridad y la capacidad de otras/os; es la fuerza que nos impulsa a superar desafíos y construir un futuro en el que la transparencia y el compromiso sean los pila-



res de la confianza mutua.

Es, a su vez, la actitud que tenemos hacia los demás, o hacia nosotros mismos, que denota la esperanza o expectativa de que el objeto o sujeto de nuestra confianza sea digno de la misma, no “nos falle o decepcione”.

COMO MEJORAR LA CONFIANZA EN LOS DEMÁS

1 CUMPLE TUS PROMESAS	6 LA ÉTICA ANTE TODO
2 COMUNICATE DE FORMA ABIERTA Y SINCERA	7 SÉ AGRADECIDA / O
3 SÉ HONESTA / O	8 NO ESCONDAS LO QUE SIENTES
4 SÉ PACIENTE	9 SÉ POSITIVA / O
5 VALORA TUS RELACIONES	10 PERDONA Y PARTICIPA

La otra cara de la confianza, la del riesgo, es que cuando confiamos en alguien, en que cumpla con su parte, motivo de nuestras expectativas no garantizadas, dependemos de su honestidad e integridad y por lo tanto, nos volvemos vulnerables.

La vulnerabilidad es un aspecto importante de la confianza; crea una tensión complicada entre nuestra necesidad de confiar en los demás y nuestra necesidad de protegernos del riesgo y el daño. Para evitar la vulnerabilidad y protegernos de la traición, podemos decidir no confiar en nadie, pero eso nos lleva a una vida miserable: una vida carente de amistad o intimidad y, en última instancia, también de comodidad, ya que necesitamos confiar en extraños casi a diario. Por lo tanto, debemos confiar en los demás y aprender cómo y cuándo ser vulnerables para vivir una vida plena.

Confiamos en las personas dándoles el espacio y la libertad para hacer lo que se les ha confiado, sin necesidad de observación o supervisión, con la expectativa de que: sean suficientemente competentes para hacer lo que se les ha confiado y estén dispuestos a hacerlo.

▪ **Confianza y confiabilidad**

Una distinción importante es la diferencia entre confianza y confiabilidad. La confianza es una actitud que tenemos hacia los demás (¡o a veces hacia nosotros mismos!) que indica nuestra esperanza o expectativa de que el objeto de nuestra confianza sea confiable.

La confiabilidad es una propiedad o característica de los demás y en situaciones ideales tiene una relación recíproca con la confianza. Es decir, idealmente, la confianza es una actitud hacia las personas confiables, y las personas confiables serán confiables¹.

Por supuesto, todos hemos experimentado que no vivimos en un mundo ideal. A menudo, las personas poco fiables son percibidas como fiables debido a mentiras, marketing inteligente o un carisma abrumador. Del mismo modo, a menudo se puede distorsionar la imagen de las personas fiables para que parezcan poco fiables, sobre todo en los tiempos que corren donde las redes sociales tienen su influencia en alza.

▪ **Confianza interpersonal y confianza institucional**

Existen dos tipos de confianza, la más común e intuitiva es la confianza interpersonal, es decir, la confianza entre individuos. Podemos confiarles secretos a nuestros amigos, confiarles a nuestros



familiares el cuidado de nuestros hijos o confiarles a otros conductores nuestras vidas en la carretera.

Un tipo de confianza más complicado es el de las instituciones y el gobierno, que no son tan directamente accesibles como las personas individuales.



Uno de los riesgos que tiene la confianza es cuando la expectativa la ponemos en una persona, o en una institución y no cumple con lo acordado o pactado, esa confianza se erosiona e incluso puede romperse, lo que conlleva la decepción de una de las partes y la supuesta vinculación o incluso la pérdida de la relación. La confianza se gana, con hechos y no con palabras y no es algo que se da de entrada a nadie de manera inmediata, el miedo es no solo compartir la intimidad sino hacernos o sentirnos vulnerables ante alguien.

Así mismo, confiar en uno mismo es una práctica del día a día y que se relaciona, no solo con la experiencia sino con el nivel de autoestima que se tenga y el tipo de personalidad que se desarrolla.

MARCO ÉTICO

Uno de los primeros problemas prácticos es saber en quién confiar. Es fácil confiar en las figuras de autoridad percibidas en nuestras vidas y, a menudo, simplemente tendremos que confiar en que las personas cercanas a nosotros nos cuidan, pero en general deberíamos estar atentos a un comportamiento moral coherente.



En definitiva, no hay forma de saber con certeza en quién confiar, pero hay muchos indicadores que podemos utilizar para decidir. ¿Es una persona honesta? ¿Ha sido confiable en el pasado? ¿Es egocéntrica o se preocupa por el bienestar de los demás?

Responder a preguntas como éstas puede ayudar a minimizar el riesgo que corres si decides confiar en alguien².

- ¿Cómo reconstruimos la confianza?
- ¿Cómo debemos actuar si no confiamos en alguien?
- Si alguien rompe nuestra confianza, ¿debemos desconfiar de él?
- ¿Cuándo o con qué frecuencia debemos reexaminar nuestra confianza en alguien?
- ¿Cuándo es buena la confianza y cuándo es mala?
- ¿Qué tiene de importante la vulnerabilidad?

Responder a estas preguntas implica una combinación compleja de saber cómo funciona la confianza, conocer los hábitos, motivos y valores de los demás y conocernos a nosotros mismos.



MARCO OBSTÉTRICO

Con todo lo expuesto hasta este punto, es fácil comprender que nuestro trabajo como matronas tiene como base la confianza que las mujeres, obstétricas o ginecológicas, depositan en nosotras cuando acuden a nuestras consultas o al hospital.

Posiblemente puede que en la consulta obstétrica, en la que ves a la mujer cada cierto tiempo haga más fácil “ganarse” su confianza. Eso facilita la relación terapéutica que se establece así como, el apego al tratamiento, a los cuidados, a los consejos. Ella pone su vida y la de su hija/o en nuestras manos, en nuestros conocimientos, habilidades y sobre todo en nuestra honestidad y sinceridad en la información que les proporcionamos, independientemente de que acuda al ginecólogo (privado o público).

E	Entorno: aspectos generales previos al contacto.
P	Percepción: indagar sobre lo que la persona sabe sobre su estado
I	Invitación: indagar hasta donde quiere saber.
C	Conocimiento: ofrecerle información
E	Exploración de las emociones: empatizar y acoger, acompañar las emociones
E	Estrategia y conclusiones: ofrecerle un plan de cuidados

Pero el reto está en conseguir esa confianza en un contexto como es el hospital, cuando acuden de parto y no nos conocen, ni nos han visto previamente en la consulta de monitorización fetal. Creo que ahí está la clave de lo que es el acompañamiento de la matrona, en generar una relación terapéutica, con confianza, que haga que la experiencia sea lo más positiva posible para la mujer en ese acontecimiento vital; convencida estoy, de que más allá de cómo termine, esa va a ser la impronta que va a recordar, la relación con la persona que le acompañó y fue la guía para que ella pudiera parir de la mejor manera posible.



Con todo lo que he explicado, se entiende que en esos momentos la mujer es vulnerable ante nosotros, puede que desconozca el proceso o puede que tenga una experiencia anterior mala o negativa, y depende de nosotros, de la relación de confianza que generemos, que ese miedo o esa reticencia desaparezca para favorecer el proceso de nacimiento.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo no consiste solo en algo mecánico ni siquiera en algo técnico, va mucho más lejos, consiste en obtener la confianza necesaria para ser la guía en el proceso, como un buen terapeuta, desarrollar la empatía, la escucha y poner todo nuestro conocimiento y habilidades a su disposición.



No hay un resultado que podamos garantizar, pero sí que podemos comprometernos en hacer todo lo posible para que lo que ocurra sea de la mejor manera posible, con honestidad, sinceridad y consensuando cada decisión que haya que tomar incluso en aquellas situaciones difíciles o complicadas, en las que urja hacerlo. La mujer no es un objeto ni sujeto pasivo, es una persona con capacidad de tomar decisiones, confiando en nosotras y nuestro saber hacer.

Puede que este argumento no convenza a muchas compañeras, pero es el que hace que no conciba un trabajo “telemático” con control remoto de la monitorización, soy de la vieja escuela, de las de pie de cama, la de conversar, conocer a la mujer y a su pareja, ayudarle a controlar su respiración, sus emociones, sin idealizar, desde la realidad, desde el momento a momento y paso a paso. Pueden ser pocas o muchas las horas que compartimos, y perfectamente son conscientes en un momento dado, de que la persona que tienen delante va a hacer lo mejor por ellas y por su hija/o.

A diferencia de lo que pasa con las certezas del mundo físico, que son evidentes, las relaciones humanas sí que dejan espacio a la incertidumbre. Confías en que una persona actuará de una determinada manera. Si se cumple, la confianza se asienta y poco a poco se transforma en certeza. Si sucede algo diferente, la confianza puede sufrir y quebrantarse. Esto marca el estado, la calidad y la forma en la que te relaciones con el entorno.



La confianza es una cualidad esencial que influye en la forma en que las personas interactúan, construyen relaciones y participan en diversas áreas de la vida.

La confianza nos ayuda a seguir adelante con nuestros propósitos a pesar de las dificultades.

Implica la convicción de que por medio de nuestras fortalezas y virtudes seremos capaces de lograr lo que nos proponemos.

Este tipo de confianza se fundamenta en las experiencias de cada persona a lo largo de su vida, y se desarrolla y cultiva con el tiempo. Por esta razón, la confianza varía de individuo a individuo. Por ello, es importante confiar en uno mismo si queremos que los demás confíen en nosotros, la confianza se trasmite, se gana, se cultiva y es un valor ético y terapéutico imprescindible en una relación de atención no solo de un proceso, el parto, sino de una mujer con el profesional, la matrona.

Y como siempre, la frase de este mes, de Truman Capote, escritor estadounidense:

“Cuando alguien te da su confianza, siempre te quedas en deuda con él”

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

Referencias:

- 1- <https://ethics.org.au/ethics-explainer-trust>
- 2- <https://www.knowsquare.es/o2/item/la-confianza-y-la-etica-claves-para-la-gestion-articulo>

EL A PLUS ENFERMERO DEL QUE NADIE HABLA. LA INVISIBILIZACIÓN DE UNA PROFESIÓN FEMENINA.

Actualmente el A Plus lo reivindican médicos frente al A1 en Enfermería, pero también se quieren unir, Farmacia, Odontología y Psicología por ahora...¹ como si Enfermería no pudiera optar al A Plus. Nadie habla del A Plus enfermero curiosamente.

Analizando en profundidad el tema de actualidad, si Farmacia sin el FIR realizado son 5 años, ya que se puede trabajar en categorías de farmacéutico sin FIR, Medicina sin MIR que son 6 años, el cual no se pide en determinadas categorías en la Administración Pública, Odontología son 5 años y Psicología 4, las especialidades de Enfermería, entre las que se encuentran las matronas, son 4 años + 2 años de especialidad, sin contar el mínimo de 1 año para prepararse el examen oposición del EIR, es decir un mínimo de 7 años de estudios. En este lugar se encuentran todas las especialidades de Enfermería vigentes, como son Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería de Salud Mental, Enfermería del Trabajo, Enfermería Geriátrica, Enfermería Pediátrica, y la tan esperada y no desarrollada aún Enfermería Médico-Quirúrgica, que ni siquiera se conoce la duración ni los contenidos de su programa de formación. Psicología al igual que Enfermería son 4 años de grado. Ciertamente que con la especialidad de Psicología Clínica son 4 años más, pero las matronas son 6 años contando la especialidad igualmente, y por consiguiente más años que Odontología que son 5 años y Farmacéuticos sin el FIR que son 5 años, Medicina sin el MIR que son 6 años, etc.

A Veterinaria también le pasa igual ya que son 5 años, porque imagino que serán los siguientes en pronunciarse. Para mayor agravio, las matronas además del título de Grado como Enfermeras (240 créditos ECTS) y los 144 créditos ECTS cursados durante la especialidad sanitaria, sumarían una formación de 384 créditos ECTS, muy superior al resto

Autor: Dr. Antonio Herrera Gómez.

Matrón. Enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. Máster Universitario Oficial en Investigaciones y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor por la Universidad de Granada.

de algunas titulaciones mencionadas anteriormente. La peculiaridad de la formación de las matronas viene regulada por directiva europea, la cual se ha transpuesto al ordenamiento jurídico, en la cual se indica que la formación especializada se puede expresar en créditos ECTS^{2,3,4}.

Profundizando aún más, la especialidad de matrona presenta diferencias con el resto de las especialidades enfermeras ya que en ninguna de las demás especifica las horas o créditos ECTS a cumplir en su programa formativo. Aparte de que las especialidades correspondientes a la Formación Sanitaria Especializada con 2 años de estudios (caso de las especialidades de Enfermería) ya equivalen al nivel MECES número 3 de máster y por tanto con posibilidad de acceso al doctorado como les pasa los grados de 300 ECTS de 5 años (Odontología, Farmacia, Veterinaria, Medicina, etc).

No cabe ninguna duda que aparte de la carga lectiva mencionada por la que se pasa en sus estudios, existe el nivel de responsabilidad que asumen las matronas desde el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y posparto de la madre y del recién nacido normal entre otras muchas competencias en salud sexual y reproductiva, al igual que ocurre con todas las especialidades enfermeras.

Con lo cual el A plus debería existir en Enfermería si lo valoramos al igual que en otras profesiones sanitarias que se están pronunciando en el caso de las especialidades de Enfermería. Y eso tirando por lo bajo, porque Enfermería puede acceder a un máster oficial universitario y al doctorado, encontrándonos en centros sanitarios con enfermeras, y enfermeras especialistas, además con un máster oficial de especialización, y un doctorado con resultados excelentes. Estamos hablando que puede haber enfermeras trabajando con unos 12 años de estudios al menos, al igual que los médicos, por ejemplo, entre otros.

A modo de reflexión... Llama mucho la atención que nadie hable de esto en ningún foro social, profesional, ni se exponga claramente. Si Enfermería tiene brecha de género, ni que mencionar la especialidad enfermera en Obstetricia y Ginecología (matronas), una profesión con más del 90% de mujeres y para mujeres. Es el paradigma de la mujer y el reflejo más puro de cómo la sociedad interpreta el género, sus roles, atribuciones, responsabilidades y reconocimiento social ⁵. **Es un reflejo de la sociedad en materia de género.**

Confiemos y esperemos que la Administración Pública correspondiente, defienda dignamente los derechos de las enfermeras y enfermeras especialistas, entre ellas a las matronas, como colectivo con un altísimo nivel de mujeres entre sus profesionales,

porque si no sería un auténtico fracaso como sociedad y como país, y un retroceso, al igual que podría provocar el inicio de problemas, discriminación y enquistamientos nunca sanos para evolucionar profesionalmente y socialmente entre todos y todas.

Y como no, se espera que la sociedad cambie los roles de género, que la igualdad se note en todos los ámbitos y sea una realidad en la práctica cotidiana.

Para concluir, el pasado 6 de diciembre de 2023 **la UNESCO ha incluido a las matronas: "Partería, conocimientos y habilidades", en la Lista del Patrimonio de Bienes Inmateriales de la Humanidad.**

Una profesión consolidada a lo largo de la historia, pero tan castigada y con tanta dificultad al igual que la evolución de la posición de las mujeres a lo largo de la historia, puesto que van ligadas de forma con humanidad, indiscutiblemente. Por todo lo expuesto, esperemos que el A1 y el A Plus, si llega el caso, sea igualitario y sin discriminaciones de ninguna índole para todas las profesiones sanitarias... Porque es de Justicia.

Referencias:

1. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/farmacia/farmacia-odontologia-y-psicologia-se-suman-al-a-para-no-perder-derechos-6090>
2. Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea 354, 28-12-2013.
3. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI).
4. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). BOE 129, 28-05-2009.
5. https://www.eldiario.es/nidos/audjur-ava-olafsdottir-precariedad-matronas-reflejo-devaluacion-trabajos-hechos-mujeres_1_10957570.html.



MATRONAS A BORDO DE UNA AUTOCARAVANA

Horizon Féminin es el nombre de esta **original autocaravana** médica que recorre el **norte de las Ardenas** desde septiembre. Al volante encontrarás **un equipo de matronas**. A bordo del vehículo realizan **consultas ginecológicas** a quienes lo deseen. Las consultas son con cita previa y sin pago anticipado. Una forma de **acercar los servicios médicos a los residentes en zonas rurales**. Ante las dificultades de acceso a la asistencia sanitaria en las zonas rurales, un autobús médico especialmente equipado ofrece consultas ginecológicas itinerantes en las Ardenas.

Para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres que viven en las zonas rurales de las Ardenas del Norte, el centro hospitalario intercomunal ha puesto en marcha una iniciativa innovadora: un autobús médico totalmente equipado para consultas ginecológicas. Denominado **“Horizonte Femenino”**, este vehículo recorre las vías del departamento, permitiendo a los residentes beneficiarse de la atención local.

Gracias a este sistema móvil, las mujeres pueden acceder a diversos servicios de salud: **seguimiento ginecológico periódico, detección de enfermedades de transmisión sexual y cáncer femenino, prescripción e instalación de anticonceptivos**, etc. El autobús está equipado con los recursos médicos necesarios y está atendido por un equipo de profesionales sanitarios cualificados.

Esta iniciativa, resultado de una asociación entre la Región del Gran Este y la ARS, tiene como objetivo reducir las desigualdades en el acceso a la atención de la salud reproductiva. De hecho, las distancias que hay que recorrer para ver a un ginecólogo pueden ser una ba-

rrera para muchas mujeres, especialmente aquellas que viven en zonas aisladas.

El autobús **“Horizonte Femenino”** es una verdadera ventaja para mejorar la salud de las mujeres en las Ardenas. Promueve un acceso más equitativo a la atención, permite detectar más precozmente patologías y contribuye así a mejorar la calidad de vida de los residentes. El autobús dispone de todo el equipamiento necesario para cubrir todas las necesidades. Está abierto a todas las mujeres, independientemente de su edad.

Una matrona y una asistente de puericultura ofrecen:

- Consultas de anticoncepción (información, prescripción, seguimiento, instalación y retirada de implante o DIU)
- Consultas de seguimiento ginecológico.
- Detección de cánceres ginecológicos: mama, ovario, cuello uterino
- Ayuda para concertar citas con especialistas (ginecólogos, asesoramiento quirúrgico)
- Información sobre la vida sexual y emocional.
- Información y detección de ITS

Fuente: FHF. Fédération hospitalière de France

LA SECUENCIACIÓN GENÉTICA PERMITE IDENTIFICAR DECENAS DE ENFERMEDADES TRATABLES EN RECIÉN NACIDOS QUE ESCAPAN AL CRIBADO ACTUAL



Un estudio con 4.000 bebés encontró problemas de salud en 120 dolencias frente a los 10 de los test convencionales

El cribado neonatal permite diagnosticar muchas enfermedades en los primeros días de vida, facilitando su tratamiento antes de que haya daños irreversibles. Lo habitual es que la detección de estas enfermedades, que pueden ser hasta varias decenas, aunque la sanidad pública no cubra todas, se realice con una muestra de sangre tomada del talón del recién nacido. Con esa muestra se pueden identificar dolencias tratables en alrededor de uno de cada 300 bebés. Desde que se aplicó para detectar la fenilcetonuria, una enfermedad metabólica congénita, en 1963, el cribado se ha ampliado para incluir otro tipo de trastornos como la fibrosis quística, las enfermedades cardíacas congénitas o alguna inmunodeficiencia.

Por ahora, las pruebas que utilizan la secuenciación de ADN no se suelen utilizar en un primer cribado, pero el abaratamiento de esta tecnología y el desarrollo de nuevos tratamientos precoces para enfermedades raras ha hecho crecer el apoyo a estos test como herramienta de prevención para todos los recién nacidos. Para valorar la viabilidad del cribado genómico, se puso en marcha el estudio GUARDIAN, en Nueva York. Este proyecto, que planea enrolar a más de 100.000 recién nacidos, acaba de presentar en la revista JAMA los resultados de los primeros 4.000 bebés, y son positivos.

En el estudio se secuenciaron 156 trastornos genéticos de inicio temprano para los que existe tratamiento (en España, la financiación del Ministerio de Sanidad incluye 11 enfermedades). Entre los 4.000 recién nacidos, de diferentes razas y grupos étnicos, la secuenciación genómica detectó problemas de salud importantes en 120, un 3%. De ellos, el cribado convencional solo los identificó en 10. El test salvó la vida a uno de los bebés, que tenía una inmunodeficiencia mortal provocada por una variante genética rara que se pudo corregir gracias a un trasplante de médula.

El resultado positivo más común fue la deficiencia de G6PD, un trastorno metabólico hereditario, con 92 casos (2,3%), algo que coincide con la prevalencia de este déficit en EE UU. Se identificaron cuatro condiciones tratables no detectadas por el cribado rutinario: la inmunodeficiencia combinada severa, que favorece la aparición de todo tipo de infecciones, el síndrome de QT largo, relacionado con problemas cardíacos, la acondroplasia y la enfermedad de Wilson, que causa una acumulación de cobre en los tejidos con diversos efectos nocivos para la salud. La detección temprana de estas condiciones puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento en los pacientes.

La jefa de pediatría del Hospital Infantil de Boston, Wendy Chung, autora principal del estudio, explica en una nota de la Universidad de Columbia, donde comenzó este trabajo, que como médica ha visto *“muchos pacientes que han pasado años yendo de médico en médico con síntomas que nadie puede explicar”*. Cuando los niños reciben un diagnóstico, *“la ventana para manejar mejor la enfermedad suele haber pasado”*, añade. Para Chung, la tecnología genómica actual evitará estas *“odiseas diagnósticas”*, identificando desde el nacimiento problemas que pasarían desapercibidos hasta la aparición de los primeros síntomas.

En declaraciones recogidas por SMC España, Belén Pérez González, directora adjunta del Centro de Diagnóstico de Enfermedades Moleculares del Centro de Biología Molecular (CBM-UAM-CSIC), que

no ha participado en el trabajo, afirma que “aunque hay que superar limitaciones, como el escalado a miles de recién nacidos en un tiempo adecuado para asegurar la implementación de una terapia efectiva, los hallazgos presentados respaldan la hipótesis de que la secuenciación genómica de recién nacidos puede mejorar significativamente y de forma equitativa el diagnóstico y tratamiento de los recién nacidos”.



La secuenciación genética supera el problema de que para muchas enfermedades no se han identificado biomarcadores que se puedan encontrar en las muestras de sangre. Además, el cribado habitual hace muy caro incluir decenas de enfermedades. Con las pruebas de ADN, añadir una enfermedad más supone un coste extra mínimo. El estudio GUARDIAN está buscando ahora variantes genéticas asociadas a más de 450 enfermedades. Joshua Milner, coautor del estudio, asevera que *“nos encontramos en medio de una revolución en la medicina pediátrica, reconociendo que muchas más enfermedades de las que pensábamos pueden tener causas genéticas y pueden ser tratadas”*.

Chung ha ofrecido otro dato que muestra el interés de los padres por este tipo de diagnósticos. El 72% de los que recibieron la propuesta para participar en este estudio contestaron afirmativamente. Además, la mayoría de los participantes, un 90,6%, aceptaron incluir trastornos del neurodesarrollo opcionales.

En España no parece que esté cerca la implantación, a nivel general, de este método de secuenciación genómica. La Comisión de Ética de la Asociación Española de Genética Humana, publicaba una Colaboración Especial en la Revista Española de Salud Pública, 2022, Vol. 96, bajo el título: Perspectiva de la Comisión de ética de la Asociación Española de Genética Humana. Parte I. Las tecnologías de secuenciación masiva y su aplicación al cribado neonatal. Desafíos y oportunidades, en la que se decía lo siguiente:

La introducción de la secuenciación genómica dirigida en el programa de cribado neonatal tendría un gran impacto en la organización y renovación de los centros de cribado. Deberán emprenderse los estudios apropiados para obtener un cuadro realista de los costos y del coste efectividad y considerar los aspectos éticos sociales y legales. La secuenciación genómica puede funcionar como una segunda prueba para los casos positivos detectados, ayudando a distinguir los falsos positivos de los verdaderamente enfermos, mejorando el conocimiento de la relación fenotipo/genotipo y revelando posibles contribuciones genéticas a los falsos positivos. En base a los conocimientos actuales, el potencial de producir resultados falsos positivos o resultados simplemente ambiguos o no interpretables sobrepasa los potenciales beneficios de la información probabilística, por lo que la secuenciación genómica no dirigida no debe ser recomendada en el ámbito del cribado neonatal, si bien también hay que admitir que la situación es fluida y la única forma de adquirir conocimiento es seguir investigando.

Ojalá que iniciativas como el estudio Guardian contribuyan a la implantación del método de secuenciación genómica con el fin de mejorar el diagnóstico y tratamiento de los recién nacidos.

Redacción

NOTA DE PRENSA

15 de octubre
Día Internacional de la
Muerte Perinatal



Apoyo, sensibilización y humanización de
la atención a la muerte y duelo perinatal

¿Podríamos evitar cada año la muerte de cientos de bebés durante el último trimestre del embarazo?

- ❑ La evidencia científica de otros países nos indica que es posible reducir la tasa de mortalidad perinatal en un 25% en un periodo de cinco años.
- ❑ Existen estrategias y enfoques para la reducción de la mortalidad perinatal cuya efectividad está comprobada y que pueden salvar la vida de cientos de bebés cada año.
- ❑ Con la tendencia actual de la mortalidad perinatal en España, tendríamos que esperar hasta el año 2077 para conseguir una reducción de tan solo el 25%.
- ❑ La Asociación Umamanita identifica la necesidad de una estrategia nacional para abordar el problema, y señala tres obstáculos principales que impiden una reducción de la tasa de mortalidad perinatal en España.
- ❑ La Asociación Umamanita difunde una campaña sobre la importancia de los movimientos de los bebés durante el embarazo, cuyo objetivo es desmentir algunos mitos y animar a las mujeres a acudir a urgencias si detectan algún cambio en el patrón habitual de movimientos.
- ❑ No es normal que la frecuencia y la fuerza de los movimientos del bebé cambien al final del embarazo.
- ❑ No sirve de nada beber o comer algo dulce o frío cuando se nota una disminución de la fuerza o frecuencia de movimientos del bebé.

«Reducir la mortalidad perinatal en un 25 por ciento en España equivaldría a unas 400 muertes menos cada año.»

Según su análisis de los datos publicados por el INE, en 2022 en España, se produjeron alrededor de 1.800 muertes perinatales, una vez ajustado para resolver el problema de datos perdidos e infradeclaración. El Dr. Paul Cassidy, sociólogo e investigador en la Asociación, señala que «en 2022, la tasa de mortalidad perinatal sería de 5,4 por cada mil nacidos y que ésta ha permanecido estancada durante más de diez años, e incluso ha aumentado en los últimos dos años». Añade que «otros países como los Países Bajos, Escocia e Inglaterra, han conseguido reducir la tasa de mortalidad perinatal entre un 20% y un 25% en cinco años».

Jillian Cassidy, presidenta de la Asociación, afirma que «esta reducción en España equivaldría a más de 400 muertes menos cada año, evitando así que las madres y padres sufran un duelo especialmente intenso que conlleva un riesgo alto de problemas de salud mental para las mujeres». Añade,

sin embargo, que «con la tendencia actual de la tasa de mortalidad perinatal, tendríamos que esperar hasta el año 2077 para conseguir una reducción semejante, o 200 años para alcanzar una tasa similar a la de países como Islandia».

La Asociación reivindica que no parece que exista una determinación política de reducir la tasa de mortalidad perinatal y, en este sentido, parece ser otro aspecto de la salud reproductiva y de la mujer que recibe una atención desigual.

«Es necesaria una estrategia nacional centrada en la reducción de la mortalidad perinatal.»

El Dr. Paul Cassidy, sociólogo e investigador, manifiesta que uno de los problemas principales es que no existe «una estrategia nacional para la reducción de la mortalidad perinatal, la cual debería abordar tres asuntos clave: los problemas existentes con las estadísticas de la mortalidad perinatal, la necesidad de implementar estrategias cuya efectividad ha sido comprobada en otros países y la necesidad de mejorar y estandarizar la investigación sobre las causas de la muerte perinatal».

En concreto, en relación con los datos nacionales y autonómicos sobre la muerte intrauterina, el Dr. Cassidy añade que «existen grandes deficiencias en cuanto a la falta de datos en hasta un 15 por ciento de los casos y una infradeclaración significativa entre las 22 y 25 semanas de embarazo. Esto significa que no sabemos con exactitud el número de muertes ni su distribución precisa por edad gestacional». Opina que esta situación «hace muy difícil identificar con precisión el grado del problema y establecer objetivos de reducción de la mortalidad».

«Existen estrategias de reducción de la mortalidad perinatal cuya efectividad está comprobada.»

Jillian Cassidy, presidenta de la Asociación Umamanita, advierte que «hay mucho que podemos hacer para reducir la muerte perinatal, en particular, mejorar la atención prenatal para poblaciones vulnerables, así como implementar estrategias centradas en los profesionales de la salud y en las mujeres y sus parejas».

Investigación de la causa de la muerte - Auditoría de la mortalidad perinatal y sistemas de clasificación.

El tercer eje de la propuesta de la Asociación se centra en la necesidad de mejorar y estandarizar la investigación sobre las causas de la muerte perinatal. La doctora Rita María Regojo, patóloga especialista en muerte perinatal del Hospital Universitario La Paz en Madrid, señala tres aspectos a tener en cuenta sobre la investigación de la muerte perinatal que podrían mejorarse en España.

En primer lugar, menciona *«la importancia de realizar la autopsia y el estudio de la placenta en todas las muertes perinatales, que debería ofrecerse a las familias en todos los casos de muerte perinatal, incluso en aquellos casos en los que exista bastante confianza en el diagnóstico clínico, ya que la autopsia perinatal no solo tiene la capacidad de añadir información adicional, sino también de descartar causas»*. Afirma que los hallazgos de estos estudios pueden en muchos casos explicar lo que ha pasado, fundamental a nivel psicológico para la mujer y su pareja, así como imprescindible para la planificación y vigilancia médica de un futuro embarazo.

10 de octubre de 2024



MaterMap

**La aplicación que geolocaliza
los mejores lugares para la
lactancia**

Consíguelo en el
App Store

DISPONIBLE EN
Google Play

MaterMap, una aplicación móvil, un mapa de crianza interactivo en tiempo real. A través de nuestra aplicación, las madres encuentran los lugares idóneos para alimentar a sus bebés.

¡Apostamos por la lactancia materna!

“REVISIÓN DE PARTERÍA”: LA INCORPORACIÓN DE LA ATENCIÓN POR MATRONAS MEJORA LOS RESULTADOS DEL PARTO.



La atención de matronas puede mejorar los resultados del embarazo para las madres y los bebés, afirma una nueva “revisión de expertos” de la facultad de Yale.

La práctica de la obstetricia es menos común en Estados Unidos que en otros países y otras culturas, lo cual es una pena porque agregar atención por parte de parteras generalmente mejora los resultados del parto, según dos miembros de la facultad de Yale que han publicado un artículo de Revisión de Expertos sobre el tema en el American Journal of Obstetrics & Gynecology, titulado Midwifery care during labor and birth in the United States.

Holly Powell Kennedy; profesora Helen Varney de Obstetricia, y Joan Combellick, profesora adjunta de enfermería, junto con sus colegas, examinaron la literatura científica relacionada con la obstetricia y el parto, y concluyeron que muchas medidas de embarazo exitoso se elevan cuando las parteras desempeñan un papel central.

Citan el enfoque de la obstetricia que es estándar en otros países, especialmente en las naciones europeas ricas, donde las mujeres tienen hasta siete veces más acceso a las matronas que en los Estados Unidos.

Informan que la atención de obstetricia ha mejorado los resultados en 56 indicadores diferentes, incluyendo menor morbilidad y mortalidad entre madres y recién nacidos, menos nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer, y menos intervenciones en el parto.

Los autores reconocen que las diferencias en los sistemas de salud generales de esos países contribuyen sustancialmente a los buenos resultados, pero dicen que lo que más importa es el papel integral de las matronas. “En otros países, las matronas constituyen la fuerza laboral básica de los proveedores de atención de maternidad y, luego, se recurre a los obstetras como los especialistas que son cirujanos que están allí pa-

ra manejar las complicaciones”, dice Combellick “Las matronas son las expertas en el parto normal, que es lo que ocurre la mayoría de las veces”. Combellick agrega que las matronas también extienden su atención más allá del embarazo. “También brindamos atención preventiva a personas sanas, a lo largo de toda la vida, desde la adolescencia hasta las personas postmenopáusicas, por lo que no solo está relacionada con el embarazo”.

El valor de las matronas en la llegada del bebé

Pero la continuidad del embarazo, el parto y la atención posnatal es por lo que las matronas son más conocidas, y donde la contribución de las matronas puede diferir marcadamente de lo que a menudo se considera la atención estándar. Kennedy dice que una forma muy básica en que los resultados pueden mejorar es porque la atención prenatal por parte de las parteras no se concentra en citas de una duración determinada donde el proveedor puede no tener tiempo para responder por completo las preguntas de la paciente. Kennedy señala que, en algunos entornos, las matronas que atienden a una mujer durante todo el embarazo brindan continuidad y pueden estructurar citas más largas.

Tener más tiempo permite construir una mejor relación con la futura madre y la ayuda a sentirse más respetada, lo que a menudo se traduce en un embarazo más tranquilo.

“En este artículo, se analizan algunas de las investigaciones realizadas al respeto. Esto es válido para cualquier tipo de atención sanitaria, pero en particular para la atención prenatal”, afirma Kennedy. “Puede llegar a ser una falta de respeto enorme y simplemente tener que esperar dos horas para una visita prenatal muy breve. Si las personas no se sienten respetadas o seguras, es menos probable que sigan viniendo a recibir

a recibir atención prenatal". Combellick añade que esto puede ser especialmente cierto para las mujeres de color, para quienes la falta de respeto acumulada por motivos raciales que soportan en su vida diaria puede hacer que las presiones del embarazo sean más intensas.

Cuando llega el momento del parto, hay algunas estadísticas que resultan especialmente sorprendentes. Las madres primerizas que dan a luz en centros médicos donde hay matronas en el equipo de atención tienen un 74 % menos de probabilidades de que se les induzca el parto, un 75 % menos de probabilidades de recibir estimulación con oxitocina y un 12 % menos de probabilidades de dar a luz por cesárea que sus contrapartes en centros médicos sin matronas.

Las matronas y los obstetras y ginecólogos colaboran durante el parto

Combellick dice que, en un equipo colaborativo, la embarazada es el centro de la atención y todos aportan su experiencia particular. Decidir si esperar y permitir que el parto continúe a su propio ritmo, inducirlo o realizar una cesárea puede ser, por lo general, una decisión compartida que implica la comprensión y el consentimiento de la paciente. *"Somos colaboradores"*, dice Combellick. *"Trabajamos en conjunto con los médicos. Tener dos puntos de vista pensando en una persona es un estilo de atención realmente sólido"*.

En Yale, Kennedy y Combellick contribuyen a la práctica de la facultad de obstetricia apoyando a las estudiantes de matrona a medida que aprenden. Las matronas de la facultad también participan activamente con los obstetras en formación. *"Contribuimos al programa de formación de residentes"*, dice Combellick. *"Por lo tanto, a los residentes, cuando llegan por primera vez, se les asigna seguir a una matrona. En todo el país, las matronas a menudo desempeñan un papel en la demostración de 'así es como se ve el parto fisiológico normal', y eso ocurre en Yale"*.

Hugh S. Taylor, MD, presidente y profesor de obstetricia, ginecología y ciencias reproductivas de la Facultad de Medicina de Yale, afirma que esta colaboración ha sido positiva para todos los involucrados.

"Es importante que todos nuestros profesionales se familiaricen y se capaciten en el modelo de práctica colaborativa. Los aprendices participan en estos equipos y reciben un ejemplo vivo de cómo la colaboración da como resultado una atención excepcional. Fue muy importante establecer ese programa, no solo para la atención de los pacientes, sino también para nuestros residentes y estudiantes".

Taylor dice que, tanto para la atención prenatal como durante los partos, la presencia de matronas en el equipo de atención puede ser invaluable. *"La mayor parte de la atención prenatal en nuestra práctica colaborativa la brindan las matronas, con la intensificación y/o derivaciones apropiadas cuando las cosas se complican. Si alguien desarrolla diabetes o presión arterial alta durante el embarazo, involucramos al médico. Sin embargo, para la atención prenatal de rutina o partos sin complicaciones, tratamos de mantener al médico en un segundo plano"*.

Kennedy y Combellick esperan que la profesión de matrona mejore en este país, tanto mediante el aumento de lo que Combellick ahora llama una "fuerza laboral de matronas relativamente pequeña" que atiende sólo entre el 10 y el 12% de los nacimientos en los Estados Unidos, como mediante la reforma de las prácticas relacionadas con la prestación de servicios de salud en general. *"No se trata de una cuestión simple y mágica sobre la matrona"*, concluye Kennedy, *"sino que en realidad se trata del modelo de atención: que sea accesible, esté disponible, sea respetuoso"*. Esos cambios para mejorar, dicen, serían nada menos que radicales, y están haciendo su parte para reunir la evidencia disponible y abogar por que se produzca el cambio.

Acceso al artículo completo:
Midwifery care during labor and birth in the United States.

<https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2822%2900799-2>

Fuente: Yale School of Medicine

ECOGRAFIA ULTRASÓNICA BASADA EN IA, UN FUTURO PROMETEDOR PARA LA ATENCIÓN OBSTETRICA EN PAISES SIN RECURSOS.



Como sabemos el establecimiento de la edad gestacional (EG) es fundamental para guiar la atención obstétrica y la toma de decisiones (incluido el momento de las visitas prenatales, las pruebas de laboratorio, la administración de medicamentos, las vacunas y el parto), así como la atención neonatal (incluida la necesidad de reanimación neonatal y cuidados intensivos neonatales). La ecografía obstétrica es la herramienta estándar para establecer la viabilidad del embarazo y la datación, así como para evaluar la anatomía, el crecimiento y el bienestar fetal. Sin embargo, el examen de ultrasonido estándar requiere equipos costosos y operadores capacitados que a menudo no están disponibles en entornos con recursos limitados.

El artículo titulado "Enhancing Obstetric Ultrasonography With Artificial Intelligence in Resource-Limited Settings" publicado recientemente en JAMA recabó hallazgos prometedores en un estudio de diagnóstico prospectivo realizado en Lusaka, Zambia, y Chapel Hill, Carolina del Norte. El estudio demuestra que los usuarios novatos, sin formación previa en ecografía obstétrica, utilizando una herramienta de inteligencia artificial (IA) de bajo coste en el punto de atención, podrían estimar la EG con la misma precisión que los ecografistas acreditados que utilizan máquinas de alta especificación.

En el estudio, 400 pacientes embarazadas de 18 años o más, con una mediana de edad de 29 años, un índice de masa corporal medio de 25,9 y fetos únicos y no anómalos, se sometieron a barridos ciegos del abdomen materno por parte de usuarias novatas que empleaban un dispositivo habilitado para IA, así como a una biometría fetal estándar por parte de ecografistas capacitados que utilizaban equipos de ecografía estándar.

Los barridos ciegos fueron barridos a mano alzada con una sonda bidimensional de aproximadamente 10 segundos de duración, inclu-

yendo barridos craneocaudales que comenzaban en la sínfisis del pubis y terminaban en la apófisis xifoidea y barridos laterales que comenzaban por encima del pubis y terminaban entre los bordes uterinos izquierdo y derecho. La EG se estableció por una longitud transvaginal de la corona y la grupa al principio del embarazo. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a diferentes ventanas de EG para el examen ecográfico de seguimiento durante una ventana primaria (14 0/7 a 27 6/7 semanas de gestación), secundaria (20 0/7 a 36 6/7 semanas de gestación) y terciaria (37 0/7 a 40 6/7 semanas de gestación). La medida de resultado primaria fue el error absoluto medio (MAE) de la EG habilitado por IA y las estimaciones de EG de ultrasonografía estándar, calculadas comparando la estimación de cada método con el EG previamente establecido.

Se decidió a priori que los 2 métodos se considerarían equivalentes si la diferencia en MAE caía dentro de un margen preespecificado de ± 2 días.

En el período de evaluación primaria, el dispositivo habilitado para IA cumplió los criterios de equivalencia con la ecografía estándar (MAE [SE], 3,2 [0,1] días frente a 3,0 [0,1] días; diferencia, 0,2 días [IC del 95%, -0,1 a 0,5]). El porcentaje de estimaciones de AG dentro de los 7 días posteriores a la GA establecida fue comparable entre la herramienta de IA y la ecografía estándar (90,7% frente a 92,5%).

El rendimiento fue consistente en todos los sitios de estudio (Zambia y Carolina del Norte) y en las categorías de índice de masa corporal. También se demostró equivalencia en la ventana secundaria (diferencia de MAE -1,06 días [IC del 95%, -1,72 a 0,40]), pero no en la ventana terciaria, donde la diferencia de MAE excedió el margen de equivalencia preespecificado de 2 días (diferencia de MAE



2,43 días [IC del 95%, 1,19-3,68]), lo que sugiere que la herramienta habilitada por IA tendía a sobrestimar el EG. Además, la herramienta habilitada por IA demostró una mayor precisión que las estimaciones de EG basadas en la altura uterina (diferencia de MAE, -3,88 días [IC del 95%, -4,61 a -3,15]), 2 estándares comúnmente utilizados para la evaluación de la EG en entornos con recursos limitados.

Estos hallazgos respaldan investigaciones anteriores que muestran la precisión de la IA en la estimación de la EG, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos. Si los resultados de este estudio se replican en estudios futuros, los enfoques habilitados por la IA para establecer la EG pueden ser una herramienta poderosa que podría ayudar significativamente a fechar con precisión los embarazos, optimizar el momento de las intervenciones dependientes de la EG y mejorar la atención general del embarazo en los países de ingresos bajos y medianos. Una fortaleza notable del estudio es la utilización del aprendizaje automático que proporcionó resultados en tiempo real. Los algoritmos de aprendizaje automático hacen predicciones basadas en patrones de datos anteriores. Los modelos se crean identificando patrones en "datos de entrenamiento" y luego se validan utilizando "datos de prueba" para determinar su precisión. A diferencia de los estudios de ultrasonografía anteriores que informaron sobre tecnologías de aprendizaje automático en sus etapas de desarrollo, Stringer et al. presentan un estudio de validación, refinando aún más sus algoritmos. Además, utilizaron una técnica de barrido ciego a través del abdomen materno, que es técnicamente más fácil de realizar para los usuarios novatos; otros algoritmos más complejos asistidos por IA han requerido una adquisición precisa del plano y la colocación de pinzas que es poco probable que tengan una aplicación amplia para los usuarios novatos.

Además, los resultados reafirman la comprensión actual de que la estimación de la EG basada en la ecografía se vuelve menos precisa a medida que avanza el embarazo, y la técnica asistida por IA demuestra una precisión comparable a la biometría convencional hasta el final del tercer trimestre.

Por último, la meticulosa selección de las pacientes contribuyó a la validez interna y a la precisión, aunque puede limitar la generalización a otros pacientes como los que tienen un índice de masa corporal igual o superior a 40 o los que tienen gestaciones múltiples o fetos con malformaciones.

Las limitaciones del estudio incluyen el tamaño relativamente modesto de la muestra y los detalles insuficientes sobre el nivel de capacitación y acreditación de las personas que realizan las exploraciones. Estos son requisitos previos importantes para la adopción generalizada de la estimación de EG habilitada por IA. Además, aunque los autores señalan que pocas mujeres buscan atención prenatal después de las 27 6/7 semanas de gestación en los países de ingresos bajos y medianos, estas tasas pueden variar de un país a otro. Una limitación importante es la ausencia del análisis de Bland-Altman, el enfoque preferido para evaluar la concordancia entre 2 métodos de medición. Los diagramas de Bland-Altman habrían comparado la nueva técnica de medición (datación generada por IA) con el criterio estándar (datación por ultrasonido estándar utilizando máquinas de alta especificación) y proporcionarían medidas de sesgo sistemático (diferencia de medias) y concordancia (límites de concordancia del 95%). La diferencia de medias habría evaluado si la herramienta habilitada por IA subestimó o sobrestimó sistemáticamente el EG, mientras que los límites de concordancia habrían mostrado si el 95% de las diferencias en el EG determinadas por las 2 técnicas se encontraban dentro de un rango clínicamente aceptable.

Además, el análisis de Bland-Altman habría permitido identificar posibles fuentes de sesgo o variabilidad, como la presentación fetal, la calibración del equipo o la técnica del operador. Abordar estos factores es crucial para mejorar la precisión y la coherencia de las citas asistidas por IA en obstetricia.

A pesar de lo prometedor que es este enfoque, la utilización de la herramienta de IA plantea desafíos logísticos, técnicos y de capacitación en los países de ingresos bajos y medianos. Desde el punto de vista logístico, puede haber dificultades para garantizar la disponibilidad y



el mantenimiento constantes del hardware y el software necesarios, lo que podría limitar la adopción generalizada de la herramienta. Técnicamente, la herramienta de IA requiere una fuente de alimentación fiable y conexión a internet para las actualizaciones y la transmisión de datos, que a menudo son poco fiables en estos entornos. Además, a pesar de su diseño fácil de usar, es necesaria una formación exhaustiva para dotar a los usuarios de las habilidades necesarias para manejar la herramienta de IA y garantizar resultados precisos y coherentes. Aunque varias organizaciones internacionales, como la Iniciativa de Salud Global de la Sociedad Internacional de Radiología, abogan por un enfoque específico para el uso de la datación por ultrasonografía en el embarazo en los países de ingresos bajos y medianos y la Organización Mundial de la Salud recomienda al menos una ecografía antes de las 24 semanas de gestación, abordar estos desafíos es crucial para la implementación exitosa y la sostenibilidad de las soluciones de ultrasonografía obstétrica impulsadas por IA en los países de ingresos bajos y medianos.

Más allá de la estimación de la EG, los algoritmos de IA tienen un papel potencial en el avance de la ecografía obstétrica.

Por ejemplo, las herramientas habilitadas para IA pueden analizar imágenes de ultrasonografía obstétrica para identificar marcadores de ultrasonografía que son predictivos de anomalías pero que pueden pasar desapercibidos para el ojo humano, lo que ayuda a la detección temprana de anomalías congénitas.

Además, al proporcionar mediciones automatizadas y análisis de curvas de crecimiento, la IA puede facilitar la detección de anomalías del crecimiento fetal, como la restricción del crecimiento intrauterino o la macrosomía.

Además, las herramientas impulsadas por IA pueden ayudar a detectar placentación anormal, lo que puede ayudar a prevenir y tratar las complicaciones mediadas por la placenta, como la preeclampsia, la placenta adherida y la insuficiencia placentaria.

Más allá de la ecografía obstétrica, la IA tiene un papel potencial en el avance de la atención obstétrica al integrar grandes cantidades de datos, incluida la información materna, los datos genéticos y los factores ambientales para

predecir las complicaciones del embarazo, lo que facilita la prevención, la detección temprana y el tratamiento. A pesar de este potencial, también es necesario tener precaución al utilizar la IA para evaluaciones ultragráficas más sofisticadas, como la encuesta anatómica y los estudios Doppler, ya que el uso de las técnicas actuales de aprendizaje automático en estas aplicaciones avanzadas está limitado por la imprevisibilidad del movimiento fetal, los cambios en la anatomía fetal a lo largo del tiempo, la necesidad de planos de imagen precisos y las variaciones en el hábito corporal materno.

Advertimos que, aunque la datación por ultrasonografía con barrido ciego para EG utilizando una técnica de bajo costo y fácil de aprendizaje es un gran paso adelante, está lejos de ser una bala de plata.

La ecografía, ya sea estándar o habilitada para IA, solo tendrá el impacto deseado de mejorar la atención obstétrica para la persona embarazada y el recién nacido cuando se implemente dentro de un sistema de atención de salud más amplio en los países de ingresos bajos y medianos con profesionales de la salud capacitados, medicamentos y equipos básicos, y un sistema de derivación para manejar las complicaciones del embarazo identificadas con la ayuda de la tecnología de ultrasonografía. Abordar estos desafíos de infraestructura y atención clínica es esencial para maximizar el impacto de las tecnologías avanzadas de ultrasonografía en la mejora de los resultados de salud materno infantil a nivel mundial.

Acceso Artículo completo :

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2821668?resultClick=1>

Otro estudio complementario al expuesto es el titulado "Diagnostic Accuracy of an Integrated AI Tool to Estimate Gestational Age From Blind Ultrasound Sweeps" (Precisión diagnóstica de una herramienta de inteligencia artificial integrada para estimar la edad gestacional a partir de barridos ecográficos a ciegas)

Disponible:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2821666>

CUIDADO DERMATOLÓGICO EN PREMATUROS.

Día Mundial del prematuro



El Día Mundial del Prematuro, celebrado cada 17 de noviembre, nos recuerda la importancia de ofrecer cuidados especializados a los bebés nacidos antes de tiempo.

El papel de las matronas es esencial para guiar y apoyar a las familias en este proceso, asegurando que cada intervención contribuya al bienestar de estos pequeños luchadores.

La piel de un bebé prematuro es extremadamente frágil. Estos niños nacen antes de que su desarrollo se haya completado¹, lo que conlleva un mayor riesgo de complicaciones cutáneas y sistémicas. Es por ello que los cuidados de la piel deben ser delicados y minuciosos, minimizando la exposición a productos que puedan alterar su delicada barrera cutánea. La prematuridad afecta no solo la capacidad de la piel para proteger el cuerpo, sino también su función sensorial y su capacidad de termorregulación. La piel actúa como un sistema de alerta temprana para detectar infecciones y problemas sistémicos, por lo que cualquier alteración visible puede ser indicativa de complicaciones más graves.

Características de la piel de los bebés prematuros

La piel de los prematuros, especialmente aquellos nacidos antes de las 34 semanas de gestación, se caracteriza por ser fina, translúcida y poco desarrollada. Esto significa que la barrera cutánea no está completamente formada, lo que aumenta la permeabilidad y el riesgo de infecciones, deshidratación y daño físico².

Una de las principales preocupaciones es la pérdida de agua transepidérmica. La piel actúa como un escudo natural que previene la pérdida excesiva de líquidos, sin embargo, en los bebés prematuros, esta función no está plenamente desarrollada.

Por lo tanto, la hidratación constante y el uso de productos que no alteren el equilibrio natural de la piel son fundamentales².

Además, estos bebés son más susceptibles a desarrollar condiciones cutáneas como el eritema tóxico, la dermatitis del pañal y el eccema, debido a su piel inmadura y a la necesidad de estar en contacto constante con dispositivos médicos y pañales³.

El papel de la piel en el desarrollo general del prematuro

La piel no solo actúa como una barrera física, sino que también participa en el desarrollo inmunológico y en la regulación de la temperatura corporal. La prematuridad puede afectar estas funciones, haciendo que los bebés prematuros sean más vulnerables a hipotermias y problemas inmunológicos⁴.

El contacto piel con piel, conocido como método canguro, ha demostrado ser beneficioso no solo para la estabilidad emocional y el vínculo afectivo, sino también para el desarrollo de la piel y el sistema inmune. Se recomienda iniciar este tipo de contacto lo antes posible, siempre bajo la supervisión y guía del personal de salud.

El método canguro también ayuda a regular la temperatura corporal del bebé y mejora la oxigenación, promoviendo un entorno más seguro para su desarrollo⁵.

¿Qué podemos hacer como matronas para ayudar en el cuidado de la piel del prematuro?

Como matronas, pueden desempeñar un papel decisivo en la educación y apoyo a los padres de bebés prematuros.

Es fundamental educar a los padres sobre la importancia de un cuidado adecuado de la piel del bebé prematuro. La orientación desde el nacimiento sobre la selección de productos y prácticas de higiene puede marcar

una gran diferencia en la salud cutánea a largo plazo de estos bebés.

Algunos consejos:

- **Educación** sobre el método canguro: Asegurarse de que los padres comprendan los beneficios del contacto piel con piel, no solo para el bienestar emocional, sino también para el desarrollo físico del bebé. Ofrecer apoyo en la implementación de esta técnica tanto en el hospital como en el hogar, sería una buena estrategia ⁶.
- **Promoción** del bienestar emocional de los padres: El estrés y la ansiedad en los padres pueden afectar su capacidad para cuidar a un bebé prematuro. Se debe asegurar que se ofrecen recursos y apoyo emocional, alentando la comunicación abierta y proporcionando información confiable sobre el desarrollo y los cuidados específicos del prematuro.
- **Fomentar** el uso de productos con certificación microbiome-friendly: La preservación del microbioma cutáneo es fundamental para la salud de la piel⁷. Productos como las toallitas Water Wipes® las primeras toallitas certificadas Microbiome-friendly' por Mymicrobiome respetan y preservan la barrera microbiana natural de la piel del bebé. Promover el uso de este tipo de productos certificados garantiza que los padres estén bien informados y preparados para cuidar de sus hijos en casa.

Por último, las sesiones de educación prenatal, el seguimiento postnatal y las visitas a domicilio son momentos ideales para reforzar estas prácticas y resolver dudas.

Cuidados específicos para la piel de los prematuros

El cuidado de la piel de los bebés prematuros requiere un enfoque integral que incluya:

1. Hidratación adecuada: Mantener la piel



hidratada es esencial para prevenir la sequedad y las fisuras que pueden facilitar la entrada de agentes patógenos.

Los productos deben ser específicos para pieles sensibles, sin fragancias ni ingredientes irritantes.

2. Protección contra agentes externos: Minimizar el uso de materiales sintéticos y productos no hipoalergénicos es crucial. Ropa de algodón y pañales con superficies suaves ayudan a reducir el riesgo de irritación.

3. Monitoreo constante: Los profesionales sanitarios y las matronas deben estar atentos a cualquier cambio en la piel del bebé, como erupciones, enrojecimiento o descamación, para actuar de manera proactiva y evitar complicaciones mayores ⁸.

4. Limpieza delicada: Los productos utilizados para limpiar la piel deben ser lo más puros y simples posibles. Las toallitas Water Wipes®, solo contienen dos ingredientes, 99,9% de agua purificada y una gota de extracto de fruta, han sido especialmente formuladas para ser tan suaves como el algodón y el agua. Esto quiere decir que no contienen fragancias ni colorantes artificiales, lo que reduce el riesgo de reacciones adversas y ayuda a mantener el equilibrio natural de la piel del bebé. Por eso, el 96% de los dermatólogos coinciden en que Water Wipes® es la toallita nº 1 para pieles sensibles* y ha ganado la confianza de los profesionales de la salud neonatal, siendo utilizado en muchas UCIN en Reino Unido, Estados Unidos y Australia ⁹.

En definitiva, el nacimiento prematuro conlleva retos únicos para el recién nacido, especialmente en lo que respecta al cuidado de su delicada piel.

Las matronas, como profesionales especializados en el cuidado neonatal, desempeñan un papel esencial al proporcionar orientaciones precisas y efectivas para el manejo de la piel de los bebés prematuros. No solo son un apoyo para las familias en este proceso, sino que también garantizan que se implementen las mejores prácticas para proteger la salud cutánea de estos pequeños desde sus primeros días de vida.

*Source: 272 Dermatologists at AAD, USA, 2024



1- Beb Organic. Protect Your Preemie's Skin. Accessed 21 September 2023. Available: <https://www.beborganic.com/blogs/journal/protect-your-preemies-skin>

2- Raising Children. Premature babies: physical appearance, bones, and skin. Accessed 21 September 2023. Available: <https://raisingchildren.net.au/newborns/premature-babies-sick-babies/development/premature-appearance>

3-Afsar FS. Skin care for preterm and term neonates. Clin Exp Dermatol. 2009;34(8):855-8. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03424.x

4-Marissen J, Gomez de Agüero M, Chandorkar P, Reichert L, Glaser K, Speer CP, Härtel C. The Delicate Skin of Preterm Infants: Barrier Function, Immune-Microbiome Interaction, and Clinical Implications. Neonatology. 2023;120(3):295-307. doi:10.1159/000529026.

5- World Health Organization. WHO advises immediate skin to skin care for survival of small and preterm babies. 15 November 2022. Accessed 21 September 2023. Available: <https://www.who.int/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm>

6-Evereklian M, Posmontier B. The Impact of Kangaroo Care on Premature Infant Weight Gain. J Pediatr Nurs. 2017;34. doi:10.1016/j.pedn.2017.02.006. PMID:28292543.

7-Bouslimani, A., da Silva, R., Kosciolk, T. et al., The impact of skin care products on skin chemistry and microbiome dynamics. BMC Biol 17, 47 (2019).

8- NICE. Neonatal care guidelines: monitoring skin health in premature infants. Clinical Guideline [NG29]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563449/bin/niceng29guid_qs1.pdf.

9-WaterWipes. WaterWipes partnership with Bliss. Available from: WaterWipes UK [Last Accessed: September 2023](WaterWipes).



ENTREVISTA A M.ª JESÚS GUTIÉRREZ MARTÍN

HAGO PROPIAS LAS PALABRAS DE UN VALLISOLETANO ILUSTRE, PÉREZ GELLIDA, QUIEN EN UNA OCASIÓN "DISECCIONÓ" EL CARÁCTER DE SUS PAISANOS JUSTIFICANDO SU PARTICULARIDAD-DECÍA, POR HABER SIDO "LABRADO DE SOL A SOL Y ENTERRADO EN LOS SURCOS DE LA TIERRA", DE CARÁCTER SOBRIO Y RESERVADO, NO DESCONFIANZA Y RECELO, ADEMÁS DE PRESUMIR DE LA "HONRADEZ, HOSPITALIDAD, PACIENCIA Y ESPÍRITU TRABAJADOR" DE SUS PAISANOS." ASÍ ES CHUS GUTIÉRREZ, TRABAJADORA, DISCRETA, ESFORZADA, HONESTA Y DIRECTA.

P. Bien cierto que nadie elige donde nace, pero nacer en un lugar u otro del planeta marca tu vida. ¿lo crees así ?

R. Estoy convencida de ello, al menos en mi caso. Yo nací en Valladolid un 20 de agosto, y para que entiendan el entorno en el que he vivido, diré que mi familia paterna es de Asturias y la materna de Valladolid. Me crié en una familia numerosa, por lo que me infancia fue muy divertida y feliz. Tal y como has dicho, el carácter de los vallisoletanos es recio pero las amistades son sinceras y duraderas. Tal es así que, entre mi gente, sigo atesorando la amistad de un grupo de amigas del colegio con las que sigo quedando y estamos presentes para apoyarnos en momentos difíciles. Mi familia vivió de una empresa de Artes Gráficas, sector que nada tiene que ver con el sanitario, pero, tanto a mis hermanos como a mí misma, nos ha hecho valorar el mundo cultural y la lectura.

P.: En efecto, es incuestionable el valiosísimo patrimonio histórico, artístico y arquitectónico de Valladolid en el que el mundo de la cultura y muy destacadamente la literatura tiene honda raigambre en tu tierra vallisoletana: escritores, actores, dramaturgos,... hasta esa maravillosa villa amurallada del libro que es Uruña, que recomiendo disfrutar pero ¿qué otras aficiones complementan tu vida ?

R. Soy una enamorada de la fotografía y del senderismo, aficiones que me han permitido disfrutar de mi tierra, tierra de campos y labranza, de colores ocre, pinares y un cielo azul limpio. Tal vez por ello, cuando acabé el colegio quise estudiar algo relacionado con la tierra y me decanté por Ciencias Geológicas, pero no había Facultad en Valladolid por lo que tuve que optar por mi segunda opción que era Enfermería, profesión que me atraía también desde bien pequeña, ya que siempre me ha gustado cuidar.



P. Buena premisa para estudiar Enfermería ¿ dónde cursas los estudios y qué recuerdos tienes de la carrera ?

R. Me formé como enfermera en la EU Enfermería "San Telmo" de Palencia, adscrita a la Universidad de Valladolid de la que tengo una opinión muy favorable, con buenos docentes, y en la que se compaginaban perfectamente las clases teóricas y las prácticas clínicas, y realizaban un seguimiento bastante personalizado de nuestra formación. Contábamos con más docentes mujeres que hombres (signo de la feminización evidente de esta profesión) y, si no recuerdo mal, la directora de la Escuela era una enfermera. Tengo unos recuerdos increíbles de aquella etapa de mi vida.

P. El retorno a Valladolid y el comienzo de la etapa laboral¿ cómo fue?

R. Finalizados mis estudios como enfermera, regresé a Valladolid donde trabajé 11 años como tal.

Mi primer contrato, fue un "paseo" por Cirugía General, Pediatría, Maternidad, en el Hospital Universitario Río Hortega, a la vez que durante un corto tiempo de 4 meses, compaginé con otro en el Hospital Militar de la ciudad. A renglón seguido, obtuve estabilidad al lograr una plaza laboral en Servicios Sociales, concretamente en una residencia de mayores asistida, donde me formé en Geriátría, especialidad que adquirí por vía extraordinaria. Años después, obtuve plaza de enfermera en el Hospital Universitario Río Hortega



PLAZA DE ZORRILLA
VALLADOLID

(HURH) de SACYL (Servicio Sanitario de Castilla y León) centro en el que trabajé en diversos servicios (radiología, cirugía general, CMF, ORL, NCR y materno-infantil).

Como ves, el carácter que imprime mi tierra y el valor que doy a mi entorno y a mi gente, han definido prácticamente toda mi carrera profesional y mi vida personal en Valladolid.

P. Acabo de leer que el signo del Zodiaco da las características de la personalidad y describe cómo es cada uno. Pero la hora del nacimiento, en especial, brinda las claves para descubrir el “don” que se debe desplegar en la vida, hacia dónde dirigir la vocación y a qué conviene dedicarse. ¿Podemos probar contigo a ver si se cumple?

R. No soy seguidora de los horóscopos ni sé cuál fue la hora exacta de mi nacimiento, aunque nací por la noche y sé que soy leo. Desconozco si este aspecto ha podido influir en mi decisión de ser matrona.

P. Tampoco yo lo soy pero he descubierto mi curiosidad me ha hecho descubrir que, entre otras cosas, los nacidos bajo el signo de Leo, signo de fuego, ponen todo su corazón tanto en sus relaciones como en sus responsabilidades en el trabajo, no son egoístas con su luz, pues disfrutan de igual manera hacer brillar a los demás, especialmente a quienes se lo merecen. Son cálidos, amorosos y apasionados. Líderes natos y con una confianza que los empuja a ir por lo que quieren y por lo que creen... y eso me cuadra perfectamente contigo aunque no podamos completar el juego de la vocación porque nos falta tu hora exacta de nacimiento...

Sin sonrojo, puedo sentirme más o menos identificada con la descripción general para mi signo.....,

R. Sin sonrojo, puedo sentirme más o menos identificada con la descripción general para mi signo.....

P. Entonces ¿ eres matrona por determinación o porque en un momento te "enganchó" la especialidad?

R. Pienso que es más probable que decidiese hacer esta especialidad por un motivo relacionado con un periodo duro de mi vida en el que sufrí dos abortos espontáneos. Tuve la suerte de poder elegir plaza EIR en el mismo hospital en el que trabajaba, "Rio Hortega", cursando la residencia de 2001 a 2003.

Los primeros años y, hasta que obtuve la plaza de matrona en el HURH, trabajé en promoción interna, es decir, compaginando mi trabajo como enfermera generalista con el de matrona, hasta que firmé una interinidad como matrona; años más tarde me ofrecieron la coordinación de la Unidad Docente de Matronas de Valladolid-Segovia. Durante aquella época todo fluía sin más. Tenía dos niños pequeños que requerían de mucha atención por mi parte y mi trabajo me gustaba, pero con los años me fue apasionando más y más. Encontré una faceta muy interesante en la docencia y creo que todo esto me ha convertido en la profesional que soy hoy en día.

P. La Universidad de Valladolid tiene un largo y amplio repertorio, en el contexto de las dificultades determinadas por el machismo imperante, de mujeres universitarias pioneras, formadas en sus aulas, muchas de las cuales eran matronas que iniciaron su formación partir del primer tercio de siglo.



R. Me consta, y es un orgullo como vallisoletana que la Universidad de Valladolid tenga casi 800 años de historia, con extensión de su influencia a Palencia (sede de la primera Universidad española S.XIII) Segovia, Soria y que sea Valladolid, la cuna de la primera facultad de medicina en el siglo XVI y haya sido de importancia para la formación de matronas de muchos puntos del país.

P. ¿Cómo recuerdas el paso por la especialidad ?

R. Cuando realicé la residencia la capacidad de mi Unidad Docente era de tan sólo 6 residentes distribuidos en los dos grandes hospitales de Valladolid (HCUV y HURH). Entonces nos denominaban DIR (Diplomado Interno Residente) en lugar de EIR y, al igual que ahora, requería dedicación completa. Al tener la plaza de personal estatutario tuve que firmar una situación especial en activo. Recuerdo que contamos con muy buenos profesionales para la formación práctica y docentes magníficos para la teórica. Aún no estaba desarrollada la figura de tutor, por lo que todo el personal del servicio formaba y tutorizaba por igual. Para evaluar el programa teórico nos pedían superar diversos exámenes por cada una de las materias. En conjunto, me sentí muy arropada y mimada por todos ellos.

En cuanto a las compañeras de promoción, durante los dos años fuimos una piña. Nos ayudamos y compartimos espacios de estudio, trabajo y ocio en el que la alegría era un común denominador que nunca empañó nuestra responsabilidad en la formación que teníamos por delante .

La vida te va llevando luego por distintos derroteros y nos fue distanciando físicamente, aunque he

tenido la fortuna de reencontrarme hace 2 años, al trasladarme al Hospital de Medina del Campo, con Cris, una de mis compañeras de promoción.

P. El salto a la "matronería" ¿cuando se produce?

R. Salvo el primer año de mi carrera como matrona, en el que firmé un contrato de verano con el HCUV, el resto lo he desarrollado en el paritorio del HURH y en la Unidad Docente. Como ya he comentado, desde hace dos años me trasladé al Hospital de Medina del Campo, un hospital comarcal de gran calidad, que forma parte de los centros comprometidos con la excelencia en cuidados y esto se refleja en su modo de trabajo y en el ambiente amable que se respira. Para mí ha sido como una bala de oxígeno ya que, he de reconocer que, el compaginar el trabajo de matrona en el HURH con la gestión docente, supuso un periodo de mi vida interesante y bonito pero complejo y, en cierto modo, poco agradecido. No obstante, como bien sabes, no he dejado de trabajar la faceta docente. Además, desde que trasladé la plaza a Medina del Campo, comencé a trabajar en el ámbito de la sanidad privada. En este caso en Madrid, que parece más cerca de Valladolid desde que contamos con tanta frecuencia de AVEs. El sector privado era desconocido para mí y comencé con ciertos recelos, pero estoy encantada porque cuenta con profesionales muy competentes y la filosofía y ritmo de trabajo que siguen, nada tienen que ver con los de la sanidad pública. Sinceramente, creo que el sector público adolece de muchos aspectos que a la sanidad privada le sobran y viceversa.

P. ¿Fuiste madre antes de ser matrona o viceversa, cambia la percepción de la profesión por ser madre?

R. Aproximadamente al mes de terminar la residencia, di a luz a mi primer hijo, por lo que inicié mi carrera como matrona paralelamente a mi rol de madre. Pero yo no estoy de acuerdo con lo que piensan muchas compañeras sobre este aspecto, que argumentan que la maternidad les ha cambiado la percepción de la profesión. Personalmente, mi faceta como madre ha marcado mi vida y mis hijos son el centro de ella, pero no me ha condicionado profesionalmente a la hora de atender o empatizar con una mujer más que lo que puede condicionar a cualquier madre trabajadora compaginar la maternidad y el trabajo, sea del sector laboral que sea. Es más, considero que hay muchas matronas que no tienen hijos y son excelentes profesionales con gran empatía y saber hacer.

P. Me consta que eres una "curiosa insaciable" profesionalmente hablando y además de matrona, has cursado otros estudios ¿por qué?

R. Tal vez tenga una curiosidad insaciable como dices y, además, me encantan los retos. Mucha de la formación que he realizado me ha venido dada por mi carrera profesional. Por ejemplo, la especialidad de geriatría al trabajar en Servicios Sociales o el título de operador de radiodiagnóstico por trabajar en el servicio de radiología. Pero mucha otra formación ha sido por simple gusto y curiosidad. Pongo por ejemplo mi formación en Tecnología de los alimentos e Higiene alimentaria que, posteriormente, me permitió impartir cursos de manipulación de alimentos, o aspectos concretos para la docencia de residentes que me han permitido desarrollar metodologías docentes y evaluativas en nuestro centro docente. De ellas, destaco la implantación del ECOE como método objetivo de evaluación sumativa, que iniciamos en nuestra Unidad Docente, para luego ir introduciéndolo en otras especialidades de enfermería y, actualmente, se realiza un ECOE anual conjunto para todos los EIR de matrona de Castilla y León. He de reconocer con orgullo, que, gracias a ello, el Ministerio nos galardonó en el certamen de Proyectos de innovación sanitaria (2013), con un premio de Buenas Prácticas.

P. Yo tengo la humilde y personal creencia de que la profesionalidad se construye, pero con los valores se nace. ¿ Compartes conmigo la opinión? Esto a tu juicio en qué se está traduciendo en nuestra profesión que va pareja con la sociedad.

R. Estoy totalmente de acuerdo contigo. En este sentido llevo tiempo haciéndome una reflexión que puede explicar el salto generacional que he percibido en las últimas promociones de EIR con las que he trabajado y que me han sorprendido para bien en ocasiones y, si soy sincera, me han decepcionado en muchas otras. Esto mismo lo siento con mis propios hijos, porque como bien dices, este salto va pareja a los cambios sociales.

P. Háblanos de tu etapa como gestora siendo coordinadora de la Unidad Docente de Valladolid.

R. Comencé siendo coordinadora de la Unidad Docente de Valladolid-Segovia y acabé asumiendo la presidencia de la Subcomisión de Docencia del Área de Valladolid Oeste.

Los comienzos fueron complicados, ya que la gestión de residentes es compleja y requiere interacciones con residentes, tutores y órganos de dirección. Pero tuve la suerte de trabajar para un centro que me valoró y nos permitió desarrollar las ideas y mejoras que los tutores fuimos proponiendo.

La Unidad que he coordinado durante casi 14 años no es multiprofesional, ya que durante este tiempo la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León consideró que funcionaba bien formando únicamente a matronas. No obstante, era consciente de que, tarde o temprano, acabará por reconvertirse en multiprofesional, que ha sido uno de los motivos por los que decidí dejar el cargo.



Presentando las Jornadas por el X Aniversario de la UD

P. Estoy convencida que la mayoría de matronas sufrimos un duro revés previendo el futuro a peor que se avecinaba en nuestra formación en el momento que se promulgó el RD 183/2008 con el objetivo de potenciar el aprendizaje para el trabajo multidisciplinar y multiprofesional. Por tu experiencia y conocimiento ¿ cual es o son los mayores problemas que ves en este sistema que a tan pocas matronas gusta?

R. Quiero pensar que el objetivo del Ministerio al desarrollar esta norma fue el de hacer más eficientes las unidades docentes en las que se formaban dos o más especialidades y aunarlas con una visión de equipo. Pero la triste realidad es que, para las especialidades de enfermería, ha supuesto una pérdida de autonomía.

Concretamente, el principal problema es el desarrollo de una estructura docente que cuenta solamente con un tutor coordinador que debe de tener una de las especialidades que se forman en la uni-



dad. No creo que exista en España ninguna unidad multiprofesional de obstetricia y ginecología cuyo tutor coordinador sea una matrona. Tú sabes bien, por las acreditaciones que manejamos en la CN que, el trabajo de gestión docente en estas unidades lo siguen realizando matronas bajo cuerda, con la "supervisión" innecesaria de un obstetra y sin reconocimiento profesional por su labor. Si el objetivo de crear estas unidades era fomentar el trabajo en equipo, en la mayoría se está traduciendo en más conflictos y corporativismo. Para el resto de las especialidades de enfermería ha sido la única manera de poder acceder a la constitución de unidades docentes, pero, cuando se desarrolla esta norma, las unidades de matronas eran no multiprofesionales y, aún hoy persisten algunas pocas. Por mi labor presidiendo la subcomisión de docencia de enfermería en Valladolid Oeste, he vivido de primera mano la diferencia de formación entre uno y otro tipo de unidad.

Y hablando de las subcomisiones de docencia de enfermería, aspecto que se trata muy sutilmente en la norma, pero que obliga a su desarrollo en centros docentes donde se forman enfermeros especialistas, es también un aspecto bastante inquietante. Quiero decir con esto que, se crean órganos colegiados "dependientes" de la comisión de docencia para la mayoría de los acuerdos a los que se llega, y se incluye como vocal nato de esta comisión al presidente de la subcomisión de enfermería. Con ello, en muchas comisiones de docencia no se convoca ni a tutores ni a residentes de enfermería para formar parte de la comisión por el hecho de contar ya con un vocal nato. A la hora de decidir aspectos que afectan a los EIR, ¿qué equidad se puede asegurar si entre un máximo de 20 vocales, tan sólo uno es tutor EIR?.

Personalmente, he luchado mucho esta injusticia y, en Castilla y León, me incluyeron en un grupo de trabajo de la Gerencia Regional de Salud para desarrollar una norma con los requisitos mínimos y funciones que debían de cumplir las subcomisiones de enfermería. Creo que, actualmente, es la única CCAA que ha apostado por desarrollar esta normativa.

Ahora, desde mi posición en la CN, sabes que intento hacerme escuchar en este sentido y, esperemos que el Ministerio actualice los requisitos de acreditación de unidades docentes multiprofesionales en las que se forman EIR de una manera justa y que no suponga una merma de nuestro marco profesional.



P. Desde hace un tiempo eres vocal y Vicepresidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona del Ministerio de Sanidad, ¿qué opinas de la posición que el Ministerio da a la Comisión?

R. Efectivamente, fui propuesta por mi Comunidad Autónoma, y tenía unas expectativas muy altas con esta labor, pero he de reconocer que, aunque era consciente de que la Comisión Nacional es un órgano consultivo, pensé que nuestra opinión era más valorada por el Ministerio de lo que he podido percibir.

P. Cuando leo tu curriculum que, es bien largo y aprovechado, me sorprende la variedad de "palos" que has tocado y la cantidad de Proyectos sobre Planificación y Mejora de la Calidad en los que has participado...

R. Afortunadamente mi actividad, interés y responsabilidad me ha proporcionado la motivación para integrarme o liderar proyectos la mayoría centrados en la docencia y su entorno como por ejemplo Evaluación de los profesionales que finalizan sus residencia en los centros e instituciones de la GRS de Castilla y León, Grupo de Trabajo para la mejora de la formación unificada de las UD de Matronas

de Castilla y León, Grupo de Incentivación a los tutores, Grupo de Trabajo sobre reflexiones escritas de incidentes críticos etc. todo ello lo consideré absolutamente necesario para la buena andadura de la U. Docente y para mejorar la propia profesión.

P. ¿En el transcurso de tu ya larga carrera profesional, has contactado con innumerables promociones de matronas y sabedora de que tienes un juicio fundado, te pregunto, ¿de qué adolecen estas nuevas generaciones de matronas y cuál es el peligro que esto implica para la profesión?

R. Inicialmente y sin ánimo de generalizar, quiero poner en valor su formación dada la dificultad que tienen ahora para acceder a la especialidad, así como el manejo de nuevas tecnologías, lo cual les permite manejar con soltura programas, aplicaciones, búsquedas bibliográficas, etc. Pero, desde mi experiencia, he de decir que muchos de estos profesionales no ejercen la especialidad por vocación y siendo muy reivindicativos en aspectos económicos y contractuales, olvidan la esencia de la profesión y la mejora y defensa de nuestras competencias. Por contra, luchan por “modas” sin base en evidencia científica, que venden muy eficientemente en redes sociales junto al resto de su vida personal. Además, son extremadamente competitivos, por lo que considero que, este tipo de matronas no representan al grueso de nuestra profesión, sino que más bien, la desmerecen y desvirtúan.

P. Por último te pido como a todos los entrevistados cuya experiencia os avala, una visión de futuro para la profesión y un consejo.

R. Me inquieta la idea de pérdida de competencias. La profesión de matrona abarca mucho más que la atención al parto, pero en España ni la sociedad ni la propia Administración valoran la profesión como en otros países de Europa. Y te lo plasmo en dos ejemplos muy sangrantes desde mi punto de vista, como son, la asunción de nuestras competencias en la Atención Primaria de algunas CCAA por enfermeras de AFyC en centros en los que ya ni se molestan en cubrir a las matronas, o el desarrollo de las plazas de matrona en las plantas de maternidad, donde desarrollan sus competencias como matrona, pero también tienen que asumir las de enfermeras generalistas. Si, además, a esto sumamos el descenso de la tasa de natalidad, nos encontramos ante un panorama bastante desalentador. Para echar más leña al fuego, y con la ayuda y el poder que tienen hoy en día las redes sociales, a la población se le muestran jóvenes matronas, un tanto naïfs, mostrando impresiones de placenta, pero no luchando, entre otras cosas, por dar el alta de matrona sin la firma de un facultativo.

En cuanto a la formación, con lo que he comentado respecto a las unidades multiprofesionales, entiendo que haya una tendencia cada vez más fuerte por una profesión independiente. Lo entiendo, pero no lo comparto, ya que se ha demostrado que el sistema de residencia es una formación muy práctica y de gran calidad, pero si no se modifican las unidades multiprofesionales como se entienden actualmente, mucho me temo que acabaremos por ser una carrera independiente.

Quiero agradecerte en nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio tu trabajo y tu tesón, que formes parte de ese grupo de gente buena y de buena gente, cuyos valores y ejemplaridad profesional son un orgullo para nuestra profesión.



PREMIO:
“BUENAS PRÁCTICAS”

Rosa M.ª Plata Quintanilla

NUESTRA PORTADA PORTEO: NADA NUEVO BAJO EL SOL

Esta imagen es de una mujer senegalesa de a pie y nos muestra el porteo que desde hace unos años se ha puesto tan en boga en el primer mundo y resulta que como decimos, lo que ahora se llama "modernidad" es tan antiguo como la civilización humana.



Solo hay que pensar que niños han existido desde el origen de la humanidad y las madres habrían de agenciarse los medios para trasladarlos, tanto más en los grupos sociales nómadas en busca de alimentos y asentamientos que favorecieran su vida en cuanto a habitabilidad para la tribu.

Con sentido común y sin profusas teorías sobre el apego tan esgrimidas actualmente, pero eso sí, con sentimiento de protección, mucho ingenio y los recursos disponibles, cabe pensar, materiales naturales probablemente cortezas y hojas de arboles y pieles de animales, aquellas primigenias mujeres elaborarían portabebés rudimentarios y sencillos pero operativos para la misión a la que iban destinados: transportar a los bebés en su éxodo. Habrían de pasar siglos hasta el descubrimiento del arte del hilado y la creación de telas que, además de servir de vestido y decoración, pasan a sustituir las primeras materias utilizadas para el porteo.

Una representación de estilo gótico del inicio del siglo XIV (de Giotto, en la Capilla de los Scrovegni, en Padua titulado la Huida de Egipto es, a decir de los expertos, el primer registro oficial de porteo ya que se representa a la Virgen María cargando a Jesús en una tela portabebés.

El porteo deja de existir en el momento que la industria empieza a diseñar carritos portabebés que, perdiendo el contacto y el apego y otras circunstancias favorecedoras para el bebé transportado, ofrecen otras ventajas

a las madres y cuidadores y al propio bebé y representa un avance social e incluso supone una cuestión de estatus para quienes puedan costearse la compra de ellos. Porque lo cierto es que en muchísimos países de bajos recursos sigue siendo el elemento indispensable para el porteo de niños y otras cargas.

Se afirma que el primer cochecito fue construido en 1733 por Willian Kent un arquitecto famoso de la época, para los hijos del Duque de Devonshire. Fue creado para ser tirado por un pony o una cabra, a modo de divertimento, muy inseguros y solo para las clases sociales elevadas.

Estos fueron evolucionando y haciéndose más accesibles para clases menos adineradas evolucionando hasta hacerse populares en el Reino Unido a partir de 1840 y por extensión en todo el primer mundo. Desde ahí ha seguido evolucionando la industria que, tiene un importante nicho de mercado en estos cochecitos, hacia modelos más ergonómicos, seguros, prácticos etc. hasta llegar a los polivalentes actuales, en los que además el diseño, marca las diferencias, y refleja las tendencias actuales y el impacto de la moda en una sociedad consumista.

Seguro que esas madres senegalesas como la de la foto, mejicanas, indias etc. que utilizan el porteo sin otra alternativa para transportar a sus bebés, se quedarían anonadadas si vieran el "mercado" que se ha establecido en el pri-



Asunción Rojo Escribano

primer mundo con este tema: talleres y asesorías de porteo, tiendas especializadas en artículos sobre el particular....., cuando ellas lo realizan de forma tan natural y económicamente como su propia vida.

Esta es otra paradoja de la vida: unas se arreglan con lo que tienen y acaso pudieran soñar con lo que a otras les sobra, como un cochecito para su bebé; enfrente aquellas que pueden retornan a la primitiva idea de portear a sus hijos al estilo más tradicional y antiguo de la humanidad, aunque en este caso, el porteo requiera de instrucciones, no sea baladí el costo y se haya convertido en un signo de modernidad en nuestros tiempos y en nuestro mundo desarrollado y próspero.

Redacción.

Desde estas páginas agradecemos de forma muy especial a Asunción Rojo Escribano la cesión de imágenes, como la que ilustra la portada de este número, de uno de sus innumerables viajes por el mundo, concretamente por tierras de Senegal.

Su condición de matrona no la abandona ni siquiera disfrutando ya de su merecida jubilación y como viajera experimentada impregnada de su condición profesional, son innumerables las instantáneas que recopila en sus viajes a lo largo y ancho del mundo y con su generosa oferta, nos permite compartir conocimientos y curiosidades relacionados con la maternidad fuera de nuestro entorno.



Huida de Egipto.

Giotto (1303-1306).
Capilla de los de los Scrovegni, Padua

Organiza:



AULA MAGNA Pabellón Docente:
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
C/. Ibiza, 45 - Madrid

Madrid, 7 de Noviembre de 2024

Secretaría Técnica
Tomeu Sagrera
Santa Engracia, 158 - 28003 Madrid
Tel.: (+34) 913 641 146
tomeu.sagrera@azulmarino.com



Secretaría Científica
José Nuño. Tel.: 639 13 00 67
pepe@pepefarma.com

Info MATRONAS



Asociación Española de Matronas



Hospital General Universitario Gregorio Marañón
SaludMadrid



Hospital Universitario de Getafe

Comunidad de Madrid



PROGRAMA

JUEVES 7 DE NOVIEMBRE 2024

MAÑANA

8:30-9:00 Entrega documentación.**9:00-9:10** Bienvenida.**9:10-9:30** Presentación Jornada.

Dr. Lizarraga. Dr. Huertas.

1ª MESA: PATOLOGIA GINECOLÓGICA.

Moderador:

9:30-9:50 Papel actual de las mallas en el tratamiento de la incontinencia femenina.

Dra. Alicia Caballero.

9:50-10:10 Cribado y vacunación: Impacto emocional del HPV

Dr. Pluvio Coronado.

10:10-10:30 Calidad de vida en las supervivientes del cáncer ginecológico.

Dra. Belén Martín Salamanca.

10:30-10:50 Implementación hospitalaria del cribado del HPV.**10:50-11:30** COLOQUIO-MESA REDONDA.

11:30-12:00 PAUSA (café).

2ª MESA: MENOPAUSIA Y PATOLOGIA FUNCIONAL.

Moderador:

12:00-12:20 Valoración del riesgo cardio-vascular durante la menopausia.

Hospital Universitario de Getafe.

12:20-12:40 Novedades en el tratamiento farmacológico NO hormonal de los síntomas vasomotores en la menopausia

Dr. Miguel Ángel Huertas.

12:40-13:00 Novedades en el tratamiento del insomnio en la mujer menopáusica.**13:00-13:30** COLOQUIO-MESA REDONDA.**13:30-15:30** COMIDA LIBRE.

TARDE

3ª MESA: OBSTETRICIA

Moderador:

15:30-15:50 Biomecánica del parto.

Dña. Cristina González Hernández.

15:50-16:10 Cuantificación de la pérdida sanguínea postparto. Estrategia clínica para la identificación precoz de la hemorragia postparto.

Dña. Esther García Ruiz.

16:10-16:40 Pasado, presente y futuro del tratamiento de la hemorragia postparto.

Dr. Javier Ruiz Labarta.

16:40-17:00 Descenso de la natalidad: lo que los números no cuentan.

Dña. Rosa María Plata Quintanilla.

17:00-17:20 COLOQUIO.**17:20-17:40** PAUSA.**4ª MESA: REPRODUCCIÓN Y ANTIONCEPCIÓN.****17:40-18:00** Cuando y como estudiar los abortos de repetición.

Dra. Teresa Muñoz.

18:00-18:20 Costo-eficacia de los métodos LARC. Durabilidad a 8 años.**18:20-18:40** Resultados reproductivos tras técnicas de conservación ovocitaria.**18:40-19:00** COLOQUIO.**19:30** FIN DE LA JORNADA.



ReSViNET
RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS FOUNDATION

LAS MATRONAS Y EL VRS



Próximo seminario web:

Matronas y VRS: Webinar sobre la investigación del VRS y la aplicación práctica del VRS en España

El 5 de noviembre, organizaremos un seminario web sobre la prevención del VRS. ¿Qué es el VRS, qué problemas causa y cómo se puede prevenir? Participa en una sesión en directo conducida por Noelia Rodríguez Blanco (Matrona y Directora del campus de la salud de la Universidad Europea de Valencia, campus de Alicante), con las opiniones de Beatriz Caro Ballester (Matrona y Enfermera) y Matilde Zornoza Moreno (Pediatra), compartiendo las últimas investigaciones y métodos de prevención.

Día 5 de noviembre a las 17.00 horas

REGISTRATE AQUÍ:

<https://events.teams.microsoft.com/event/2d1ef756-ee0f-43c2-8796-4441ed3d77c1@d56f8cfe-a030-4fac-9df4-9aa1d62f6cc7>

CONGRESO ENTRENA OBSTETRICIA 2024.

"Vente de guardia"

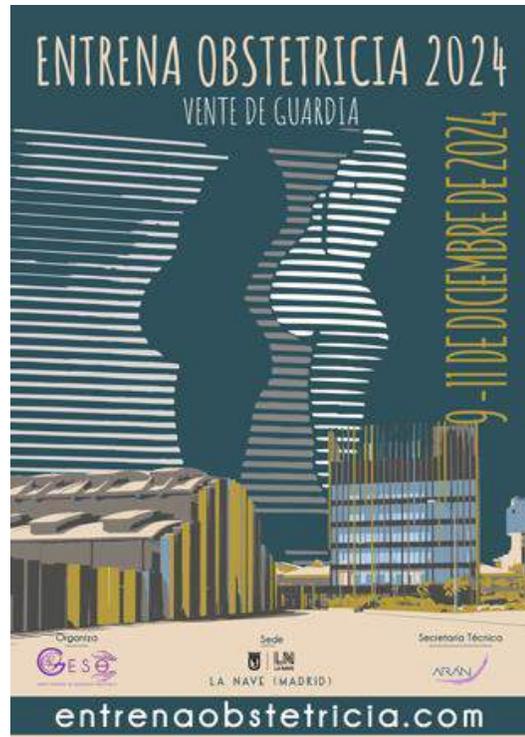
Fechas: 9-11 de diciembre 2024
Lugar: La Nave (C. Cifuentes, 5, Villaverde, 28021 Madrid)

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.

Secretaría 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

1^{ER} CONGRESO INTERNACIONAL
CONECTA PERINATAL - ASMI WAIMH-ESPAÑA

2025

FAMILIAS Y CRIANZAS:
ENCRUCIJADAS ACTUALES

20, 21 y 22 Febrero
Online

ASMI - ASMI.ES
WAIMH - WAIMH.ORG
CONECTA PERINATAL
INFORMACIÓN
info@congresopsiperinatalidad.com

ASMI - WAIMH España ASMI.ES
Organizado por: ASOCIACIÓN PARA LA SALUD MENTAL INFANTIL DESDE LA GESTACIÓN y

Conecta Perinatal CONECTAPERINATAL.COM
ALIANZA HISPANOHABLANTE POR LA SALUD MENTAL PERINATAL

asmi.es

ABIERTO EL PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE PONENCIAS,
COMUNICACIONES LIBRES Y PÓSTERES

<https://congresopsiperinatalidad.com/>

SAVE THE DATE

8 Noviembre 2024 | CaixaForum | Barcelona

FUNDACIÓN
QUAES
IMPULSADA POR CETIR ASCIRES

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
Contra la muerte súbita
JOSÉ DURÁN #7
15 ANIVERSARIO



Mesa 1

Iniciativas para la **lucha contra la muerte súbita**

Mesa 2

Perspectivas de la muerte súbita: **desde el deporte de élite a pacientes y afectados**

Mesa 3

Del **corazón infantil al adolescente, el reto de la prevención** de la muerte súbita

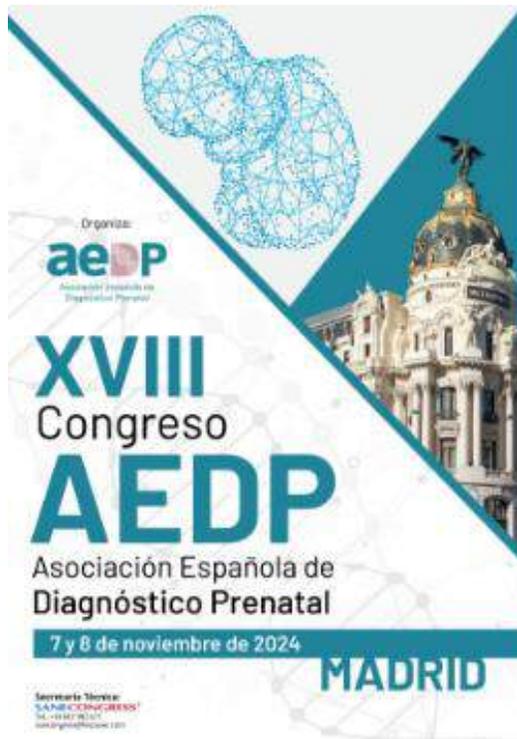
Mesa 4

Cardiopatía y deporte: **Estratificación del riesgo**

https://www.fundacionquaes.org/ix-congreso-nacional-muerte-subita/?utm_campaign=ix-congreso-nacional-contra-la-muerte-subita&utm_medium=email&utm_source=acumbamail

INFORMACIÓN:

info@fundacionquaes.org



ORGANIZA



Asociación Española de
Diagnóstico Prenatal

SECRETARÍA TÉCNICA

SANICONGRESS®



Entidad Acreditada
con el sello Ético de Fenin

Tel. +34 687 982 671

e-mail: sanicongress@congresoaedp2024.com

CUOTA DE INSCRIPCIÓN

	Hasta el 15/10/2024	A partir del 16/10/2024	
Socio/a AEDP	275 €	305 €	<input type="radio"/> 275 €
No socio/a AEDP	350 €	380 €	<input type="radio"/> 350 €
Colegiado COBM/Miembro SOCIEDAD AVALISTA	335 €	365 €	<input type="radio"/> 335 €
Socio/a AEDP + CENA	295 €	325 €	<input type="radio"/> 295 €
No socio/a AEDP + CENA	370 €	400 €	<input type="radio"/> 370 €
Colegiado COBM/Miembro SOCIEDAD AVALISTA + CENA	355 €	385 €	<input type="radio"/> 355 €

<https://congresoaedp2024.com/programa.php>

SEIDIGYN ÓVULOS

La **solución integral** para la sequedad vaginal

Calma

VITAMINA E
ACEITE DE MELALEUCA
ÁCIDO GLICIRRETÍNICO

Hidrata

ÁCIDO HIALURÓNICO
POLICARBÓFILO
VITAMINA A

Equilibra

ÁCIDO LÁCTICO



NOVEDAD

FÓRMULA ÚNICA



MEDICAL DEVICE CE 0425

Ctra. de Sabadell a Granollers, Km 15
08185 Lliçà de Vall (Barcelona, Spain)
+34 93 844 57 30 - info@lab-seid.com
www.iab-seid.com

SEID  LAB

INVITACIÓN



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

¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

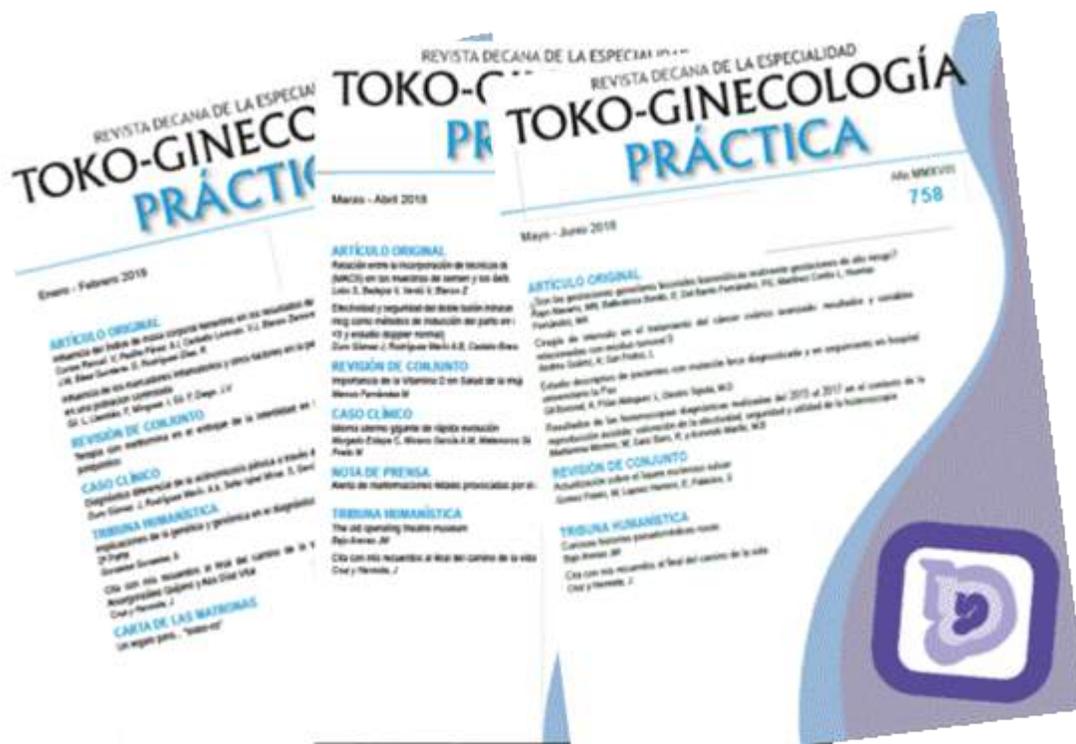
¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



Info
MATRONAS

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

infomatronas@gmail.com

Matronas hoy es una publicación que nació hace treinta años gracias al empeño de la **Asociación Española de Matronas**, pero por múltiples factores el proyecto tuvo que ser sacrificado 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.

matronas hoy
TERCERA ETAPA. VOLUMEN 12 Nº 2 AÑO 2024
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
ISSN: 2340-0161

SUMARIO

Editorial

Originales

- Detección de líquen escleroso vulvar en la consulta de la matrona de Atención Primaria: estudio descriptivo
- Educación sanitaria al cuerpo de bomberos: asesoramiento para la atención urgente del parto extrahospitalario
- Pandemia covid-19 como desencadenante de depresión en mujeres gestantes (2020-2022)
- Efectos sobre la lactancia materna usando un biberón individualizado según la morfología del pecho materno de cada madre

Revisiones

Guía de recomendaciones Casa de Partos hospitalaria

Echando la vista atrás

Escritura colectiva del 1º libro español de obstetricia: *Libro del arte de las comadres o*

madrinas y del regimiento de las proñadas y paridas y de los niños

Entrevista

Entrevista a Soledad Carreguí Vilar

Agenda

- La AEM reclama a la C.A. de Madrid por su nueva intervención en la mejora de la Atención Primaria que deja fuera a enfermeras, matronas y fisioterapeutas
- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén inaugura las jornadas de enfermería de CC.OO.
- Adiós al Sindicato de Matronas
- SATSE y AEM ponen en común las claves de la mejora laboral y profesional de las matronas
- La AEM en el XII Congreso Nacional de Lactancia Materna IHAN
- Homenaje a Mª Ángeles Rodríguez Rozalén en el Marco de la II Jornada de Matronas de Atención Primaria de la CAM

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

DAE EDITORIAL



REUNIÓN EN BRUSELAS PARA POSIBLE MODIFICACIÓN DE LA DIRECTIVA 36/2005

"Formación mínima armonizada de la UE para matronas: ¿es hora de ponerse al día?"



Rosa M.ª Plata Quintanilla

El pasado 22 de Octubre se celebró en Bruselas una reunión bajo el título "Formación mínima armonizada de la UE para matronas: ¿es hora de ponerse al día?" a la que asistió Rosa M.ª Plata Quintanilla, presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), en calidad de Asociación Nacional, con el objeto de debatir sobre las Conclusiones preliminares del estudio «Cartografía y evaluación de la evolución de una de las profesiones sectoriales en virtud de la Directiva 2005/36/CE –Matrona (GROW/2023/OP/0024), sobre las que había participado, enviando documentación pertinente a la solicitud de la Comisión Europea, a través de la agencia delegada Spark, para tal propósito.

La jornada dio comienzo con la introducción de **Jakub Boratynski**, Director de la DG GROW (Mercado Interior, Industria, Emprendimiento y Pymes) en representación de la, EU con el siguiente discurso: (traducción literal)



"Estoy muy contento de estar aquí. Soy el director del departamento de la DG GROW, que básicamente es el director general de la comisión responsable de la industria de Mercado único. Pero una de las funciones más importantes que tenemos en este departamento es garantizar que uno de los mayores logros de la Unión Europea, que es la libertad de movimiento, no solo para el turismo, sino también para fines profesionales, esté realmente protegida.

De hecho, uno de los elementos de ese enfoque es que para los profesionales que requieren, digamos, un alto grado de confianza y movilidad, los llamados profesionales regulados, tratamos de hacer que sea lo más fácil posible para estos moverse entre los países. Por supuesto, no es tan sencillo, precisamente por la circunstancia, de que la educación y la formación sigan siendo competencia nacional, de hecho hemos tenido muchas tradiciones diferentes.

Pero al final, cuando pienso en la mentalidad de las matronas, hay algo fundamental que es, por supuesto, común. Y debo decir que también personalmente, lo valoro como realmente importante. Todavía recuerdo muy bien a la matrona que ayudó a nacer a mi primer hijo hace 24 años.

Por eso, diría que la partería es muy, muy importante a nivel humano. Ustedes vienen aquí representando diferentes autoridades nacionales, asociaciones de matronas e instituciones de formación, y creo que este es realmente el grupo con el que queremos hablar. Por eso los convocamos aquí porque básicamente queremos reflexionar con ustedes sobre cómo llevar adelante esta cuestión del reconocimiento de esa profesión específica.

Por tanto, la reglamentación relativa a los requisitos de formación comunes para las matronas, o los requisitos mínimos de formación, habría sido uno de los logros históricos del proceso, porque ya existía una red a finales de los años 70, y esto, no recuerdo bien, me lo acaba de decir mi colega, a quien tengo que recurrir para conocerlo en su conjunto. Quiero decir, esto realmente se remonta a 1980, cuando creo que la mayoría de nosotros éramos niños o todavía no habíamos nacido. Así que, en realidad, se trata de llegar de alguna manera a las raíces de este proceso.

Por tanto, estos requisitos se han estudiado con las últimas revisiones de las directivas sobre cualifica-



ciones profesionales en 2013. Sin embargo, no ha habido cambios específicos, digamos sustanciales, en el contenido de esos requisitos de formación. Así que, como Comisión, se nos han otorgado los llamados poderes delegados que realmente nos ayudan a modificar estos requisitos legales sin, digamos, pasar por todos los procedimientos, circunstancias que llevan mucho tiempo.

Y de esta manera podemos hacer posible el reconocimiento automático de las cualificaciones profesionales sin que la UE tenga que seguir siendo relevante sin, digamos, una carga burocrática excesiva. Creo que lo importante es que, como saben, estas profesiones son muy, muy importantes, obviamente, desde el punto de vista del interés público y dados los desafíos que enfrentamos hoy en día en relación con la escasez de personal cualificado. Al final, no es sólo una ventaja para las personas afectadas, para los profesionales, trasladarse a otro país. Si no también es, diría yo, de interés europeo general, para asegurarnos de que, con esa flexibilidad, con la facilitación práctica de la libertad de movimiento, podamos realmente responder a las necesidades de los ciudadanos. Así que, por decir algunas palabras, un poco más sobre el marco jurídico. Como se trata de una competencia nacional, nunca hablamos de una armonización completa.

En ese contexto, el concepto que realmente sirve de base son los requisitos mínimos de formación, es decir, no estamos imponiendo a los Estados miembros que tengan exactamente el mismo modelo de formación para el profesional regulado, en ese caso específico, matronas. Los Estados miembros pueden añadir algunos requisitos adicionales, y la base se mantiene siempre que la matrona de un Estado miembro se ajuste al requisito mínimo de formación. Ya saben, el sistema debería poder funcionar y las matronas podrían aceptar el trabajo en otros Estados miembros. Obviamente, la ciencia está en constante desarrollo. Hemos visto un progreso increíble en el área de los servicios de salud, por lo que, obviamente, tienen que seguir el desarrollo.

Pero, quiero decir, lo que estamos haciendo y el propósito de este ejercicio es realmente reflexionar seriamente hasta qué punto existe realmente una necesidad imperiosa de actualizar esos requisitos de formación.

Cuando hablamos de cuáles son estos requisitos de formación, se trata de una combinación de diferentes factores. Es una duración mínima de formación que se expresa en años u horas. Se trata de un conjunto mínimo de competencias y conocimientos que deben adquirirse durante la formación, materias de formación específicas que deben incluirse en los planes de estudio y más. ¿Vamos a hablar de todo eso hoy? No, no necesariamente, porque la Comisión con sus los poderes delegados le permiten actualizar solo ciertos requisitos mínimos de formación en este procedimiento en condiciones muy limitadas. **Es decir, solo se pueden actualizar las materias de formación mínimas y las competencias y conocimientos que deben adquirir las matronas.**

De lo contrario, tendríamos que preocuparnos directamente de lo que llamamos cualificaciones profesionales. Por lo tanto, para que esta sea una posible actualización, ya sabe, realmente significativa y realmente reflexiva, necesitamos recabar una información objetiva sólida basada en el mapeo de los requisitos de formación internacionales existentes, y solo eso nos permitiría realmente tomar esta decisión responsable sobre si necesitamos esas actualizaciones o no. **Y es por eso que le pedimos a la agencia externa, Spark Legal and Policy Consulting, que recopilara datos y preparara un estudio cuyos resultados preliminares se les presentarán hoy.**

Y es precisamente por eso por lo que los hemos reunido, porque realmente queremos recibir sus comentarios sobre todo ello y poder reflexionar con ustedes sobre el trabajo realizado hasta ahora por la Agencia. El mapeo de los avances científicos y técnicos que afectan a la capacitación en cableado intermedio en todo el área económica europea ha llevado a un importante recordatorio de que tenemos un mercado único que se extiende, ya saben, más allá de los estados miembros de la Unión Europea, no solo Noruega como parte de este esquema. También estamos verificando si esos avances específicos ya están presentes en los planes de estudio de los estados miembros y lo que generalmente reconocen.

Las Agencia también eligió las categorías bajo las cuales se agrupan los hallazgos y la metodología para evaluarlos.



Por lo tanto, con todo esto que se les presentarán los hallazgos preliminares y esperamos con mucho interés sus comentarios, su retroalimentación. Estoy convencido de que el debate de hoy contribuirá básicamente a nuestra conciencia y nuestra comprensión de lo que se debe hacer para asegurarnos de que básicamente este marco sea adecuado para su propósito.

Los aliento a que sean francos, directos, saben que realmente necesitamos hacerlo bien y, obviamente, desde ese punto de vista, su aporte es absolutamente crucial. Por lo tanto, nuevamente, es un gran placer para mí estar aquí con ustedes hoy, aunque me quedaré solo durante la parte inicial de la reunión, mientras ustedes continúan trabajando.

Espero con ansia sus intercambios abiertos y un debate muy fructífero. Sé que probablemente haga un poco de calor en este día, pero también creo que son un grupo profesional muy resistente, así que estoy seguro de que esto no será un gran obstáculo para ustedes.

Muchas gracias nuevamente y les agradezco su asistencia“.

La agencia Spark designada por la EU para llevar a cabo este estudio hizo una presentación del mismo sobre el mapeo y la evaluación de la evolución de las profesiones sectoriales en el marco de la Directiva 2005/36/CE, concretamente de Matrona, resumen que al final incluimos en este artículo.

Posteriormente, se estableció Presentaciones de los ponentes y mesa redonda: Impacto de los avances científicos y técnicos en la formación profesional de las matronas a la luz de los resultados preliminares del estudio con la participación de :

Prof. Viktoria Vivilaki. Presidenta de la Asociación Europea de Matronas (EMA) quien se circunscribió a El papel de las tecnologías digitales en la partería moderna”

Danuta Czarnecka. Experta, Departamento de Organización Universitaria, Educación y Asuntos Estudiantiles del Ministerio de Ciencia y Educación Superior (Polonia) con la presentación titulada “ Marco normativo y estándares de formación para la obstetricia en Polonia”

Prof. Dra. Lea Beckmann. Vicepresidenta para Educación de la Asociación Alemana de Obstetricia (Alemania) quien hablo de el “Fortalecimiento de la obstetricia: promoción de la continuidad de la atención y el empoderamiento en toda la UE”

Prof. Ali Ghanchi. Profesor de Obstetricia en la Universidad de Luxemburgo quien se centró en “El papel de las matronas en la salud pública y la prevención en Francia: “Una perspectiva desde las bases”.

Por último intervino Daniela Drandic. Relaciones y Comunicaciones de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) la cual se centró en la importancia de la matrona en “Salud Pública y Prevención”





En la segunda parte de la jornada se establecieron las sesiones de trabajo divididos los asistentes en tres grupos bajo la pregunta :

Avances científicos y técnicos: ¿necesidad de actualizar la formación mínima armonizada de la UE? ¿Qué es posible dentro de los límites del poder delegado de la Comisión en virtud de la Directiva 2005/36/CE?

Grupo 1

Avances científicos:

enfoque en 1) Atención integral de partería (Salud mental; Atención respetuosa y para necesidades especiales); 2) Métodos de educación y formación de partería (Práctica basada en la evidencia e investigación; Habilidades inter/multidisciplinarias y blandas); y 3) Promoción, prevención y control de la salud (Salud pública).



Grupo 2

Avances científicos: enfoque en 1) Ginecología y reproducción (Atención ginecológica; Salud y derechos sexuales y reproductivos); 2) Obstetricia y parto (Obstetricia); y 3) Salud neonatal y pediátrica (Neonatología (y recién nacidos de alto riesgo)).

Grupo 3

Avances técnicos: enfocados en Salud digital (E-health y tecnologías digitales).

RESUMEN:

Propósito del taller

Presentación de los hallazgos preliminares con el objetivo de verificar la corrección de los resultados de la investigación

Discutir los hallazgos preliminares

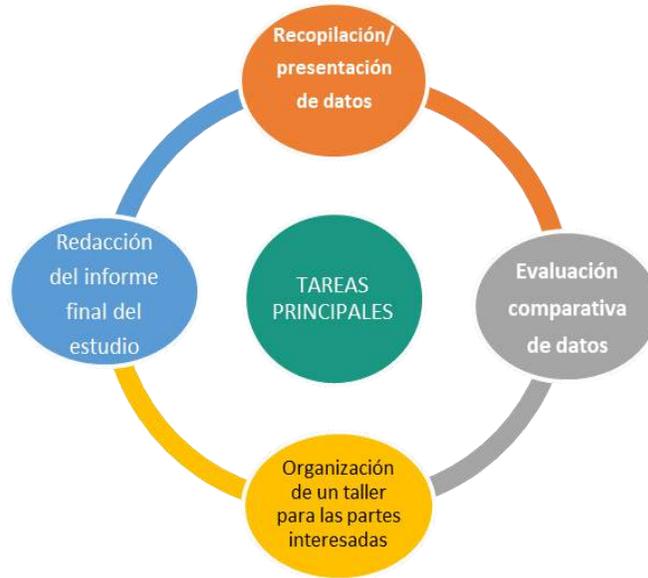
Evaluar si se estima necesaria una adaptación de los elementos de los programas de formación, conocimientos y habilidades

Proporcionar sugerencias ((identificando elementos para agregar, eliminar o mejorar)



Objetivos del estudio

Asistir a la Comisión Europea en su evaluación sobre la conveniencia de proponer una adaptación de los elementos mínimos del programa de formación, conocimientos y competencias para la profesión de matrona con arreglo a la Directiva 2005/36/CE, en su versión modificada.



Alcance del estudio

Investigación independiente realizada por Spark por encargo Comisión Europea.

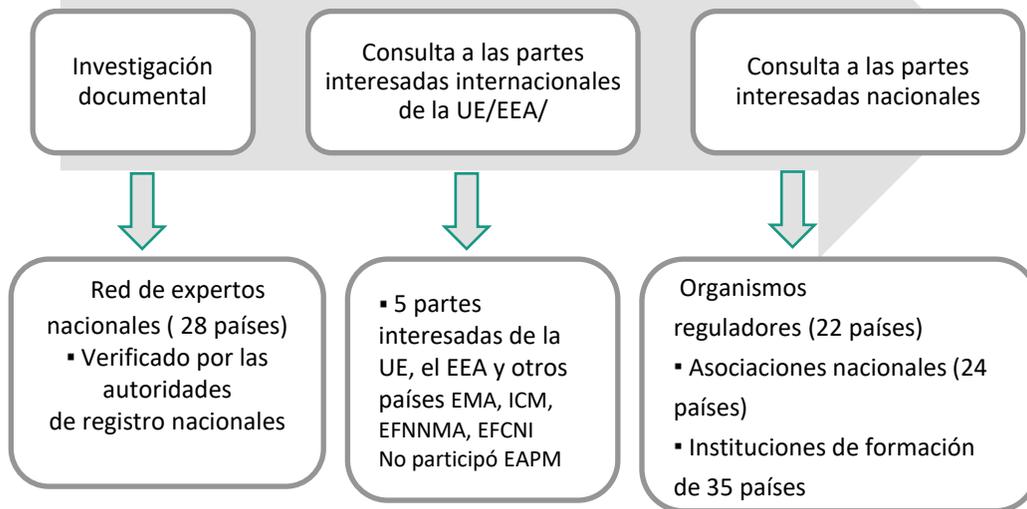
- Definiciones de trabajo y categorización creadas por el equipo de estudio para el propósito del estudio. Sirven como marco para el análisis y no son jurídicamente vinculantes.
- El poder delegado de la Comisión no se extiende a todos los aspectos de la formación en partería. Es muy importante tener en cuenta las limitaciones del poder delegado de la Comisión para modificar la Directiva 2005/36/CE;
- Artículo 21, apartado 6, de la Directiva 2013/55/UE: «A fin de tener en cuenta el progreso científico y técnico generalmente reconocido, la Comisión estará facultada para adoptar actos delegados de conformidad con el artículo 57 c con el fin de actualizar los conocimientos y las capacidades (...)
- Artículo 40, apartado 1, de la Directiva 2013/55/UE: «La Comisión estará facultada para adoptar actos delegados de conformidad con el artículo 57 c en lo relativo a la modificación de la lista que figura en el punto 5.5.1 del anexo V con vistas a adaptarla al progreso científico y técnico (...)

Metodología y cronograma en relación a la formación en partería





Paso 1: Recopilación y presentación de datos



RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO

AVANCES	REFLEJADO EN ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN ≥ 16 PAÍSES
AVANCES CIENTÍFICOS	
ATENCIÓN INTEGRAL DE PARTERÍA	
Salud mental	17 países + EFNNMA UE: SER, DE, DK, EE, EL, ES, FR, HU, IE, IT, LV, MT, NL, PL, PT, SE, SI; EEE/AELC: CH
Atención respetuosa y a necesidades especiales	17 países + EFNNMA, EMA UE: SER, DE, EL, HR, HU, IE, IT, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI; EEE/AELC: CH, NO
PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD	
Salud pública	16 países + EMA UE: AT, BE, CY, DE, EE, EL, FR, HR, HU, IE, IT, LV, MT, NL, PL, PT, SE, SI; EEE/AELC: CH
MÉTODOS DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN EN PARTERÍA	
Práctica e investigación basadas en la evidencia	21 países + EFNNMA UE: SER, CY, DE, DK, EL, ES, FI, FR, HR, IE, IT, LT, LU, MT, NL, PL, PT, SE, SI; EEE/AELC: CH, NO
Inter/multidisciplinar	20 países + EFNNMA, EMA UE: SER, CY, DE, DK, EE, HR, HU, IE, IT, LV, LU, MT, NL, PL, PT, RO, SI; EEE/AELC: CH, NO
GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN	
Cuidados ginecológicos	18 países UE: AT, BE, BG, EL, ES, FI, FR, HR, HU, IE, IT, NL, PL, PT, RO, SE, SI; EEE/AELC: NO
Salud y derechos sexuales y reproductivos	20 países + EFNNMA UE: AT, BE, DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, HR, IE, IT, LU, NL, PL, PT, SE, SI; EEE/AELC: CH, NO

ACRONIMOS:

AELC Asociación Europea de Libre Comercio; EEE Espacio Económico Europeo; EMA Asociación Europea de Matronas; ICM Confederación Internacional de Matronas; EFNNMA Foro Europeo de la Asociación Nacional de Enfermería y Partería; EFCNI Fundación Europea para el Cuidado del Recién Nacido; EAPM Asociación Europea de Medicina Perinatal; TFUE Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

UNIÓN EUROPEA: EN Austria; SER Bélgica; BG Bulgaria; CH Suiza; CY Chipre; CZ República Checa; DE Alemania; DK Dinamarca; EE Estonia; EL Grecia; ES España; FI Finlandia; FR Francia; HR Croacia; HU Hungría; IE Irlanda; ES Islandia; ESO Italia; LI Liechtenstein; LT Lituania; LU Luxemburgo; LV Letonia; MT Malta; NL Países Bajos; NO Noruega; PL Polonia; PT Portugal; RO Rumania; SE Suecia; SI Eslovenia; SK Eslovaquia.



RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO

AVANCES	REFLEJADO EN ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN ≥ 16 PAÍSES
AVANCES CIENTÍFICOS	
OBSTETRÍCIA Y PARTO	
Obstetrícia	20 países UE: SER, DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, HR, IE, IT, LU, NL, PL, PT, SE, SI; EEE/AELC: CH, NO
SALUD NEONATAL Y PEDIÁTRICA	
Neonatología (y recién nacidos de alto riesgo)	16 países + EFCNI UE: SER, DE, EL, FI, FR, HR, HU, IE, IT, NL, PT, RO, SE, SI; EEE/AELC: CH
PROGRESO TÉCNICO	
SALUD DIGITAL	
E-salud y tecnologías digitales	16 países + EFCNI, EMA UE: AT, BE, BG, DE, EL, FI, IE, IT, LV, MT, PL, PT, RO, SI; EEE/AELC: CH, NO

AVANCES	REFLEJADO EN CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN ≥ 16 PAÍSES
AVANCES CIENTÍFICOS	
MÉTODOS DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN EN PARTERÍA	
Práctica e investigación basadas en la evidencia	18 países + EFCNI, EFNMA, EMA UE: DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, IE, IT, LT, LU, LV, NL, SE, SI; EEE/AELC: IS, NO
Inter/multidisciplinar	17 países + EFCNI, EMA, ICM UE: SER, DE, DK, EE, EL, ES, FI, IE, IT, LU, LV, NL, PL, SE, SI; EEE/AELC: NO
GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN	
Salud y derechos sexuales y reproductivos	18 países UE: AT, CZ, DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, HU, IE, IT, LU, NL, PL, PT, SE; EEE/AELC: NO
OBSTETRÍCIA Y PARTO	
Obstetrícia	18 países UE: AT, BE, CZ, DE, DK, EE, EL, ES, FR, IT, LT, LU, LV, NL, PL, PT, SE; EEE/AELC: NO



	REFLEJADO EN LOS ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ≥ 16 PAÍSES	REFLEJADO EN CONOCIMIENTO Y HABILIDADES ≥ 16 PAÍSES
AVANCES CIENTÍFICOS	ATENCIÓN INTEGRAL DE PARTERÍA	
	▪ Salud mental (17 países)	▪ Ninguno
	▪ Atención respetuosa y a necesidades especiales (17 países)	
	PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD	
	▪ Salud pública (16 países)	▪ Ninguno
	MÉTODOS DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN EN PARTERÍA	
	▪ Práctica e investigación basadas en datos empíricos (21 países)	▪ Práctica e investigación basadas en datos empíricos (18 países)
	▪ Inter/multidisciplinario y soft skills (20 países)	▪ Inter/multidisciplinarios y suaves (17 países)
	GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN	
	▪ Atención ginecológica (18 países)	▪ Salud y derechos sexuales y reproductivos (18 países)
	▪ Salud y derechos sexuales y reproductivos (20 países)	
	OBSTETRICIA Y PARTO	
	▪ Obstetricia (20 países)	▪ Obstetricia (18 países)
SALUD NEONATAL Y PEDIÁTRICA		
▪ Neonatología (y recién nacidos de alto riesgo) (16 países)	▪ Ninguno	
Técnico	SALUD DIGITAL	
Avances	▪ E-Salud y tecnologías digitales (16 países)	▪ Ninguno

CONCLUSIONES PRELIMINARES CON ARREGLO A LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE LA DIRECTIVA 36/2005

LOS AVANCES SE REFLEJAN EN LOS ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN, CONOCIMIENTOS Y APTITUDES ≥ 16 PAÍSES	
CONTEMPLADOS EN LA DIRECTIVA	NO CONTEMPLADO EN LA DIRECTIVA
<p>Avances científicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salud mental (programa de formación de 17 países) <i>Más énfasis necesario</i> ▪ Atención respetuosa y a las necesidades especiales (programa de formación de 17 países) <i>Se necesita más énfasis</i> ▪ Salud pública (programa de formación de 16 países) <i>Es necesario hacer más hincapié</i> ▪ Prácticas e investigaciones basadas en datos empíricos (programa de formación de 21 países y conocimientos y competencias de 18 países) <i>Es necesario hacer más hincapié en ello</i> ▪ Habilidades inter/multidisciplinarias y blandas (programa de formación de 20 países y conocimientos y habilidades de 17 países) <i>Se necesita más énfasis</i> ▪ Atención ginecológica (programa de formación de 18 países) <i>Suficientemente cubierto</i> ▪ Salud y derechos sexuales y reproductivos (programa de capacitación de 20 países y conocimientos y aptitudes de 18 países) <i>Es necesario hacer más hincapié</i> ▪ Obstetricia (reflejada en los elementos del programa de formación de 20 países y en los conocimientos y aptitudes de 18 países) <i>Suficientemente cubierta</i> <p>Neonatología (y recién nacidos de alto riesgo) (programa de capacitación de 16 países). <i>Más énfasis</i></p>	<p>Avances técnicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ E-Salud y tecnologías digitales (programa de formación de 16 países) <i>No cubierto</i>



PROPUESTA DE MODIFICACIÓN DE LA DIRECTIVA 36/2005

MODIFICAR	PROPUESTA	JUSTIFICACIÓN
<p>Modelo formativo</p>	<p>1- Grado, independiente de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurar la formación y la categoría académica necesaria para incorporarse a esta actividad profesional. ▪ Consolidar la autonomía de la profesión de matrona.
	<p>2 - Doble grado, independiente de enfermería</p>	
<p>Reforzar y añadir la adquisición de Competencias en las materias descritas actualmente en la Directiva 36/2005</p>	<p>Prescripción Salud digital Menopausia Sexualidad Anticoncepción Consejo genético Salud mental perinatal Sutura perineal Ecografía Analgesia Obstétrica</p>	<p>Garantizar que el perfil competencial de una matrona es el idóneo para cuidar de la salud sexual, reproductiva y afectiva de las mujeres, a lo largo de toda su vida.</p>

Entre diciembre de 2024 y enero de 2025, Spark concluirá este encargo de la Comisión Europea con el informe y se iniciarían los trámites de modificación de la Directiva 36/2005, si procede.

ESTUDIO HANDIGYNÉCO EN LA PRÁCTICA: INTERVENCIÓN DE MATRONAS



Foto: SES

Fruto de varios años de estudios y experimentos realizados por la Agencia Regional de Salud de Ile-de-France y el SAPPH de VYV³ Île-de-France (Servicio de Apoyo a la Crianza de Personas con Discapacidad), el Enfoque Handigynéco tiene como objetivo mejorar el seguimiento ginecológico de las mujeres con discapacidad, promover el respeto a la vida afectiva y sexual (VAS) y prevenir la violencia contra la mujer (VFF) en los establecimientos médico-sociales.

Comenzó en Ile-de-France en 2022 y continuará hasta 2026, con el apoyo de VYV³ Île-de-France. Su despliegue nacional está en marcha ha comenzado en Normandía y Bretaña.

Las beneficiarias del enfoque

El 66% de las mujeres con discapacidad alojadas en establecimientos médico-sociales no se benefician de un seguimiento ginecológico periódico. El 26% de ellas nunca se ha hecho un frotis y el 85% nunca se ha hecho una mamografía.

Para ellas, el Enfoque Handigynéco fue diseñado y se aplica en todos los establecimientos médico-sociales (ESMS) de Isla de Francia (FAM, MAS, etc.) para adultas con discapacidad y profesionales que los acompañan.

Los objetivos

- Prevenir y detectar patologías ginecológicas
- Realizar prevención individual y colectiva colectiva en salud ginecológica, reproductiva y sexual.
- Asesorar y orientar sobre anticoncepción, paternidad, etc.
- Detectar la violencia y apoyar a las afectadas
- Sensibilizar sobre la vida emocional, relacio-

nal y sexual y prevenir la violencia contra las mujeres.

Puesta en marcha del sistema

El Enfoque Handigynéco funciona gracias al compromiso voluntario de las matronas liberales de Ile-de-France. Estas son solicitadas por el equipo de coordinación de Approach (una matrona de referencia y un responsable de proyecto) y contribuyen a mejorar el acceso a la atención de las personas con discapacidad a través de acciones de “promoción” en los establecimientos médico-sociales.

Siguen un curso de formación de tres días de duración, destacando el desarrollo de la capacidad de acción y el “asesoramiento” para establecer una relación de confianza a largo plazo con las personas interesadas. Están equipados con un amplio repertorio de recursos que les permitirán adaptar sus respuestas a los problemas encontrados en el campo, a las diversas solicitudes de residentes y profesionales, y apoyar a personas con expectativas o necesidades específicas en su camino de atención o consideración de sus peticiones.

Cada matrona trabaja en aproximadamente 3 establecimientos para brindar seguimiento ginecológico anual a un promedio de 35 mujeres con discapacidad. Realizan largas consultas individuales (una hora) para prevención en salud reproductiva y sexual.

Participan en el cribado de cáncer de mama y de cuello uterino y contribuyen a la detección de la violencia sufrida.

También realizan talleres para crear conciencia sobre la Vida Emocional y Sexual (VAS) y la prevención de la Violencia Contra las Mujeres (VCM).

Estos talleres están destinados a residentes, mujeres y hombres, y profesionales de los establecimientos. Deben promover el respeto por los derechos y libertades de las personas con discapacidad y equipar a los cuidadores en sus prácticas diarias. Tienen una duración de entre una hora y tres horas en grupos de 5 a 15 personas. Todas las acciones son coordinadas a nivel regional por el equipo de coordinación de Handigynéco con el apoyo de los socios del proyecto.

Capacitación

La formación tiene como objetivo permitir a las parteras adquirir nuevas habilidades profesionales (conocimientos teóricos, habilidades interpersonales y know-how) para intervenir con mujeres con discapacidad para su seguimiento ginecológico con fines de prevención y detección, durante toda su vida.

Se lleva a cabo durante 3 días y está dirigido por una pareja de psicóloga y matrona.

El primer día le permitirá descubrir el contexto y los resultados de experimentos anteriores que condujeron al despliegue del enfoque.

Los diferentes tipos de discapacidad serán presentados por especialistas de cada ámbito y por testimonios de personas interesadas.

El segundo día es una aplicación práctica utilizando el enfoque de asesoramiento con consultas y situaciones de facilitación de grupos.

La última jornada está destinada al networking con los diferentes recursos del territorio. Al finalizar la formación, las matronas tendrán acceso a una plataforma que enumera las diferentes herramientas y recursos actualizados con cada nueva sesión.

Esta formación permite no sólo consolidar conocimientos sino más ampliamente modificar las prácticas profesionales en beneficio de todas las personas.

Acceso al estudio completo:

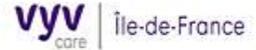
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/handi-gyneco-etude-2017.pdf>

Fuente: Agence Régionale de la Santé Île de France



ESTUDIO HANDIGYNECO

Diagnóstico del sector de atención ginecológica y obstétrica que acoge a mujeres con discapacidad en Ile de Francia



D. Candilis, psychologue ; N. Clément- Rouquette, représentante des usagers; H. Cohen, gynécologue-obstétricien, IMM ; M. Couderc, médecin; C. Gauthier, sage-femme, URPS ; L. Le Coat, délégation départementale de Paris; J. Nizard, gynécologue-obstétricien, Pitié-Salpêtrière ; F. Perrotte, sage-femme; M. Sassier, VYV Care IDF; et C. Rey-Quinio, médecin, ARS Ile-de-France

Contexto/Objetivos

El acceso a la atención de las personas con discapacidad es un derecho afirmado por la ley del 11 de febrero de 2005. En general, los distintos informes señalan dificultades o incluso falta de acceso a la atención primaria para las personas con discapacidad, de todas las edades y de todas las discapacidades. Este es particularmente el caso del seguimiento ginecológico de las mujeres con discapacidad a lo largo de su vida. En este contexto, el objetivo del estudio Handi-Gynéco-IDF, realizado entre junio de 2016 y enero de 2017, fue realizar un diagnóstico territorial del sector de atención ginecológica y obstétrica a las mujeres con discapacidad, todas las discapacidades combinadas, que viven en Ile-de-France. Para ello se realizó un censo:

1. de la oferta de derecho común dedicada a la atención ginecológica-obstétrica
2. de las necesidades de las mujeres con discapacidad y de los profesionales de la salud
3. de los problemas de acceso a la atención ginecológica y obstétrica de las mujeres con discapacidades



Metodología



Se utilizaron tres tipos de herramientas para la recopilación de datos:
 Cuestionarios para datos cuantitativos
 Entrevistas individuales y grupos focales para datos cualitativos

Resultados

¿QUÉ PRIORIDADES para las mujeres o sus cuidadores y profesionales de la salud?

- Locales accesibles y equipamiento adaptado (72%)
- Formación de profesionales en discapacidad (76%)
- Herramientas de coordinación
- Directorio de profesionales y establecimientos (68%)
- Creación de una red de discapacidad
- Colaboración sanitaria y médico-social
- Aumento de la asignación de PH (75%)
- Información sobre detección/prevención (56%)

Principales obstáculos para el acceso a la atención identificados:

- Falta de soluciones de transporte.
- Falta de coordinación entre el sector sanitario y el sector médico-social. Falta de anticipación de la atención institucional.
- Falta de claridad en la oferta de atención.
- Representaciones sobre la discapacidad de los profesionales.



NECESIDADES IDENTIFICADAS DE LAS MUJERES:

Respondieron al cuestionario 1.080 mujeres con discapacidad: 58% tienen entre 40 y 59 años. Discapacidad motora (34%) y psicológica (21%). Sólo el 58% tiene seguimiento ginecológico periódico* (y el 50% si no tienen un diploma de educación superior. 25,9% de las mujeres nunca se ha realizado un frotis** (>20 años) 85,7% nunca se ha realizado una mamografía***. Por otro lado, el 85% dice no tener dificultad para acceder a anticonceptivos. Entre las 310 mujeres que tuvieron un embarazo, el 49% (15/31) dijo haber encontrado dificultades dada su discapacidad (comunicación, entrenamiento personal); pero la preparación al parto fue beneficiosa para el 74,2%. La experiencia de hospitalización en gineco-obstetricia-oncología (138 mujeres) fue traumática, debido a problemas de comunicación. Urgencias gineco-obstétricas con dificultades especiales para el 74% de las mujeres (excepto problemas de comunicación con el personal) (227 mujeres afectadas): aislamiento

*seguido por el 77% de las mujeres en Ile de France (Congreso Nacional de Observatorios Regionales de Salud 2008) ** Ausencia de citología en el 40% de las mujeres afectadas por el cribado en 2015 (Inca) *** Ausencia de mamografía en el 85% de las mujeres afectadas mediante cribado (Inves 2015)

Perspectivas y Conclusión

Este estudio permitió realizar un inventario de los servicios ginecológicos y obstétricos existentes permitiendo asegurar el seguimiento ginecológico de las mujeres con discapacidad. Un mapa resultado de este trabajo ya está disponible para usuarios y profesionales. Las áreas de mejora propuestas por el Comité Científico apuntaron a las prioridades identificadas por las mujeres y los profesionales de la salud con un objetivo previo: PROMOVER LA "TRIPLE ACCESIBILIDAD". La constatación de una oferta asistencial limitada y de un acceso a menudo difícil para una población polivalente en términos de discapacidad exige la aparición de nuevas soluciones.

A partir de las recomendaciones del comité científico, el estudio Handigynéco en Pratique experimenta con la intervención de matronas en centros médicos, establecimientos sociales para:
 acciones de prevención/detección dirigidas a mujeres con discapacidad acciones de información sobre la vida emocional y sexual y la violencia contra las mujeres en forma de talleres colectivos para todos los usuarios y profesionales del ESTMS
 Estudio implementado en 5 departamentos de Ile-de-France (75- 77-78-92 y 93). Resultados esperados para junio de 2020.

Sources documentaires : Rapports Piveteau, Pascal Jacob



Favorecer una TRIPLE ACCESIBILIDAD

Locales y materiales adaptados
 Personal formado
 Cuidados adaptados

EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES) PONE A DISPOSICIÓN DE LAS MATRONAS UNA NUEVA FUNCIONALIDAD DEL E-DIÁLOGO



Foto: SES

Optimizará la atención en general y la continuidad de los cuidados en particular, redundando en una asistencia de mayor calidad en el área materno-infantil.

El Servicio Extremeño de Salud (SES) pone a disposición de los profesionales un nuevo recurso en el sistema informático JARA, que permitirá la "comunicación bidireccional efectiva" entre las matronas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria con las enfermeras de Atención Primaria, y que estará disponible desde el 27 de septiembre de 2024

En concreto, este nuevo recurso, se suma al ya existente desde enero de 2024, que permitió que, "por primera vez, pudieran comunicarse y coordinarse los profesionales enfermeros de Atención Primaria y ámbito hospitalario, a través del sistema de información JARA Asistencial" y que posteriormente, en marzo de 2024, se habilitó también para el ámbito de atención primaria, salud mental y cuidados paliativos.

Ello contribuirá a optimizar la atención en general y la continuidad de los cuidados en particular, lo que redundará en una asistencia de mayor calidad en el área materno-infantil, según explica la Junta de Extremadura en una nota de prensa. Con ella, el personal de enfermería de la consulta de atención primaria, ya sea desde centros de salud o consultorios locales, podrá comunicarse con el de consultas del ámbito hospitalario, a través de JARA, independientemente del área de salud en el que se encuentren.

Al calor de la introducción de este nuevo recurso, el SES ha reiterado su "voluntad y compromiso" de actualizar los recursos disponibles para que los profesionales, en este caso de la enfermería, puedan ofrecer la mejor atención posible a la población.

Fuente : SALUD EXTREMADURA SES

ENTRENAMIENTO DE MATRONAS EN BADAJOZ CON SIMULADOR DE PARTOS



El área de docencia incrementa con este dispositivo las horas de prácticas y, de forma especial, su calidad.

Recientemente se ha incorporado un moderno y nuevo simulador de partos al área de formación del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz. Matronas de Cáceres, Mérida y Badajoz ya han iniciado su formación en distintos supuestos de alumbramientos. El nuevo dispositivo está compuesto por un maniquí de una gestante, un feto con peso real y una tablet en la que se monitoriza todo el trabajo que se está desarrollando.

Araceli Cabello, jefa de estudios de la unidad docente de matronas del Servicio Extremeño de Salud (SES) y una de las responsables de esta nueva adquisición, aplaude el cambio de los viejos simuladores por este moderno sistema que permite medir la presión de tracción en el parto, ver las posibilidades de distintos partos y también, entrenar en diferentes posiciones en la mujer: sentadas, en la silla de partos o de pie.

La Sra. Cabello, afirma que, gracias a este nuevo sistema de formación, el número de horas se han aumentado, pero lo que realmente *“aumenta más son las horas de calidad”*.

Ya tenían desarrollado un calendario de talleres dedicados a emergencias obstétricas y para partos normales, aunque con ciertas carencias que los convertían en más teóricos que prácticos, lo que a partir de ahora se solventa ya que el modelo nuevo permite recrear las situaciones del parto al 100%.

Así por ejemplo permite la medición por tiempo de cada uno de los pasos seguidos en las maniobras para ayudar a alumbrar a un feto, dada la importancia vital del tiempo en estos momentos.

Otro de los diferenciales con respecto a los sistemas anteriores es la monitorización de la presión que se ejerce sobre el feto por parte de la matrona durante un parto, lo que conlleva la

facilidad de la ejecución práctica de las matronas en su asistencia profesional futura.

Su utilidad se amplía a entrenar diversas situaciones de emergencias un parto de nalgas, una distocia de hombros, un prolapso de cordón y muchas otras situaciones más que, a pesar de su infrecuencia suceden, y deben resolverse con pericia y rapidez.

De otro lado, es un elemento esencial para un reciclaje, especialmente interesante para que médicos de Atención Primaria de zonas rurales puedan formarse con este simulador, dado que se pueden enfrentarse a situaciones de parto urgentes imposibles de derivar al hospital.

De igual manera es útil en la actualización y reciclaje de los profesionales de la obstetricia y la ginecología al hilo de los cambios de la evidencia científica y las técnicas obstétricas.

Fuente : La Crónica de Badajoz

TIEMPOS DE OBEDIENCIA Y SILENCIO

Autora: Esther Nieto Blanco
Editorial EL DESVELO.

Aunque no es un texto específicamente centrado en las matronas, habla de una temprana institución de formación de enfermeras, en un hospital que fue pionero en Europa desde el momento de su fundación en (1929): el hospital “Marqués de Valdecilla” en Santander (Cantabria).

La Escuela de Enfermería responde al modelo inglés acuñado por Florence Nightingale en el hospital *Saint Thomas* de Londres en torno a 1850.

Cuatro ideas recorrían inicialmente su sistema nervioso: que fuera laica (lejos tanto de la vocación religiosa como del voluntarismo social), que fuera exigente (proceso de selección muy duro), que fuera profunda (tres años de formación en régimen de internado) y que fuera amplia (rotación por todos los Servicios hospitalarios), en suma, profesional, excelente y completa. La Escuela de Enfermería fue reconocida oficialmente por Orden de 20 de junio de 1932 y ratificada por Orden de 12 de agosto de 1940, adscribiéndose a la Facultad de Medicina del Distrito Universitario de Valladolid.

Este centro de formación avanzada en el que se formaron, además de reputadas enfermeras, contó con un importante desarrollo de las especialidades enfermeras, siendo que la de Matrona se desarrolló ininterrumpidamente desde el desarrollo de las especialidades enfermeras a partir de 1957 hasta 1977, lo que supuso la reconversión de los estudios de Matrona, como carrera independiente hasta aquella fecha, a su obligada integración de estos en el nuevo plan de formación, como especialización en Enfermería. hasta el cierre, como en todo el país de las Escuelas en 1987.



Posteriormente se reanudó la formación de Matrona, ya como enfermera especialista, bajo el nuevo plan formativo en 2005.

El texto relata de forma novelada la experiencia de aprendizaje, académica y vital, de un grupo de alumnas de la Escuela de Enfermeras de la Casa Salud Valdecilla de Santander, de 1968 a 1971.

Para su recreación, la autora ha contado con las voces, los recuerdos y la memoria de una parte de aquellas alumnas, entre las que se encuentra. Son los testimonios de sus vivencias y experiencias los que conforman el fondo de la ficción. Es por tanto un relato coral de historias reales noveladas, documentadas que se desarrollan durante la dictadura, en una ciudad de provincia, en un hospital de renombre y en un internado exclusivamente femenino.

Cinco alumnas de distinta procedencia geográfica relatan en primera persona una breve historia de sus vidas hasta la noche anterior a su entrada en la Escuela y en la que pasarán internas los tres años siguientes.

El relato adopta un desarrollo cronológico académico y experiencial, siguiendo las estaciones del año.

Los acontecimientos que se suceden están relatados por dos de las alumnas, cuyas semblanzas ya conoce el lector. Una y otra, entrelazan sus diferentes vivencias formativas, emocionales y sociales, fruto de la interacción con otros personajes, bien del hospital (enfermos, profesores, médicos, religiosas, compañeras, etc.) o bien de fuera, y que poco a poco van poblando sus vidas.

La Residencia, en la que viven, y las Hermanas de la Caridad, responsables de la organización de su formación, la ciudad, la época histórica, social y política, conforman el particular contexto en el que el relato se desarrolla.

Las anécdotas, conversaciones y deliberaciones entre las protagonistas, además de las cartas a familiares y amigos son los recursos literarios empleados para reflejar los deseos, emociones, represiones o frustraciones de unas estudiantes, cuyas condiciones de aprendizaje eran muy diferentes a las de las estudiantes de otras carreras profesionales y a las de los alumnos masculinos.

**Sobre la autora:**

Esther Nieto Blanco, natural de Santander, nacida en 1951 y alumna de la Escuela Casa Salud Valdecilla en los años del relato: de 1968 a 1971.

Ha ejercido como ATS desde 1971 hasta 1983, y como Diplomada en enfermería desde 1983 hasta el 2018, año de su jubilación; tanto en diferentes servicios de hospitalización de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, como en Atención Primaria.

Fue profesora de la Escuela de Enfermería de San Juan de Dios de Ciempozuelos, Madrid, entre los años 1988 y 1990.

“TU CAMBIO ES TUYO (GUÍA PARA DISFRUTAR DE LA MADUREZ SIN RENDIR CUENTAS)”

Autora: Sylvia de Béjar

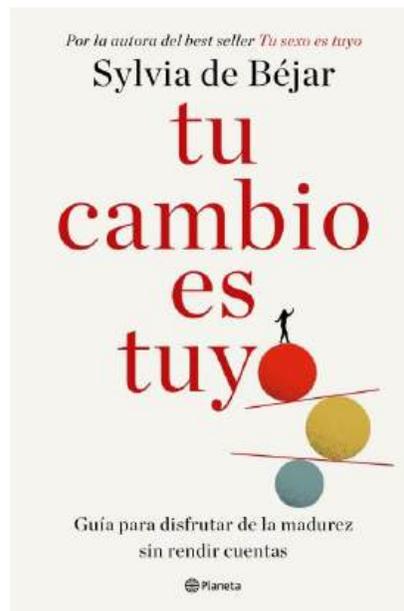
La autora también lo es de “Tu sexo es tuyo”, el manual de sexualidad más vendido en España (supera los 300.000 ejemplares) y que ahora está revisando. Además de escritora es Psychosexual Somatics® Practitioner, Certified Professional Sex Coach, Máster Practitioner en Programación Neurolingüística y tiene formación en Mindfulness a Intervención Breve Estratégica.

Superar los 45 y transitar los 50 conlleva mudar de piel. Y eso asusta. Sin embargo, hay que acabar, de una vez por todas, con esa idea de que cumplir años es lo peor de lo peor: una maldición. No lo es. Y romper el silencio y hablar de ello, también de la menopausia —algo natural y temporal, ¡no una condena de por vida!—, es fundamental. Y de esto va este libro, práctico, ameno y optimista, cuyo objetivo es desmontar las falsas creencias en torno a este momento vital, animar a la lectora a enfocar en lo positivo —que es mucho—, e incitarle a hacer los reajustes necesarios para disfrutar de su vida ¡sin rendir cuentas!

La obra está dividida en tres partes.

La primera (No es como te lo han contado) cuestiona las falsas creencias en torno a lo que implica hacerse mayor y repasa los acontecimientos que pueden estar dándose ¡y a la vez!: cambios de roles, crisis existenciales, reajustes o rupturas emocionales, dificultades laborales, hijos que se van, cuidado de los mayores... además, por supuesto, de los cambios biológicos. Termina con un ejercicio que sirve de faro para que este tránsito vaya en la dirección más adecuada.

La segunda (Ahora te toca a ti) se centra en ayudarla a priorizarse e incluye numerosas estrategias para lograr darse su sitio: aprender a serse amable, algo que les suele costar mucho a las mujeres, vigilar el diálogo interior negativo, desprenderse de la culpa, perdonar y perdonarse, poner límites, soltar lastres, incluidos todos esos debería que nos coartan... Con una propuesta final de revisión de los puntos claves



de la propia vida que le permita crear un plan de acción.

La tercera (Mi cuerpo no me sigue) tiene tres apartados: Menopausia sin miedo, con explicaciones de qué puede esperar y consejos a fin de vivirla sin agobios (la principal: apoyarse en profesionales sanitarias, como las matronas y no en consejos de amigas o influencers que hacen negocio); Placer sin reglas, que desmonta la falsa creencia de que la sexualidad adulta no existe e incluye ejercicios para recuperar la libido y potenciar las sensaciones y el placer sexual; y enfrentarse al espejo, sobre la aceptación de la propia imagen.

Para leer la introducción entra en: https://proassetspdl.com/cdnstatics2.com/usuarios/libros_contenido/arxiu/57/56686_1_Tucambioestuyo_1-28.pdf

Y si te interesan los capítulos que hablan de la menopausia y de sexualidad hazlo en:

https://proassets.planetadelibros.com/pdf/6c88ee7d-c7b3-4631-a48b-7102e522869e-Fragmentos_T_tucambioestuyo_bueno.pdf

**PARTEROS Y PARTERAS FAMOSAS,
APUNTES BIOGRÁFICOS,
G.J.A. WitKowski (1891)
(Continuación)**



A principios del siglo XV, Perette, ventrière (partera) jurada de París, esposa de Thomas de Rouen, fue condenada por brujería; gracias a su reputación como partera, obtuvo la condonación de parte de su condena y sólo estuvo expuesta a la picota.

Las cartas de perdón concedidas por Carlos VI el 17 de mayo de 1408 se encuentran en el Archivo Nacional y tienen el título: "Remissio pro Perreta uxore Thome de Rothomago".

"Charles, etc., sabemos cómo hacer por todos los presentes y futuros, habiendo recibido la humilde súplica de Perette, esposa de Thomas de Rouen, que contenía aquella declaración que explicaba como (hacia algún tiempo) había iniciado en ser ventrière y recibir niños para ayudar a las necesidades de la vida de su dicho marido, de ella y de quince hijos que tuvieron en su matrimonio, ninguno de los cuales vive, cuyo oficio es este. La suplicante ha obrado y ejercido bien y fielmente durante veinte años o más, y durante mucho tiempo ha sido ventrière (partera) jurada de nuestra ciudad de París, sin queja alguna, y por su lealtad, diligencia e industria ha adquirido el amor y favor de varias mujeres nobles, burguesas y otras; y fue así que cerca de San Juan Bautista recientemente pasado, una mujer llamada Jehanne Chantre, apodada la Boudière, a quien la dicha Perrette conocía por haberle asistido el parto de tres hijos, se presentó ante la dicha Perrette, y le dijo que si pudiera procurarle un niño muerto, le pagaría todo lo que le debía por haber asistido el nacimiento de sus hijos, y le daría diez escudos: ella respondió que no podía procurárselo; pero la dicha Boudière le decía que un gran señor de Francia estaba tan mesel (leproso) que no se atrevía a dejarse ver en la Corte y había encontrado un remedio médico que prometía curarlo, si contaba con un mortinato, y si Perrette se lo encontraba, ella podía pagarle, le daría diez

escudos, y si dicho señor podía disponer de él, la haría una mujer tan rica que nunca tendría que volver al trabajo de recibir niños. Y estas cosas comentó Perrette a una mujer llamada Katherine la Petionne, con quien Boudière había hablado previamente, diciéndole que si tenía algún niño muerto que lo llevara a su casa. Y por esta razón, la dicha Boudière todos los días, o al menos muy a menudo, y durante el espacio de dos meses aproximadamente, acudía a la dicha Perrette para saber si el mencionado niño muerto había llegado a sus manos y la dicha Perrette, por aburrimiento, dijo a la dicha Boudière que no podría, ni sabría cómo agenciarse el niño muerto, y se descargó del encargo.

Y a partir de ahí, al cabo de seis semanas más o menos, la dicha Katherine fue al encuentro de Perrette, y en su bolso, le trajo un niño nacido muerto de aproximadamente la longitud de la palma de la mano, que mostró a la dicha Perrette, y le dijo que lo conservará hasta que Boudière fuera a buscarlo y partió. Y poco después, la dicha Boudière se acercó a la dicha Perrette, y le preguntó si la dicha Catalina le había traído el citado niño muerto a lo que esta respondió que sí, y se lo mostró; y así la dicha Boudière se fue diciendo que tenía que decírselo a quienes la habían hecho el encargo.

Y al día siguiente, la dicha Katherine retorna ante la dicha Perrette, y le dijo que no sabía qué querían hacer sus gentes con dicho niño nacido muerto, y que siguiendo su consejo no se lo entregarían, sino que lo enterrarían, a lo que Perrette respondió a la dicha Katherine que le parecía bien, y por eso ambas fueron a enterrarlo al campo, y ese mismo día, la dicha Boudière abordó a Perrette, y le preguntó por el dicho muerto, a lo que la citada Perrette respondió que ella y la dicha Katherine lo habían enterrado en los campos, por lo que la dicha Boudière se puso muy encolerizada, diciendo a Perrette que la conside-



deraba una charlatana y una mentirosa, y la amenazó, diciéndole que había hecho mal y que se arrepentiría de ello; a pesar de lo cual rogó a la dicha Perrette que fuera con ella ante quienes la habían hecho el encargo, para que la ayudara a disculparse ante ellos; a lo que Perrette accedió, y con la dicha Boudière fueron a la rue de Rosiers, a un alojamiento donde se encontraron a un hombre corpulento y gordo, vestido de gris, y a otro hombre menos alto, también vestido de gris, y a otro vestido de negro, a quienes ella no conocía, y a quien la dicha Boudière les dijo que la dichas Perrette y Katherine habían enterrado al niño nacido muerto en el campo, lo que puso muy furiosos a los dichos tres hombres y directamente amenazaron a la dicha Perrette con causarle dolor y daño; no obstante el dicho gran hombre vestido de gris, que después la dicha Perrette oyó nombrar como Guiselin de Rebesnes, rogó y pidió a la dicha Perrette que le entregara a ese niño, y le juró y afirmó que no era para ninguna mala acción, sino que sólo lo utilizarían como unguento, y con ello sería ungido el rostro del señor que era leproso, y con ello, su costra se caería de su rostro, y un poco más tarde, regresarían y devolverían a dicho niño a la dicha Perrette para enterrarlo. Y por esto, la dicha Perrette, que es una mujer sencilla, acompañada de un joven ayuda de cámara de dicho albergue, fue a desenterrar al dicho niño, y lo llevó a dicho albergue, y se lo entregó al hombre vestido de negro que decía ser el médico, presentes el dicho Guiselin, el otro hombre vestido de gris, y la dicha Boudière que entró en una de las habitaciones de dicho albergue, y trajo un bata forrada que rogó a la dicha Perrette aceptara como recompensa y que esta no quiso aceptar, pero la dicha Boudière dijo y afirmó que la tomara al menos como recuerdo; y por esto la citada Perrette la tomó y se la llevó a su casa y de ahí a tres días después la dicha Boudière le llevó dos francos que dio a la dicha Perrette y la arrebató la citada bata. Todo lo cual se hizo y se ha hecho por engaño del dicho Tomás de Rouen, y como llegó a conocimiento de la justicia que el dicho Guiselin y sus cómplices, quisieron hacer hechicería u otros maleficios con el con el niño muerto, el citado Guiselin y varios otros fue-

ron arrestados por dicho caso, y encarcelados en el Chatellet de París, entre los cuales, la dicha Perrette de Rouen, por espacio de seis semanas, aproximadamente, por dicho caso, fue hecha prisionera en el Chatellet, sufriendo gran miedo y miseria; y finalmente, por sentencia de nuestro preboste de París, la dicha Perrette, con la citada Catalina, fueron condenadas a la picota, y privadas de dicho oficio de ventriere, sentencia que fue ejecutada en lo que respecta a la picota, y, por esto, lo dicha Perrette fue liberada de prisión porque, ella y su dicho marido están en camino de gastar el resto de sus vidas en gran oprobio y deshonra, y en muy grande pobreza y miseria, e incluso como el dicho Tomás, que es un anciano, un juglar, de ahora en adelante, poco o nada puede ganar con su profesión, y, por ello le convendría huir y salir de este país del que son nacidos, de nuestra gracia y misericordia pedir humildemente que les sea brindado nuestro favor, y podamos proveer para ellos. Por lo que nosotros, considerando estas cosas, preferimos la misericordia al rigor de la justicia y ya que la dicha Perrette, durante todo su tiempo, fue una mujer honrada, de buena vida, de renombre y de honesta conversación, sin que por nada haya sido reprobada, vituperada, o sospechosa de cualquier blasfemia o reproche y que ella había hecho o cometido las cosas antes dichas más por ingenuidad e ignorancia que por malicia, atendiendo también que en este hecho no ha habido parte perjudicada, solamente la justicia y que la dicha Perrette tanto por su detención en larga prisión como por el dolor y la vergüenza de la picota ha sido y es grandemente castigada y que su servicio, oficio o industria es bien necesario para los asuntos públicos y que muchas mujeres embarazadas se confían totalmente a su ciencia y diligencia y de día en día vienen a requerir para la asistencia al nacimiento de sus hijos a esta Perrette de Rouen, caso arriba dicho, con nuestra especial gracia y autoridad real, hemos renunciado, remitido y perdonado, y, por tenor de estos presentes, rectificamos y perdonamos el hecho, caso, ofensa, anteriormente dichos, con la pena de su dicho cargo, y le restituimos su buen nombre y reputación y la rehabilitamos en su cargo de ventrière, sin ser jurada, y sus bienes no con-



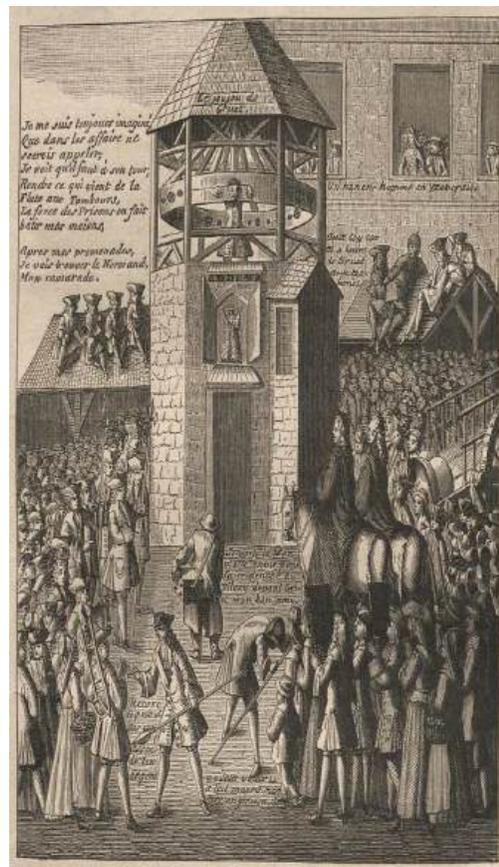
fiscados, satisfacción hecha a la parte civil si alguna hubiera y el hecho es que no la hay. Si nosotros damos a nuestro preboste de París, y a todos nuestros demás jueces y oficiales, o a sus lugartenientes presentes y futuros, y a cada uno de ellos, a ellos corresponde, el de nuestra presente gracia, remisión, perdón y rehabilitación, afrontar, y dejar que la dicha Perrette ejerza de forma sencilla y pacíficamente; permitiendo que se entregue en adelante, en cuerpo, en bienes, en el ejercicio de dicha profesión u oficio, sin ningún obstáculo que lo impida; lo que se hizo fue, solicitar inmediatamente, y sin dilación, la plena liberación, y la imposición de silencio perpetuo a nuestro fiscal.

Y para que sea firme y estable en todo momento, hemos puesto nuestro sello a estos presentes; excepto en otras cosas nuestro derecho, y los demás en todas. Dado en París, el día XVII de mayo del año de Nuestro Señor, MDCCCXCVIII y ocho, y de nuestro reinado el XXVII.

“Por el rey en relación con el consejo

CHARRON”

Perrette murió poco después de su rehabilitación, en 1411, en la calle Aubry-le-Boucher y fue enterrada en Charniers des Innocents.



La picota del mercado (1).

(1) En el centro de la torre había un círculo móvil de hierro perforado con agujeros por donde pasaban las cabezas y los brazos de los condenados, que estaban allí expuestos durante tres días consecutivos de mercado. De media en media hora se les hacía girar en la picota, para mostrarlos mejor al pueblo. — El grabado de la picota que incluimos es muy posterior a la época de Perrette, pero el edificio de la sala era muy antiguo y este era el modo tradicional de exposición.



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.





RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

Pendiente de fechas

1.-JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

Hoy en día la matrona debe estar preparada, para poder asumir los cambios que se están produciendo en las técnicas y métodos de trabajo en el suelo pélvico, ya que las disfunciones de éste suponen un porcentaje muy elevado de las consultas que tienen esos profesionales en su trabajo diario.

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

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

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

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

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

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

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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



2) Dar a conocer la importancia que tiene la matrona de Atención Primaria en el mantenimiento, diagnóstico de patologías, recuperación, tratamiento del suelo pélvico femenino, y si procede, derivación al servicio correspondiente.

3) Aprender cómo quitar las tensiones, los dolores y los desequilibrios posturales que afecten a la estática pelviana, mejorando la manera de gestionar las presiones toraco-abdominales, causantes de una gran mayoría de las disfunciones del suelo pélvico.

4) Aprender el uso de las diferentes técnicas de trabajo para la mejora del suelo pélvico: Propiocepción, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, método Matropelvic®

3.-CONTENIDOS

Todo el material se trabajará mediante clases teóricas y prácticas, en las que desde el dibujo y localización de las estructuras anatómicas, los vídeos, la valoración corporal y perineal por parejas, las técnicas de roll-playing y el uso de los diferentes métodos de trabajo sobre el propio cuerpo, ayudarán al profesional a iniciarse en el descubrimiento del suelo pélvico.

1.- Introducción, objetivos y metodología del trabajo con el suelo pélvico. Revisión histórica del periné.

2.- Bases anatómicas del suelo pélvico:

- 2.1.- Pelvis ósea
- 2.2.- Planos musculares
- 2.3.- Tipos de fibras musculares del suelo pélvico
- 2.4.- Órganos pélvicos
- 2.5.- Inervación del periné
- 2.6.- Músculos relacionados con el suelo pélvico
- 2.7.- Los tres diafragmas
- 2.8.- Cincha abdomino-perineal
- 2.9.- La respiración abdomino-perineal

3.- Bases fisiológicas del tracto urinario inferior:

- 3.1.- La micción
- 3.2.- Incontinencias urinarias: Tipos, diagnóstico y tratamiento
- 3.3.- La importancia del diario miccional para el diagnóstico de las IU

4.- Bases fisiológicas del tracto digestivo inferior:

- 4.1.- La defecación
- 4.2.- Tipos de estreñimiento
- 4.3.- La incontinencia fecal
- 4.4.- La importancia del elevador del ano en la continencia.



5.- Prolapsos genitales:

- 5.1.- De pared anterior: diagnóstico y tratamiento
- 5.2.- De pared cúpula: diagnóstico y tratamiento
- 5.3.- De pared posterior: diagnóstico y tratamiento

6.- Valoración de la estática corporal y perineal:

- 6.1.- La estática corporal y su influencia en el periné
- 6.2.- Aprendiendo las alteraciones perineales a través de la postura corporal
- 6.3.- La exploración perineal y rectal
- 6.4.- La matrona y el suelo pélvico en consulta: protocolo de exploración y diagnóstico

7.- La recuperación y reeducación del suelo pélvico.

- 7.1.- Criterios de inclusión.
- 7.2.- Criterios de exclusión.
- 7.3.- Perspectiva histórica de los diferentes métodos de trabajo
- 7.4.- Ejercicios de Kegel: Evidencias

8.- El uso de la propiocepción en la recuperación del suelo pélvico desde la Atención Primaria

- 8.1.- Objetivos
- 8.2.- Métodos de aplicación: Visualizaciones, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, dispositivos intracavitarios, método Matropelvic®
- 8.3.- Estructura de una sesión de trabajo de suelo pélvico en atención primaria

9.- La repercusión de la patología del suelo pélvico en la esfera bio-psico-sexual de la paciente

DIRIGIDO A:

Matronas y residentes de matronas

Número máximo: 20 alumnos

Profesora: Lola Serrano Raya

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) Hospital de Sagunto (Valencia)

DURACIÓN HORAS: 20 horas

ACREDITADO

+ de 46 AÑOS + de 46 LOGROS



