

Info MATRONAS



SEPTIEMBRE 2024 N.º 86

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA



DEL 1 AL 7 DE AGOSTO 2024

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:

- MÉTODO DELIBERATIVO. CASO PRÁCTICO

❑ ESPECIAL II:

- MATRONAS AL CINE

❑ HEMOS LEIDO:

- LAS MUJERES NO SON AMBURGUESAS...
- EL RECONOCIMIENTO Y PROMOCION DE LA PRACTICA DE LAS MATRONAS
- EL SERVICIO DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA FRANCES (SAS) INCORPORA A LAS MATRONAS LIBERALES
- OBSTETRAS "HONESTOS" QUE SE PRONUNCIAN ANTE LA FALTA DE MATRONAS
- LA TOSFERINA EN ALZA. ¡ ALERTA ESPECIAL PARA EMBARAZADAS !

❑ MUY INTERESANTE:

- UNA NUEVA SECCIÓN SOBRE SALUD MENTAL PARA APOYAR A LAS MATRONAS EN LA ATENCIÓN
- MATRONAS: LAS MÁS PRECARIAS EN UN SISTEMA PRECARIO
- LA OBESIDAD MATERNA DEBERÍA AÑADIRSE A LA LISTA DE FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE
- RESULTADOS PROMETEDORES EN LA UTILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE DE PLACENTA PARA REGENERACIÓN NEURONAL

❑ ENTREVISTA CON:

- ENTREVISTA A M.^ª DOLORES MESA AROCHA

❑ BREVES:

- CURSO FORMACION CONTINUADA GRUPO GEMMA
- ENCUESTO ABIERTO RED HUECO DE MI VIENTRE
- XXIX CONGRESO EUROPEO DE MEDICINA PERINATAL
- CONGRESO ENTRENA OBSTETRICIA 2024. "Vente de guardia"
- 7º CONGRESO DE CUIDADOS INTRAPARTO
- I CONGRESO INTERNACIONAL: CONECTA PERINATAL

❑ BUENAS NOTICIAS:

- VILLALONGA DEDICA UNA CALLE A DÑA. ASUNCIÓN TARRASÓ, MATRONA DURANTE 40 AÑOS

❑ RECOMENDACIONES:

❑ PARTEROS Y MATRONAS CÉLEBRES:

❑ AGENDA A.E.M.:

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



METODO DELIBERATIVO. CASO PRÁCTICO

En el artículo anterior hablamos del método deliberativo como una manera de resolver algunos conflictos éticos que se dan en la vida profesional, aunque también es aplicable a la vida misma, sobre todo si tenemos que hacer una toma de decisiones algo conflictiva o complicada donde están implicados los valores personales y/o profesionales.

Para las que lo leyeron o para las que no, haré un breve repaso para poder abordar el Caso práctico tal y como me comprometí en el mes de julio.

Requisitos de la deliberación

- 1 Mantener todos los sentidos atentos a la realidad**
Saber escuchar, saber ver...
- 2 Tener toda la información necesaria**
Conocimiento del problema, del marco legal, social...
- 3 Someterse al análisis y argumentación racional**
- 4 Apoyarse en la experiencia**
Recordar precedentes, contar con la experiencia propia, buscar consejo experto...
- 5 Sinceridad**
- 6 Voluntad de diálogo**
- 7 Madurez psicológica y humana**

© 2013 Elsevier España. Reservados todos los derechos. www.elsevier.es

Si nos ceñimos a su definición, la **deliberación** es el hecho y la acción de **deliberar**, así que en su definición como acción (verbo), deliberar es *“acto entendido en cuanto a proceso y resultado en el cual se evalúan los pros y los contras relevantes con objeto de adoptar una decisión determinada”*.

Según la RAE, *“considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sin razón de los votos antes de emitirlos”*.

Ya comenté que los mayores conflictos bioéticos se presentan sobre todo al inicio o final de la vida, en concreto, el aborto o la eutanasia, pero no exclusivamente, porque es el método por excelencia en los Comités de Bioética Asistencial (CBA) existentes en los Departamentos de Salud, en la sanidad pública, siendo una de sus funciones tomar decisiones ante las consultas o solicitudes planteadas tanto por profesionales como de usuarios y pacientes del sistema sanitario público y casi siempre en temas que generan controversias, temas relacionados con la vida, con la enfermedad o la muerte, en las que se encuentran entremezclados los derechos y los deberes de unos y otros.



Una de las características de este método es que debe estar exento de opiniones personales y sobre todo de razones emocionales, que resten objetividad y que no se basen en los hechos ocurridos o que puedan ocurrir. Quizá sea ésta una de las cuestiones más difíciles de conseguir dada la gran dificultad que supone al ser humano desprenderse de las emociones que generan ciertos pensamientos o creencias y que a veces dirigen nuestra conducta. Es lo que se llama la **actitud**, *la manera de estar o posicionarse ante ciertas cuestiones, situaciones o conflictos, de la vida o de la profesión*.

Evidentemente se requiere de una gran capacidad de escucha y de tomar una cierta distancia para poder ver o escuchar todas las posiciones de las partes implicadas e intentar evitar posiciones contrapuestas, polarizadas, o dicho de otra manera, tener que elegir entre el blanco o el negro cuando todos sabemos que hay una gama amplia de grises. El objetivo debe ser encontrar una solución que satisfaga a las partes por igual y respete los principios y valores de todos, evitando enfrentamientos.



Y por último, un esquema del **procedimiento deliberativo**:

- 1.-Presentación de los participantes: Análisis de los “hechos”
- 2.-Presentación del caso clínico
- 3.- Análisis de los aspectos clínicos del caso: Análisis de los “valores”
- 4.- Identificación de los problemas éticos del caso
- 5.-Elección del problema ético principal
- 6.-Identificación de los valores en conflicto
- 7.- Identificación de los cursos extremos de acción
- 8.- Árbol de cursos intermedios de acción: Análisis de los “deberes”
- 9.- Elección del o de los cursos óptimos de acción
- 10.- Pruebas de consistencia del (de los) curso(s) elegido(s):
 - a) Prueba de la legalidad: ¿es legal la decisión que vas a tomar?
 - b) Prueba de la publicidad: ¿estarías dispuesto a defenderla públicamente?
 - c) Prueba del tiempo: ¿tomarías esta misma decisión si pudieras esperar algún tiempo más?
- 11.- Decisión(es) final(es)

NOTA: Llamamos “curso de acción” a la manera de proceder o actuar. Desarrollo de la acción.

CASO PRÁCTICO DEL PROCESO DELIBERATIVO

1.- Exposición de los hechos:

• Observación clínica

Mujer de 21 años, primigesta de 16 semanas de gestación que acude a urgencias por dolor abdominal y con spotting desde hace 24h. Como antecedentes personales presenta hipotiroidismo clínico en tratamiento con Eutirox desde los 14 años. Durante la consulta expresa el dolor insoportable que la tiene desde el día anterior, físicamente debilitada y postrada en la cama y sin tomarse ningún analgésico por miedo a que afecte al feto. Las constantes, salvo una ligera hipotensión, resto de parámetros dentro de lo normal. A la exploración bimanual (TV) refiere aumento del dolor en fosa iliaca izquierda (FII) y se visualiza ligeros restos hemáticos en vagina. Se le realiza una ecografía vaginal y se observa un desprendimiento parcial de la incipiente placenta con hematoma retroplacentario y un decalaje del tamaño fetal que no corresponde a las semanas de gestación, con latido fetal pero con extremidades superiores “poco desarrolladas”.



Se le realiza una analítica de sangre completa incluida la de la β -HCG. A todas luces, le diagnostican “riesgo de aborto” y le prescriben reposo absoluto y tratamiento analgésico, se le cita en 48h. porque el ginecólogo va a solicitar otras pruebas complementarias ya que le llama la atención el tamaño de las extremidades.

Por su edad gestacional, solo había acudido a la matrona del CS quien le hizo la primera consulta y le solicitó la analítica según protocolo.

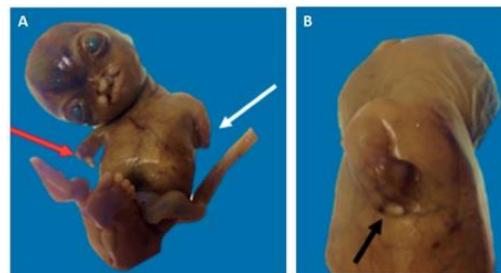


• **Historia socio-familiar:**

Su pareja, y padre de este hijo, le ha abandonado al enterarse de su embarazo. Ella es de un país sudamericano y no tiene más familia que unos tíos, bastante cristiano-practicantes, con los que vive y que han aceptado la situación, de hecho es su tía quien la ha acompañado a urgencias. Trabajaba en una cooperativa de fruta hasta que terminó la temporada hace 4 semanas. Tiene 3 hermanos, uno mayor que ella y dos menores, uno de los cuales tiene un síndrome que no sabe explicar pero que le dificulta la movilidad y que está con sus padres porque es dependiente. Ella vino buscando mejorar su situación de vida y poder aportar dinero a su familia para el cuidado de este hermano. La tía ha sido informada a petición de la paciente (ella es mayor de edad) de todo el proceso y de que deben volver en la fecha de la cita (48h. después) a la consulta de obstetricia, donde ya le han dado hora como urgente/preferente.

• **Cita a las 48h.**

El ginecólogo que la atiende dos días después, y tras leer el informe del compañero de urgencias, decide hacer una ecografía de alta resolución para: ver la evolución del hematoma retroplacentario y ver si hay una malformación fetal en las extremidades superiores como sospechaba el compañero. Efectivamente, parece observarse una malformación congénita en los brazos, en concreto una focomelia bilateral³ (La focomelia es una condición anómala congénita, en la cual el componente proximal del miembro superior (húmero, radio y cúbito) se encuentra ausente o marcadamente hipoplásico con la presencia de un componente de la mano).



Terminada la exploración, el ginecólogo informa a la gestante y a su tía de la situación. La reacción no tarda en aparecer por el impacto emocional, tanto en la gestante como en su tía. Las preguntas clave de la gestante *¿pero lo demás está bien?, ¿vivirá?, ¿qué puedo hacer?...* El ginecólogo les informa de que aunque no es incompatible con la vida, muchas veces se asocia a síndromes potencialmente mortales (mortalidad que oscila entre el 14 % y el 16 % en el primer año de vida). Les explica las opciones y las vuelve a citar en 48h. para que le comuniquen la decisión tomada con todo lo que les acaba de informar.

Dos días después, la gestante, con su familiar, acude a la consulta, ha decidido abortar pese a la oposición de su familia y que se realice lo más pronto posible. El ginecólogo les informa que a la mañana siguiente expondrá el caso con el resto de compañeras y compañeros del servicio ante su jefe y si hace falta con el comité asesor y la llamarán para citar lo antes posible.

2.-Problemas éticos detectados:

- ¿Se deberían haber tomado medidas, dado los antecedentes familiares, para hacer un diagnóstico pregestacional por parte de la matrona o médico de AP?
- Una vez acude a urgencias, ¿se debería haber hecho un estudio genético?





- ¿Debería hacerse un screenig a todas las gestantes lo más precoz posible?
- ¿Es correcto “obligar” a todas las mujeres con antecedentes familiares de malformaciones congénitas y/o hereditarias a ir a la consulta antes de un embarazo para el Diagnóstico pregestacional?
- ¿El sistema de salud permite la accesibilidad a toda la población, en este caso de mujeres, y conocen éstas los recursos existentes?
- ¿Puede el profesional indicar un aborto por prevenir un futuro más desalentador si su hijo muere en el primer año?
- ¿Deberíamos asegurarnos que la familia ha entendido o comprendido, al igual que la gestante, toda la información recibida?
- ¿Debe la gestante continuar con el embarazo por imposición o creencias religiosas de su familia?
- ¿Puede el profesional influir en la toma de decisiones si omite alguna información importante?
- En referencia a los profesionales, ¿se debería permitir una variabilidad clínica entre los profesionales?
- ¿Debe el médico priorizar la opinión de la familia por encima de la gestante? ¿quién debe decidir?
- ¿Debe el profesional estar disponible para dar la información requerida o solventar dudas hasta el último momento? ¿quién debe informar?
- ¿Puede la gestante revocar la decisión en el último momento, incluso después de haber firmado el documento de consentimiento informado?
- ¿Puede alguna matrona negarse a atender a esa gestante el día del aborto?

Problema ético principal:

¿Debe el médico priorizar la opinión de la familia por encima de la gestante por miedo a que pueda haber represalias en la convivencia de la gestante con la familia o respetar la decisión de la gestante?

3.- Valores en conflicto:

- Vida (mientras haya vida hay amor y mejor que viva aunque sea el tiempo que sea).
- Autonomía (la gestante es mayor de edad y tiene la decisión tomada con la información recibida).
- Familia (tíos católicos-practicantes que se oponen).
- No maleficencia (lo contrario sería obligar a una gestante a pasar por un futuro incierto si llega al final del embarazo, y sin tener en cuenta las repercusiones psicoemocionales que puede ocasionar).
- Justicia (la gestante utiliza un procedimiento que genera problemas de conciencia en algunos profesionales del servicio).
- Calidad de vida, de la gestante y de su descendencia.

Valores principales a tratar: Vida vs autonomía

4.- Deliberación de los deberes:

• **Cursos de acción:**

a) **Extremos:**

- El ginecólogo, en función del pronóstico y evidencia clínica, indica el aborto.



- El médico asume la negativa de la familia al aborto.

b) Intermedios:

- Consultar con el CBAS del Centro y el Comité de Diagnóstico Prenatal: las decisiones que se están dando... ¿son precipitadas, cumplen con la ley?.
- Hablar con la familia, mejorar la información, aclarar todas sus dudas y miedos y explicarles que en este caso más que un IVE, es un ILE.
- El médico habla con la familia para preguntarles si la decisión de la gestante tendría consecuencias en su bienestar y convivencia con ellos en España.
- El médico puede ofrecer apoyo psicológico ante esta situación. Preparación ante el duelo próximo, derivación a la consulta de Salud Mental.
- El médico puede ofrecer la posibilidad de darles más tiempo para que lo hablen con calma y ofrecerle la posibilidad de hablar con su asesor espiritual o párroco de su iglesia.

c) Óptimos:

- El médico, siendo prudente, da un margen de tiempo pues sigue estando dentro de los plazos legales, mientras recibe apoyo psicológico para resolver conflictos morales o prepararla para el duelo, teniendo en cuenta que no tiene más apoyo familiar que el que tiene de sus tíos que no están a favor de su decisión.
- El médico puede apoyar la decisión de la gestante para fomentar el respeto a la autonomía y tranquilizar a la familia, con argumentos científicos de mal pronóstico de esta gestación.
- Recordarle a la familia que en el caso de que siguiera con el embarazo, el RN tendría un defecto congénito que necesitaría de mucha ayuda en un futuro y de las probabilidades de que hubiera otro síndrome que pudiera ser letal en los primeros años.



5.- Comprobación de la validez basada en las pruebas de consistencia:

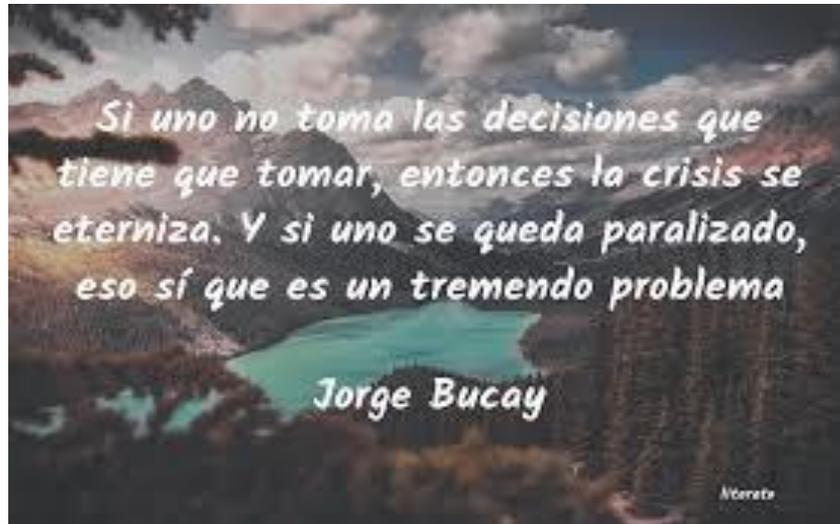
- **Legalidad:** “¿la decisión tomada respeta las normas legales?”.
- **Publicidad:** “¿estaría dispuesto a defenderla públicamente?”.
- **Temporalidad:** “¿Tomaría la misma decisión pasado un tiempo?”.

Después de todo lo anterior, las preguntas oportunas y superadas las pruebas de consistencia, ya podríamos pasar a la toma de decisiones definitiva.

La decisión tomada fue totalmente legal y de acuerdo a la “*lex artis*”. Es una decisión defendible en cualquier foro, puesto que no hay signos de mala praxis. Y no se modificaría caso de que pudiéramos esperar unas horas o unos días para tomarla, ya que no se trata de una decisión precipitada.

CONCLUSIONES:

El método deliberativo aplicado ante cualquier conflicto ético en la clínica asistencial, ayuda a alcanzar decisiones prudentes, responsables, de auténtica reflexión, desde una perspectiva plural.



Aunque pareciera fácil la acción a realizar, respetar la autonomía de la paciente, había que tomar en cuenta otros factores como por ejemplo su situación personal con la única familia que tenía en nuestro país. Puede que esa gestación no hubiese llegado a término dada la clínica por la que consultó la primera vez en urgencias, amenaza de aborto.

Hubiéramos podido pensar incluso que no era nuestro problema y habernos ceñido solo a “preservar la gestación” pero no hubiera sido ético teniendo en consideración la evidencia científica del mal pronóstico de estas malformaciones y sus antecedentes, posiblemente acompañadas de algún síndrome genético o hereditario.

Un duelo en cualquier etapa de la vida es duro, un duelo en este caso gestacional, pero en nuestras manos como profesionales está la posibilidad de ofrecer apoyo y asesoramiento psicológico.

La razón práctica es deliberativa. Pero la deliberación es una tarea difícil. Necesita de muchas condiciones: ausencia de restricciones externas, buena voluntad, capacidad de dar razones, escucha activa, empatía, respeto por los otros cuando están en desacuerdo, deseo de entendimiento, cooperación y colaboración. Este es el marco para un proceso de deliberación verdadero. La deliberación descansa, no en la “decisión” sino en el “compromiso”. Dentro de este marco, casi todos los métodos existentes en bioética pueden ser útiles en alguna medida. Fuera de él, serán no sólo superfluos sino en ocasiones peligrosos (Gracia, 2009)⁴.

Para finalizar, como siempre, una frase que llevar en la mochila de T. Roosevelt: *“En cualquier momento de decisión, lo mejor que puedes hacer es lo correcto, la mejor cosa siguiente es lo incorrecto y lo peor que puedes hacer es nada”*.

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

Bibliografía:

- 1.- Redondo García, A. El método de la deliberación y su aplicación a las cuestiones relativas a los confines de la vida humana. EIDON, nº 57 junio 2022, 57: 17-30 DOI: 10.13184/eidon.57.2022.17-30
2. Alzate, R. 1998. Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- 3.- Manual de malformaciones congénitas de miembro superior en fetos o recién nacidos basado en estudios cadavéricos. Scielo. Universitas médica. Univ.Med. vol.61 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2020 Epub Sep 30, 2020
- 4.-Gracia Guillén, Diego (2009). La deliberación moral. Madrid, Universidad Complutense

MATRONAS AL CINE

El pasado 1 de agosto tuvo lugar en los cines GOLEM de Madrid el preestreno de la película de la directora francesa Léa Fehner titulada "MATRONAS" ("SAGES-FEMMES"), la cual ha sido premiada a la mejor película por el Jurado Joven del Festival de Gijón 2023.

Dicho largometraje cuenta la historia de dos matronas recién formadas, Sophie y Louise, que se enfrentan a la aventura de comenzar a trabajar en la maternidad de un hospital público de nivel III, con los nervios e ilusión que eso significa.

A lo largo de sus 98 minutos, las espectadoras matronas sentirán muchos momentos como suyos, pues se verán identificadas en las escenas de su día a día habitual o recordarán lo que es pasar a diario la jornada al lado de las mujeres en uno de los momentos más vulnerables e íntimos de sus vidas.



Sorprende lo realista y bien documentada que está la cinta, la cual acierta en la forma de transmitir el mensaje de que, **la fuerza y sensibilidad de las comadronas, su capacidad de adaptación a las adversidades y a las circunstancias desfavorables, pueden llegar a quebrarse por la falta de recursos humanos.** Esta película por fin retrata de forma realista que la vocación no lo puede todo. Las comadronas también somos humanas, necesitamos descansar; comer; ir al baño; tiempo para gestionar relaciones humanas y para tratar momentos muy demandantes emocionalmente por parte de las mujeres y sus familias. En definitiva, cuidarnos para poder cuidar. **"¿Tratar mal a la gente? No, no me hice matrona para esto"**, en palabras de una de sus protagonistas. Esta frase da en la diana. La película entera, **que denuncia la tensión que aguantamos como profesionales dentro de un sistema que no termina de reconocer nuestra labor para la salud sexual y reproductiva de las mujeres,** parece caída del cielo.

Necesitamos despertar como colectivo. Este film no solo crea una ventana a la realidad de la profesión para aquella población que la desconoce, dentro de su faceta hospitalaria, huyendo de los clichés absurdos con los que habitualmente el cine ha retratado la vivencia del nacimiento y el parto. **También nos ayuda a las propias comadronas a reflexionar sobre nuestra situación, a ser conscientes de que las cosas no van bien y que tenemos que movernos para salvar esta bella y antigua profesión.**

Así pues, decididas a aprovechar este importante evento cinematográfico, un grupo nada desdeñable de matronas (y simpatizantes) teñidas por un mismo color fucsia, y portando llamativos carteles, decidimos acercarnos esa calurosa tarde estival una hora antes del preestreno, en concreto a la céntrica Plaza de los Cubos de la capital. **Allí defendimos nuestras competencias profesionales y clamamos públicamente que nos ahogamos dentro de un sistema que no termina de reconocer nuestro valor dentro de la sociedad.** Una de las compañeras, prestó su voz literalmente para leer en alto un valioso artículo de la periodista Sara Castro para El País, con fecha del 27 de julio.

En este, se informa que en los próximos años se jubilará un 30% del colectivo para el cual no hay previsto un recambio generacional, además de que los meses de julio y agosto ponen en evidencia las consecuencias que acarrea contar con un número insuficiente de matronas tanto en Atención Primaria (aumento de listas de espera, servicios que en algunos casos dejan de ofertarse, como la preparación al nacimiento y crianza, derivaciones a otras compañeras de otros centro de salud, atención por parte de profesionales no especialistas, etc.) como en Atención Hospitalaria (partitorios desbordados, falta de personal, guardias extra).

En esta concentración, tuvimos oportunidad de gritar alto y claro lo que necesitamos, lo que necesitan las mujeres:

¡MÁS MATRONAS!

Tanto para asistir a este preestreno, encontrarnos entre compañeras, poder dialogar, sentir, reflexionar, como para conseguir mayor visibilidad en redes sociales, contamos con la inestimable ayuda de la Distribuidora de la película en España: La Aventura Cine.



Agradecemos enormemente a Juan Roures, director de Marketing y a Marina Queraltó, Jefa de Prensa, su apoyo a nuestra iniciativa. Igualmente, muchas compañeras “arrimaron el hombro” con sus publicaciones sobre el evento en redes sociales, o incluso realizando directos en Instagram sobre la situación actual de la matronería en nuestro país. Justo antes de la proyección de la película, Cristina González Hernández, presidenta de la Asociación de Matronas de Madrid, en compañía de su bebé de 4 meses, se encargó de hacer una inmejorable radiografía de la situación de Madrid, donde hay una matrona para 15.000 mujeres.

Incluso se regalaron simbólicamente dos ejemplares del libro “Historia de las matronas de España”, de la autora Lola Ruiz Berdún entre los espectadores (curiosamente ganados por dos varones, escasos entre el mayoritario público femenino).



Añadir que además, en las ciudades de Madrid, Valencia, Murcia, Zaragoza y Barcelona, se han organizado cinefóruns a posteriori con los espectadores, y las sensaciones han sido muy buenas.

En ellos, hemos aprovechado para anunciar presencialmente que amamos nuestra profesión, y que por ello deseamos desempeñarla con la mejor calidad posible, pero que para eso necesitamos que la administración nos escuche, y atienda, **LAS RECLAMACIONES DE LAS MUJERES** (y los hombres).

Estas semanas diversos medios de comunicación han hecho eco de nuestra realidad. Ojalá aprovechemos esta ola que se ha iniciado para seguir navegando en los próximos meses, pues necesitamos todavía que nos sigan escuchando, que nuestra causa siga estando en la mente de los ciudadanos y de aquellos cargos que deciden nuestro destino.

Alicia Rodríguez Torres. Matrona

IMÁGENES DE LA CONCENTRACIÓN DE MADRID





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

redacción médica

Trascribimos el artículo completo por su interés.

27 ago. 2024 7:00H

Opinión

Las mujeres no son "hamburguesas" en serie, ni las matronas operarias sin cualificación

*"Estoy convencida de que desde hace tiempo, se ha instalado en la mente de los gestores sanitarios utilizar el ejemplo de las industrias manufactureras y de servicios ajenas a la atención de salud para mejorar **la calidad de los resultados y costos de los servicios de salud estandarizando** procesos de una forma similar.*

*En parte podría ser factible: compras centralizadas, descripción de protocolos, procedimientos etc., que suponen un ahorro económico general importante y delinea directrices claras de actuación. Estaba pensando en una conocida cadena de fast food, pero igualmente podría ser de coches, muebles...cuya publicidad feroz convence al mundo, y cuyo objetivo principal es **expandir su mercado para incrementar el gasto de la población**, reduciendo sus costes de producción a fin de ser competitivos y generar beneficios.*

*Pero resulta que **la prestación de servicios de salud, difiere sustancialmente de los procesos industriales**: de entrada, la reducción individual en gastos en salud genera a corto, medio y largo plazo, gastos totales mayores como son los derivados de tratar enfermedades y patologías que, de haberlas prevenido, no hubieran progresado hasta en ocasiones, requerir gastos millonarios para que la persona afectada ni siquiera llegue "a buen puerto" tras un denodado sufrimiento soportando esfuerzos terapéuticos, incluso ilimitados y/o incoherentes cuando no, inalcanzables, como el acceso a medicamentos imprescindibles que no cubre el Sistema Nacional de Salud (SNS).*

*Mientras el objetivo de las multinacionales es su expansión de mercado, **la atención médica debiera pensar en limitar el suyo para reducir los gastos totales de su gestión porque su "mercado" es el de la prevención de la salud para las personas sanas**, mercado que puede virar hacia el de personas enfermas. **Siempre será mejor invertir para mantener a la población saludable**, que verse obligado a afrontar gastos mayores con el tratamiento de la enfermedad, las discapacidades, el absentismo, la pérdida de productividad, etc., sin incluir los importantísimos costes vitales fundamentalmente para las personas afectadas, pero también para el sistema productivo, todo generado por falta de prevención, de Atención Primaria a la población.*

*Otra diferencia notable con las cadenas productivas es que en el sector salud no se manejan bienes de consumo fabricados en una cadena de montaje que, con precisión milimétrica y con gran automatismo en su producción, salen al mercado listos para el consumo; **en salud estamos tratando con personas insustituibles, variadas y distintas, con sentimientos y emociones, y los procesos no se ajustan ni se pueden tratar matemáticamente ajustados a un patrón estándar.***

redacción médica

Tampoco los operarios de los procesos industriales son comparables con los "operarios" de la sanidad. Los peones de la industria se encargan del trabajo de mano de obra y la transformación de la materia prima en el producto final desde las operaciones de fabricación, ensamblaje hasta la verificación del producto, utilizando equipos e instrumentos establecidos y siguiendo instrucciones. Los "operarios" del ámbito sanitario, principal activo del Sistema Nacional de Salud y más concretamente los de la atención directa en salud, profesionales sanitarios titulados, fundamentalmente cuerpo médico y de enfermería y sus correspondientes especialistas, requieren cualificación universitaria, 6-10 años de estudios, y su trabajo requiere ciencia, conciencia, tiempo y concentración para una atención personal y cuidada.

Gasto sanitario y efectos de atención a la salud

Los últimos datos disponible del SNS (2021) en nuestro país reportan un Gasto Sanitario Público de 77.400 millones de euros al año, esto es 6,4 por ciento del PIB, lo que supone 1.656 euros por habitante, de los que 7 de cada 10 euros son destinados a asistencia curativa, rehabilitación y cuidados de larga duración. Aunque el gasto sanitario de España ha aumentado en los últimos años, sigue estando por debajo de la media de la UE.

Así mismo, el SNS indica que el número de médicos por cada 1.000 habitantes es ligeramente superior a la media de los países de la UE (4,4 frente a 3,9 en 2019). La proporción de médicos generales en el país es similar a la media de la UE (20,8 por ciento frente al 20,6 por ciento). Mientras que la proporción de enfermeros (sin incluir a los auxiliares de Enfermería), de 5,9 por cada 1.000 habitantes, sigue siendo muy inferior a la media de los países de la UE, que se encuentra en 8,4 y la de matronas, concretamente, muy por debajo de la media europea.

La problemática de la escasez de matronas viene de lejos y se incrementa en los periodos vacacionales, y este año de una forma especial porque ya se dice que "lo que no mejora, empeora". Es urgente y necesario tomar medidas al respecto por la salud de las mujeres y por el reconocimiento del trabajo profesional de las matronas.

Los costos de la atención en salud sexual y la carencia de matronas

Los cuidados de salud, en este caso concreto, sexual y reproductiva, no se ofrecen en una cadena de montaje, ni los trabajadores son peones de una cadena de fabricación, ni el producto final es una hamburguesa en serie, un coche o cualquier otro bien de consumo reemplazable. Todas las mujeres tienen derecho a una atención sanitaria que optimice su salud sexual y reproductiva, incluida la atención preconcepcional, ya que esto mejora el capital social y fortalece la capacidad de acción contra la violencia de género y la desigualdad económica.

La escasez de matronas afecta a la calidad de los cuidados y la seguridad de muchas mujeres y sus hijos. Ha quedado demostrado que las matronas son una parte fundamental y clave en los equipos obstétricos y su participación en los equipos multidisciplinares es esencial para reducir las muertes fetales durante el periodo de preconcepción y antenatal. Está estudiado que las maternidades que no cuentan con el mismo número de efectivos las 24 horas del día ni todos los días del año, en los momentos en que disponen de menos personal, el riesgo de muerte perinatal se incrementa un 45 por ciento.

Es obvio que la atención al parto y nacimiento, procesos largos en su mayoría, requieren control profesional constante, además de gran soporte emocional, y no se ajustan al automatismo milimétrico de una cadena de montaje que produce en serie y cuyos productos defectuosos se retiran y sustituyen sin importantes costos. **Aquí estamos hablando de la vida futura de un niño y de una madre.**

Repasemos también la atención preventiva que prestan las matronas en Atención Primaria, tan insuficientemente cubierta en nuestro país. **Ahorrar en matronas, como continuamente se viene haciendo, supone la falta de atención a las mujeres que, pueden verse abocadas a problemas de gran calado.** Por ejemplo, fijémonos en todos los cánceres de cuello uterino y entre el 40 por ciento y el 70 por ciento de los cánceres de vagina y vulva que están asociados con el virus del papiloma humano (VPH).

"Las matronas son una parte fundamental y clave en los equipos obstétricos"

Las matronas tiene una importancia fundamental en la educación para la salud sexual y reproductiva desde los más jóvenes hasta la adultez, en la que difunden prácticas saludables así como la recomendación de la vacuna del VPH y la realización de la prueba de Papanicolaou y detección de VPH, acorde con los protocolos autonómicos, actividades que apuntan a reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino, al prevenir y detectar en etapas tempranas. De hecho, se sabe que estas son las intervenciones basadas en la evidencia disponible que sirven incuestionablemente para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer ginecológico. **De igual manera, la actividad preventiva de las matronas, puede ayudar a mejorar los resultados de cáncer de mama y ovario, a lo que hay que añadir el tratamiento y/o derivación a especialistas médicos de tantas otras patologías y necesidades que inciden en la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de toda su vida.**

Es incuestionable que los casos de cáncer ginecológico (como los demás) son una carga económica sustancial para el sistema de salud y, a nivel de los pacientes, se han reconocido las limitaciones físicas, cognitivas y de actividad, en general, de una calidad de vida deteriorada. Estos resultados respaldan, en el caso de las mujeres, la inversión continua en la prevención del cáncer de cuello uterino y el desarrollo de tratamientos para optimizar los resultados económicos y de calidad de vida.

La propia OMS afirma que **"la continua escasez de recursos destinados al personal de partería es un síntoma de que los sistemas de salud no dan prioridad a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y no reconocen el papel de los profesionales de la partería —la mayoría de los cuales son mujeres— para satisfacer estas necesidades.** Las mujeres representan el 93 por ciento del personal de partería. A medida que aumenta el número de Matronas y que estas pueden prestar atención en un entorno propicio, la salud de las mujeres y los recién nacidos mejora en su conjunto, lo que beneficia a toda la sociedad".

"La actividad preventiva de las matronas puede ayudar a mejorar los resultados de cáncer"

Nos encontramos en un punto en nuestro país en que **está probado que el propio SNS es quien impone limitaciones al alcance de la práctica de las matronas** y, con ello, sus prestaciones de salud a la población de mujeres, al maltrato sistemático a esta profesión indispensable, minusvalorando los beneficios de su tarea profesional y sometiendo a presiones y cargas de trabajo inasumibles que ponen en riesgo la propia salud de los profesionales y, por extensión, la de las mujeres y sus hijos que no reciben una atención pronta y de calidad.

Recuerden, **señoras y señores gestores de Sanidad, que lo importante en su área es "reducir el mercado de enfermos"**. Para abaratar los costos totales de la inversión en salud, hay que mejorar los costos parciales, lo que se consigue con una inversión inmediata en prevención que a largo plazo da sus frutos y, para eso, es imprescindible contar con un número suficiente de profesionales cualificados que puedan ejercer al máximo sus competencias, no exprimiéndoles como a un limón. **Inviertan en matronas, señoras y señores gestores, porque la salud no tiene precio, pero la sanidad, sí. Las mujeres tienen el derecho a una atención de calidad a su salud sexual y reproductiva y las matronas, a un ejercicio con seguridad y el debido respeto a su profesión"**.

VER:

INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA PARTERÍA EN EL MUNDO 2021

Dirigido en conjunto por el UNFPA, la OMS y la ICM, el reporte SoWMy 2021 ofrece una base de datos actualizada y un análisis detallado sobre el impacto de las matronas y matrones en los resultados de la salud materna y neonatal, además de la rentabilidad de la inversión en partería. A través de esta óptica, la ICM dirigirá los continuos y crecientes esfuerzos por centrar a las matronas y matrones como esenciales, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados maternos y neonatales, acabar con las muertes maternas y neonatales prevenibles y lograr el ODS 3.1 (Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.1: Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos).

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ESv7131.pdf>



EL TRIBUNAL DE CUENTAS FRANCES URGE POR UN NUEVO MODELO PERINATAL JUNTO CON EL RECONOCIMIENTO Y PROMOCION DE LA PRACTICA DE LAS MATRONAS



Recientemente, el Tribunal de Cuentas de Francia presentó un informe que evalúa la política perinatal en este país. Las alarmantes conclusiones del informe se hacen eco de las de todos los actores perinatales, incluido el Consejo Nacional de la Orden de Matronas, en un texto amplio que engloba desde aspectos relacionados con este órgano sustentados en bases científicas provenientes de investigaciones y entrevistas, hasta una incursión crítica en la creciente industria en torno al área de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Mientras que los recursos dedicados a la política perinatal aumentaron (9,3 mil millones de euros en 2021, es decir, +9% respecto a 2016) y la tasa de natalidad disminuyó (-5,3% durante el mismo período), los resultados observados en el plan de salud plantean la **cuestión de la eficiencia de los recursos asignados**.

Los principales indicadores de salud perinatal (mortinatos, mortalidad neonatal y mortalidad materna) ponen de relieve los muy pobres resultados de Francia en comparación con otros países europeos. Francia ocupa el puesto 22 entre 34 países europeos en términos de mortalidad neonatal.

El concepto de perinatalidad se define, en este informe, como el período que va desde el final del primer trimestre del embarazo hasta que el niño cumple un año. El final del embarazo y los primeros meses después del parto representan un período sensible para el desarrollo del niño. Muchos factores determinan el bienestar físico y psicológico de una persona y su desarrollo emocional o cognitivo. Pueden tener efectos inmediatos, pero también expresarse a lo largo de la vida del individuo y tener consecuencias considerables en el nivel de gasto sanitario. En este contexto, la evaluación de las políticas públicas relativas a los cuidados perinatales continúa y profundiza el trabajo previo del Tribunal de Cuentas en materia de salud de las mujeres y los niños y la organización de los cuidados relacionados.

La urgencia de reconocer y promover la práctica médica de las matronas

El Tribunal de Cuentas destaca la crisis demográfica de los profesionales perinatales y, en particular, de la **profesión de Matrona, que atraviesa una crisis sin precedentes**. El 20% de las plazas de matronas L2 (2º curso de la licenciatura) permanecían vacantes al inicio del curso escolar 2022. El 15% del número de matronas inscritas (colegiadas) en la Orden, en edad de trabajar, no ejercen. **En un sistema sanitario hoy al borde del colapso, la profesión de matrona ya no resulta atractiva**.

De hecho, las causas de esta disminución del atractivo son múltiples y complejas: reconocimiento, valorización pero también **condiciones de trabajo degradadas**. Los establecimientos de salud son regularmente **fuentes de violencia y sufrimiento para las mujeres, pero también para los cuidadores**, cuyo trabajo pierde sentido porque no pueden cumplir sus misiones básicas. Este malestar es aún más profundo para las matronas cuyas misiones se multiplican **sin un reconocimiento real y sin valoración**. Por lo tanto, la condición inadecuada de las matronas dentro del servicio público hospitalario sigue siendo una barrera para su atractivo, pero también para la formación médica continua, que es esencial para el manejo de situaciones obstétricas críticas.

En respuesta, el Tribunal de Cuentas propone desarrollar el ejercicio mixto entre asalariados y autónomos para las matronas con el fin de reforzar el atractivo y los niveles de dotación de personal en el área sexual y reproductiva. Esta recomendación refuerza la exigencia de todos los organismos de partería que demandan un aumento del atractivo y, en particular, la obtención del estatus de profesional hospitalaria para las matronas hospitalarias.

La urgencia de proponer un nuevo modelo perinatal

Ante el deterioro de los indicadores perinatales, la ausencia de gestión y estrategia para la salud perinatal o incluso la crítica demografía de los profesionales perinatales, la Orden y el Tribunal de Cuentas piden urgentemente renovar el modelo perinatal. Reforzar el personal de las salas de maternidad revisando, en particular, los protocolos perinatales para garantizar un nivel de calidad y seguridad de la atención y para satisfacer las expectativas de la sociedad.

Por tanto, es necesario, como afirma este informe, construir una estrategia global y repensar el modelo perinatal fortaleciendo la prevención, la identificación de la precariedad y el apoyo psicosocial. Esto implica coordinar las políticas de prevención pero también las partes interesadas en el terreno para satisfacer mejor las necesidades de las mujeres y las familias.

El Consejo Nacional de la Orden, como todos los órganos representativos de la profesión, se opone al principio del cierre sistemático de las maternidades con menos de 1.000 partos. Según los últimos estudios, una solución de este tipo no garantizaría ni el acceso a la atención ni la seguridad sanitaria. Por el contrario, el CNOSF propone un marco organizativo para la atención perinatal y de maternidad que combine seguridad y calidad del apoyo y luego una variación territorial para construir una oferta de atención local adaptada a cada territorio. Esta propuesta tiende a coincidir con la del informe del Tribunal de Cuentas, que pide una evaluación caso por caso de las pequeñas maternidades, teniendo en cuenta la necesidad de accesibilidad de la oferta asistencial pero, sobre todo, el imperativo de la seguridad. Sin embargo, para la Orden, esta evaluación no debe limitarse: todas las unidades de maternidad deben ser evaluadas más a fondo, independientemente de su estado o tamaño.

Este informe y sus conclusiones con respecto al asunto de las Matronas es muy importante porque no olvidemos que Francia ha sido la cuna de la obstetricia y sus matronas tienen el mayor desarrollo de competencias, posiblemente, del mundo, sin embargo, en el estudio se ha evidenciado que las presiones a las que vienen sometiendo a la profesión están dando como resultado graves problemas de salud y urgen por mejorar las condiciones de trabajo de las matronas como paso ineludible para revertir esta situación.

Este es **“un aviso para navegantes”** ya que sistemáticamente nuestros políticos españoles desoyen las reivindicaciones de las matronas defendiendo la salud de las mujeres e hijos y lícitamente, sus condiciones laborales; es seguro que, en breve, si no ponen remedio antes, España se enfrente al mismo problema que hoy denuncia nada menos que el Tribunal de Cuentas francés que, no sólo es la institución fiscalizadora superior encargada de verificar el uso de los fondos públicos sino y además, de sancionar su mala utilización.

España se ha situado con un gran esfuerzo, no sólo de las matronas, pero innegablemente con su extraordinaria participación, en los primeros puestos del ranking en resultados materno-perinatales, pero señores políticos recuerden que **“ascender, cuesta más esfuerzo que descender y en nuestro país, estamos iniciando la caída”**

Fuente: Cours des Comptes France

EL SERVICIO DE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA FRANCÉS (SAS) INCORPORA A LA MATRONAS LIBERALES



Esperado desde hace varios meses, el 15 de junio se publicó en el Diario Oficial, el Decreto relativo a la organización y funcionamiento del Servicio de Acceso a la Atención Médica (SAS), a partir de su publicación, integra a las matronas al funcionamiento del SAS.

Ante los problemas de acceso a la asistencia sanitaria y, en particular, a la no programada, los parlamentarios votaron en el marco de la ley Valletoux la generalización y el desarrollo del acceso a la asistencia sanitaria.

Inicialmente creado en unos pocos departamentos, el SAS tiene como objetivo organizar en cada departamento la gestión de la solicitud de atención no programada y no urgente en la ciudad durante el horario de apertura de las consultas de los profesionales liberales en un plazo de 48 horas. Se trata de acelerar el acceso a la atención y evitar la congestión de los servicios de urgencia con solicitudes relacionadas con la medicina comunitaria gracias a una estrecha colaboración entre los diferentes actores de una región.

El decreto especifica la organización del sistema que combina la regulación médica graduada y los efectores asistenciales (profesionales de la salud que realizan consultas y visitas) que liberan franjas horarias en su agenda para atender estas solicitudes. A partir de ahora, las matronas pueden participar en estas dos actividades dentro de los límites de sus habilidades.

La regulación médica del SAS se basa en el centro de llamadas SAMU donde el asistente de regulación médica que recibe la solicitud califica la llamada y luego dirige a la persona que llama hacia la regulación SAMU cuando la solicitud se relaciona con atención de urgencia o hacia la regulación médica ambulatoria.

La regulación médica de la ciudad está garantizada por profesionales médicos, incluidas las matronas. Pueden proporcionar asesoramiento médico (que puede dar lugar a una receta dirigida al paciente o a una farmacia), orientarlos hacia una consulta, atención domiciliaria o una teleconsulta con un profesional médico, después de comprobar la indisponibilidad del médico tratante del paciente, derivar a una enfermera titulada por el estado, derivar a un farmacéutico o incluso derivar a un establecimiento de salud con ingreso directo o a un servicio de emergencia.

Además, los profesionales consultados pueden devolver la llamada directamente al SAMU en cualquier momento.

La derivación del solicitante al proveedor de atención (consulta, visita de un profesional médico, matrona o de una enfermera) por parte del regulador médico se realiza mediante una plataforma digital (SI SAS u otra plataforma interoperable) que permite, en particular, identificar a las personas que participan en el sistema así como su disponibilidad.

La participación en la SAS es voluntaria y valorada. Finalmente, el personal médico que presta servicios de regulación médica ambulatoria está cubierto por el seguro de responsabilidad civil del establecimiento de salud de apoyo del SAMU.

Fuente : Ministère de la Solidarité y la Santé France

OBSTETRAS “HONESTOS “ QUE SE PRONUNCIAN ANTE LA FALTA DE MATRONAS.



Incluimos en esta sección una entrevista publicada recientemente por Redacción Médica en medio de la convulsión estacional en la que más que en ningún otro periodo del año, se evidencia la falta de matronas en España.

*"El déficit de matronas, si bien afecta a la población femenina que no recibe las atenciones y cuidados de estas profesionales, también lo hace a la **labor de los ginecólogos y ginecólogas**, con quienes ejercen un **rol complementario y de apoyo**". Ya en la Confederación Internacional de Matronas, de 19 de julio de 2005, en Australia, se definía el papel de la matrona como la "profesional responsable y que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio", tal como recoge 'El Papel de la matrona en Atención Primaria' del Servicio Madrileño de Salud (Sermas).*

*"Ellas son el personal formado y preparado para el seguimiento, la atención del embarazo y el parto de bajo riesgo, es decir, de las mujeres sanas", señala a Redacción Médica Patricia Barbero, ginecóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre. En ese sentido, destaca la importancia de contar con el **número suficiente de matronas** que permita no solo atenciones de parto, sino la identificación de complicaciones a las que pueden estar expuestas mujeres durante el periodo gestacional. "Si no existen suficientes matronas, esta **vigilancia va a ser mucho menos adecuada y las posibilidades de que, por ejemplo, no se identifiquen problemas que está habiendo durante el parto, son mayores**", indica.*

Sin embargo, estos no son los únicos procedimientos en los cuales las matronas pueden actuar de forma "autónoma e independiente" en relación a los ginecólogos. *"En la mayoría de los hospitales madrileños, **las matronas están en la planta de alto riesgo** y se encargan de hacer los monitores fetales de embarazos de alto riesgo y, lo mismo, de identificar si hay algún signo de alarma", que será avisada al ginecólogo o ginecóloga, explica Barbero.*

*"Cuando hay una falta de matronas, como está ocurriendo ahora debido a que en España hubo una época en la que se dejó de formar, pues **los ginecólogos nos sentimos como si estuviéramos cojos, nos falta una parte muy importante**", añade la especialista, haciendo referencia al periodo comprendido entre los años 1987 y 1994, cuando la formación de matronas se vio interrumpida ante el cierre de las escuelas en España por no cumplir los requisitos formativos europeos.*

En una posición similar se muestra José Alcolea, ginecólogo del Hospital San Juan de Dios de Córdoba, quien sostiene que la falta de matronas afecta a la práctica diaria de las pacientes. *"Las matronas son las **enfermeras especializadas con las que nosotros nos apoyamos** para el cuidado de la mamá, para Atención Primaria, el seguimiento del embarazo y los procesos de cribado, cáncer (como la toma de citología) y, obviamente, por su falta, **nosotros acusamos que la gente está peor atendida y menos informada**", sostiene.*

Además, Alcolea detalla que el personal a cargo *"queda con más carga de trabajo"* y al final *"tiene que sacar el trabajo como puede"*, lo que también es una complicación por la sobrecarga laboral. Para el facultativo, la importancia de tener matronas *"**capacidades es capital y es de un sistema de salud saludable**". "Si hay un déficit porque no están cubiertas las plazas, verdaderamente esa población está peor atendida", incide.*

Pacientes sobre-informadas

La **sobreinformación y la búsqueda de datos en internet** también es una arista en esta problemática. Ahora, una época en la que podemos acceder a todo tipo de información desde el móvil, no necesariamente comprobada y verificada, las mujeres corren el riesgo de no llegar a los datos correctos y que estos no sean **desmentidos a tiempo** por los profesionales adecuados.

Para Barbero, un ejemplo de esto son los cursos de preparación al parto en las mujeres embarazadas. "Una cosa muy interesante es que en los cursos de postparto se suele explicar las peculiaridades de cada hospital, de cómo funciona, cómo ingresa. Y la mujer se siente mucho más tranquila. Se nota muchísimo cuando una mujer ha hecho un **curso de preparación al parto basado por una matrona** que cuando lo ha hecho o no lo ha hecho directamente, lo único que ha hecho ha sido **leer, escuchar, buscar información**", detalla.

Por su parte, para José Alcolea, que no se programen cursos de preparación al parto "no genera en sí una complicación" en una mujer embarazada. "Si una mujer sufre una complicación al parto como, por ejemplo, un desprendimiento de placenta o un prolapso de cordón, el que haya ido o no a las clases de preparación al parto no implica que le suceda o no le suceda", dice. Lo que **sí genera es "que la gente esté menos preparada o menos informada** de que esas situaciones de complicaciones pueden surgir".

Déficit de matronas y enfermeras generalistas

La falta de matronas, pese a ser un problema en sí mismo, acarrea en otro: la presencia de enfermeras generalistas, cumpliendo funciones que no les corresponden. "*Se intenta de alguna manera **suplir la falta de matronas con la presencia de enfermeras generalistas, lo cual no es adecuado** porque a las enfermeras generalistas pueden darles conocimientos, un entrenamiento durante unos meses para que sepan las cosas más importantes, más fundamentales del parto y del postparto, pero nunca va a estar entre sus competencias*", explica la ginecóloga Patricia Barbero.

Ahí es cuando aparece lo que se considera un segundo problema: que **ginecólogos o ginecólogas tengan que cumplir funciones para las cuales están "sobrecualificados"**. "*Pones a ginecólogos a seguir, a tratar o a atender partos de bajo riesgo cuando los ginecólogos tenemos que estar enfocados en el alto riesgo y en las complicaciones, con lo cual, estaríamos ocupándonos de algo para lo que no es necesario que esté un ginecólogo*", enfatiza.

Desde la Asociación Española de Matronas agradecemos el interés de Redacción Médica por publicitar y difundir el problema que, lejos de afectar exclusivamente a la ignominiosa situación actual de las matronas, se está traduciendo además, en un problema de inequidad en la atención a las mujeres y sus hijos; de igual modo nuestra sincera gratitud a los facultativos entrevistados por el reconocimiento a la labor de las matronas.

Fuente: [redacción médica](#)

LA TOSFERINA EN ALZA. ¡ALERTA ESPECIAL PARA EMBARAZADAS!



La Tosferina es una infección respiratoria causada por *Bordetella pertussis*, muy contagiosa, caracterizada por un comienzo insidioso similar a un cuadro catarral, seguido de una tos paroxística prolongada que, con frecuencia, se acompaña de un estridor inspiratorio característico (“gallo”). Aunque se ha considerado siempre una enfermedad infantil, en las últimas décadas se detecta con frecuencia creciente en personas de mayor edad. Actualmente, en los países occidentales, hay dos picos de incidencia, los lactantes menores de 3-4 meses, en los que presenta una importante morbimortalidad, y los adolescentes y adultos jóvenes, en los que se presenta como un cuadro de tos prolongada y que actúan como transmisores de la infección.

En España la vacunación de la tosferina se hace, actualmente, en la vacunación infantil con dos dosis de primovacuna a los 2 y 4 meses de edad (con vacuna DTPa combinada), una primera dosis de refuerzo a los 11 meses (con el mismo tipo de vacuna), un segundo -y último- recuerdo a los 6 años de edad (con, también, el mismo tipo de vacuna) y la vacunación de las embarazadas (en cada gestación, con vacuna tipo Tdpa).

En los datos de 2005-2024, los menores de 14 años reúnen el mayor número de casos, el grupo de edad de 5-14 años, en especial el de 10-14 años, reúne una elevada proporción de los casos registrados en la actualidad., pero en el **grupo de 35-54 años se observa, también, un pico de incidencia.**



Es sabido que la vacuna antipertusis acelular, la que se usa en España desde 2007 en todas las dosis, es inmunógena y efectiva, pero su protección decae notablemente en un plazo de 5-10 años y no actúa sobre la colonización nasofaríngea (también la duración de la inmunidad tras una infección es limitada). Aparte de la monitorización de las coberturas vacunales no solo a nivel de comunidad autónoma, sino también a nivel de localidades de menor tamaño y colectivos de especial interés, parece evidente la necesidad de revisar el calendario del Ministerio de Sanidad, incorporando la dosis de refuerzo de la adolescencia, incluso adelantándola unos años, para cubrir la pérdida de efectividad de la dosis de los 6 años.

Como se ha dicho, las vacunas antipertussis actuales proporcionan protección imperfecta y durante un tiempo limitado.

En el país vecino, Francia, a través del Departamento de Salud Pública, ha dado un paso más alertando del inicio de un nuevo ciclo epidémico de **tosferina**: En este momento el territorio está notificado a través de informes en aumento de todas las redes de vigilancia combinadas. Advierten de que dada la **alta contagiosidad de la enfermedad** y las grandes concentraciones durante los Juegos Olímpicos y Paralímpicos, podría producirse una propagación aún mayor por todo el país.

En este contexto, es fundamental informar a sus pacientes para que hagan con ellos un balance de su estado de vacunación, de acuerdo con las recomendaciones vigentes, **haciendo especial hincapié en las mujeres gestantes.**

Recomendaciones para mujeres embarazadas

La Alta Autoridad Sanitaria (HAS) **recomienda encarecidamente que las mujeres embarazadas se vacunen a partir del segundo trimestre del embarazo**, favoreciendo el periodo comprendido entre el quinto y el octavo mes (preferiblemente entre las 18 y 34 semanas de amenorrea) para **proteger a los bebés hasta los 6 meses**, la mayoría de las muertes relacionadas con la tosferina se observaron en niños menores de 3 meses.

Recordatorio: se recomienda la vacunación contra la tosferina en todos los embarazos, incluso en el caso de mujeres que hayan sido vacunadas poco antes o durante un embarazo anterior.

Una estrategia de “capullo” en torno a los recién nacidos y la vacunación de los profesionales

La HAS recomienda una estrategia de “capullo”: se trata de vacunar a todas las personas **cercanas al recién nacido y al lactante** (padres, hermanos, abuelos y cualquier persona que pueda estar en contacto estrecho y duradero con el lactante durante sus primeros 6 meses), de que se hayan puesto el último refuerzo hace más de 5 años, a menos que la madre haya sido vacunada durante el embarazo un mes antes del parto.

Profesional de la salud y primera infancia.

Para **los profesionales de la salud y la primera infancia**, las vacunas de refuerzo a los 25, 45 y 65 años deberán complementarse con una **dosis de refuerzo si la última inyección fue hace más de 5 años.**

Las personas que corren el riesgo de sufrir formas graves de tosferina son, además de los bebés no protegidos por la vacuna, las personas que padecen una enfermedad respiratoria crónica (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.), las personas inmunocomprometidas y las mujeres. Por tanto, se recuerda que se recomienda la vacunación en:

- personas inmunocomprometidas,
- profesionales sanitarios (incluso en establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes (EHPAD),
- personas que trabajan en contacto estrecho y repetido con bebés menores de 6 meses,
- estudiantes de medicina y paramedicina,
- profesionales de la primera infancia, incluidos cuidadores de niños y personas que cuidan niños con regularidad.

Vacunación en niños

Desde el 1 de enero de 2018, la vacunación contra la tosferina es obligatoria a los 2 meses, a los 4 meses y un primer refuerzo a los 11 meses (3 dosis). La HAS destaca **la importancia de no retrasar la primovacuna de los lactantes en cuanto tengan edad suficiente para ser vacunados, a partir de los 2 meses.**

Los refuerzos están previstos a los 6 años y también entre los 11 y los 13 años.
Para niños nacidos antes de 2018: también se recomienda la vacunación.

Vacunación en adultos

Se debe considerar la vacunación contra la tosferina en personas no vacunadas en los últimos 10 años (5 años para personas menores de 25 años).

Se recomienda encarecidamente el uso de mascarilla a personas con síntomas respiratorios, especialmente en contacto con poblaciones vulnerables como los bebés.

La vacunación y el uso de mascarilla son fundamentales contra la tosferina

Fuente: AEPD/ Santé Publique France

UNA NUEVA SECCIÓN SOBRE SALUD MENTAL PARA APOYAR A LAS MATRONAS EN LA ATENCIÓN



La depresión es una de las complicaciones más comunes del embarazo y posparto. El suicidio representa la principal causa de mortalidad materna durante el primer año después del parto, superando a las enfermedades cardiovasculares. Más de la mitad de la depresión perinatal pasa desapercibida y el 85% de los pacientes no se benefician de ninguna medida terapéutica, incluso cuando hay atención disponible. Esta brecha en el tratamiento de la salud mental materna representa un grave problema de salud pública con un profundo impacto en la unidad familiar y en la sociedad.

El papel de las matronas en el ámbito de la salud mental perinatal es fundamental, particularmente en términos de prevención y detección de trastornos y patologías.

Para apoyarles en términos de información, recursos y apoyo, el Seguro de Salud quiso ofrecerles **una nueva sección “Salud mental y maternidad”** en ameli.fr.

Ésta ofrece:

- herramientas **para diagnosticar** patologías y evaluar su gravedad,
- información **sobre terapia asociada** (estilo de vida, apoyo psicológico, utilización de otros profesionales sanitarios, tratamiento farmacológico, etc.),
- recomendaciones **de buenas prácticas**,
- **directorios nacionales y locales** (psiquiatras, psicólogos registrados, etc.).

El apartado se estructura en torno a 4 patologías:

- trastornos de ansiedad y TOC (trastornos obsesivo compulsivos) durante el embarazo;
- tristeza posparto;
- depresión durante el embarazo;
- psicosis puerperal.

A continuación encontrará una tabla que resume las mejores prácticas en el cuidado de sus pacientes.

Toda la información, parte de la cual pudiera ayudar a las matronas españolas se incluye con más detalle en el siguiente link: <https://www.ameli.fr/sage-femme/sante-et-prevention/sante-mentale-et-maternite/essentiel-prise-en-charge-sante-mentale-perinatale>

También facilita el acceso al **proyecto europeo "PATH: Caminos para mejorar la salud mental perinatal"**, y a la **descarga del folleto “Salud mental, embarazo y paternidad”**, muy interesante aunque solo está editado en francés.

Fuente:



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

ameli.fr

MATRONAS: LAS MÁS PRECARIAS EN UN SISTEMA PRECARIO.

OCTAVIO SALAZAR BENÍTEZ

Catedrático de Derecho Constitucional de la Universidad de Córdoba y miembro de la Red Feminista de Derecho Constitucional

Seleccionamos y transcribimos en su integridad este artículo del antedicho jurista que la revista digital Público, “un medio libre, valiente, vigilante y crítico, empeñado en garantizar una información independiente y rigurosa que acabe por cambiar realidades injustas y construir un mundo más igualitario, como se define, ha publicado el pasado 6 de Agosto:



*“Estoy convencido de que si los hombres fuéramos los encargados de parir **habríamos reconocido hace siglos los derechos reproductivos como fundamentales**, incluido el que nos permitiría sin dilemas interrumpir voluntariamente el embarazo, así como todos los relativos a las condiciones que, en el momento del parto, garantizarían plenamente nuestra integridad física y moral. En paralelo, los trabajos reproductivos gozarían de **reconocimiento social y económico**, al tiempo que las estructuras sanitarias dispondrían de las mejores inversiones en todo lo relativo a los cuidados de nuestros cuerpos y de nuestra salud. La **violencia obstétrica**, en consecuencia, sería algo anecdótico en una realidad hecha a nuestra imagen y semejanza.*

*Sin embargo, en el planeta que seguimos viviendo los cuerpos de las mujeres, y muy singularmente en su dimensión sexual y reproductiva, continúan siendo la clave de **un contrato sexual** que solo hemos erosionado ligeramente en sociedades formalmente iguales como la nuestra. En consecuencia, la mitad de la humanidad continúa peleando para que en el entendimiento de la dignidad, y por lo tanto de los derechos humanos, tengan cabida **las necesidades y vivencias** de quienes históricamente han vivido **la maternidad más como una imposición del sistema sexo/género que como una opción significativa**. De ahí que en una época de recortes alarmantes en la sanidad pública y en lo que un día soñamos como Estado social, no debería extrañarnos que justo lo relativo a los cuidados de ellas sea **una de las partes más invisibles y precarias del sistema**. Cuando paradójicamente en ellas habita la posibilidad de dar vida, así como, por razones de género, las claves de la sostenibilidad de un mundo en el que los hombres, la mayoría de los hombres, continuamos alimentando la fantasía de nuestra individualidad.*

*En este contexto, una película como Matronas es más que necesaria. Imprescindible diría yo. Muy cerca de las claves propias de un documental, pero sin renunciar a la carga dramática que la dota de nervio narrativo, la película de Léa Fehner muestra **la durísima realidad de las mujeres** –porque la mayoría son mujeres– **que trabajan en pésimas condiciones ayudando a que otras den a luz**. A través de la mirada, y las vivencias de dos jóvenes matronas recién llegadas a un hospital público, asistimos a **la dureza de un trabajo que es físico, mental y emocional**, y que, sin embargo, es de los menos reconocidos tanto a nivel social como económico. Un trabajo cuyas condiciones además se han ido precarizando en las últimas décadas, de la misma manera que en general, como de hecho está ocurriendo en nuestro país, la sanidad pública ha ido deteriorándose, lo cual se traduce en **una progresiva carencia de recursos materiales y humanos**. Y, no lo olvidemos, en una clase trabajadora, muy feminizada, aunque las cúpulas dirigentes estén en manos de varones, que cada vez soporta*

condiciones más estresantes, tiempos más inhumanos y, en general, **un maltrato sistémico e institucional** cercano a la violencia. De esta manera, la película tiene, entre otros muchos méritos, poner el foco en una realidad invisible, de esas que poco cotizan en el patriarcado de consentimiento que nos atraviesa.

Matronas, que se sostiene en gran medida gracias a las estupendas interpretaciones de **Héloïse Janjaud** y **Khadja Kouyaté**, nos ofrece **un retrato veraz, dramático** por momentos, de ese espacio que tanto tiene que ver con la posibilidad de la vida, y de las personas que lo habitan, muchas de ellas al borde de la depresión y a punto de tirar la toalla. La directora nos va mostrando con acierto y delicadeza las **múltiples realidades de esas mujeres que acuden a una maternidad pública** con toda la carga, no solo física, sino también emocional y con frecuencia social, de lo que supone un parto. Desde la migrante sin recursos y sin opciones a la madre primeriza que vive con angustia ese momento tan doloroso y tan incierto que en el mejor de los casos acaba en luz, la película nos muestra también esa **otra cara de la maternidad** que no es tan frecuente en nuestros imaginarios. La que tiene que ver con **la angustia, los miedos, las presiones del entorno, las incertidumbres, y, claro, el dolor**. Ese dolor que, ay, no sé yo cómo soportaríamos nosotros, habitualmente tan malos gestores de todo lo que fragilice nuestra condición heroica. Esa a la que parece haber renunciado Valentín (Quentin Verne), el joven compañero de piso y trabajo de las protagonistas que bien representa "otra" masculinidad.

Como además suele pasar en el mejor cine francés, y como tanto echo de menos en el de nuestro país, que parece tan de espaldas a realidades sociales hirientes, *Matronas* no renuncia a una necesaria carga política. A una militancia cívica que tanta falta nos haría poner en acción en estos malos tiempos para los derechos y para la igualdad. Un contexto en el que suelen ser las mujeres, y todo lo relacionado con sus cuerpos y necesidades, las primeras que sufren los recortes en dignidad. Un principio que deja de tener sentido si no lo garantizamos desde el mismo momento en que se alumbra una vida, teniendo en cuenta que es la mujer que la crea quien debiera tener protegidos con el máximo nivel de fundamentalidad, y por tanto de recursos públicos, todo lo relacionado con su integridad. Algo que no podemos dejar en manos privadas porque una vez más los sesgos de clase, en intersección con los de género, las condenarían a ellas, las que suelen tener menos posibilidades de agencia, a una ciudadanía de segunda.

Fuente : **Público**

LA OBESIDAD MATERNA DEBERÍA AÑADIRSE A LA LISTA DE FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE



Se ha observado asociación entre el aumento del IMC materno y el riesgo de esta complicación, pero se desconocen los mecanismos causales específicos.

Un estudio reciente revela una asociación directa entre un índice de masa corporal materno más alto y el riesgo de muerte súbita e inesperada del lactante, lo que subraya la necesidad de realizar más investigaciones sobre los mecanismos causales.

Existe un mayor riesgo de muerte súbita e inesperada del lactante (SUID) entre los bebés nacidos de madres con obesidad, según un estudio reciente publicado en *JAMA Network Open*.

Se han vinculado múltiples resultados adversos con la obesidad materna, como parto prematuro, muerte fetal, ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales y anomalías congénitas. Además, el riesgo de mortalidad infantil por cualquier causa aumenta con un índice de masa corporal (IMC) materno más alto.

La prevalencia de la obesidad previa al embarazo ha aumentado con el tiempo, con una tasa del 32% entre las mujeres de 20 a 44 años reportada en los Estados Unidos entre 2003 y 2006. Durante el embarazo, la obesidad está relacionada con la diabetes gestacional, la hipertensión y la preeclampsia.

Faltan datos que evalúen el vínculo entre la obesidad materna previa al embarazo y el SUID.

Hasta la fecha, la obesidad materna no se ha considerado un factor de riesgo de muerte súbita del lactante en revisiones de expertos, en campañas de educación pública o por la Academia Estadounidense de Pediatría. Según nuestros resultados, la obesidad materna debería añadirse a la lista de factores de riesgo conocidos.

Aunque encontramos una sólida asociación dosis-respuesta, no pudimos dilucidar los mecanismos causales específicos que podrían vincular el IMC materno elevado con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMIS). Algunas revisiones han sugerido que la obesidad materna aumenta el riesgo de SMIS cuando se comparte la cama. Por ejemplo, el pecho más grande de una madre obesa podría obstruir las vías respiratorias del bebé si se queda dormida mientras amamanta, o una cama puede hundirse más si la madre es obesa, de modo que el bebé puede rodar hacia ella, obstruyendo las vías respiratorias blandas del bebé. Sin embargo, la sugerencia de que la obesidad materna es un riesgo específicamente en el contexto de compartir la cama se hizo sobre la base de un pequeño número de informes de casos en los que las descripciones de muertes superpuestas indicaban que la madre era obesa.

Un estudio de casos y controles (1987-1990) concluyó que, si bien compartir la cama era un factor de riesgo independiente del SMSL, este riesgo no era estadísticamente significativamente mayor en presencia de sobrepeso u obesidad materna. Sin embargo, en ese estudio sólo se detectaron 42 casos de SMSL entre madres obesas y sólo el 9,7% de los controles eran obesos, por lo que puede haber sido difícil detectar asociaciones. Aunque una de las fortalezas de nuestro estudio es que contamos con una muestra grande, no contamos con una medida explícita sobre el hecho de com-

partir la cama, por lo que la hipótesis de que la obesidad aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante por asfixia mientras compartimos lecho, no se pudo comprobar con nuestros datos. Investigaciones futuras con suficiente poder estadístico y una medida directa de si compartimos la cama deberían abordar esta cuestión.

Otro mecanismo causal potencial es que las madres obesas también tienen más probabilidades de tener apnea obstructiva del sueño (AOS), que se asocia con una serie de resultados adversos, entre ellos preeclampsia, hemorragia posparto, muerte materna, parto prematuro e ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales. La AOS puede provocar hipoxia intermitente, que se sabe que causa estrés oxidativo, lo que a su vez tiene consecuencias perjudiciales para el crecimiento fetal. La restricción del crecimiento fetal puede aumentar el riesgo posnatal de trastornos cardiometabólicos y del desarrollo neurológico, lo que podría provocar un defecto de excitación, aumentando así el riesgo de muerte del bebé. Las consecuencias de la obesidad sobre el desarrollo fetal pueden ser similares a las del tabaquismo materno, que también se ha asociado con vasoconstricciones e hipoxia placentaria intermitente.

Descubrimos que aproximadamente el 5,4% de los casos de SUID eran atribuibles a la obesidad materna después de controlar los factores de confusión, asumiendo causalidad. Aunque este factor de riesgo no es tan alto como el de otros factores de riesgo modificables de SUID, como compartir la cama y fumar, si se eliminaran los riesgos asociados a la obesidad, esto podría haber dado como resultado aproximadamente 179 casos menos de SUID por año, suponiendo que exista una cadena causal entre la obesidad materna y SUID. Además, la obesidad sigue aumentando en prevalencia a nivel mundial y, por lo tanto, está destinada a convertirse en una preocupación aún mayor en los próximos años. Además, a diferencia de otros factores de riesgo, incluidos los determinantes sociales de la salud como la raza, el IMC materno elevado es potencialmente modificable. Si se toma en el contexto de un estudio previo en Suecia que sugiere que el 11% del total de muertes infantiles podría atribuirse al sobrepeso y la obesidad materna.

En los Estados Unidos se informan aproximadamente 3500 casos de SUID por año, clasificados como síndrome de muerte súbita del lactante, causas mal definidas y desconocidas, o asfixia y estrangulamiento accidental en la cama.

RESULTADOS

Se observó un mayor riesgo de muerte súbita del lactante entre las madres con bajo peso, así como entre las que tenían sobrepeso u obesidad. Sin embargo, el aumento del riesgo en las pacientes con bajo peso y sobrepeso ya no fue significativo después de realizar los ajustes correspondientes a las covariables.

Se mantuvieron aumentos estadísticamente significativos en el SUID en los bebés de todas las madres en las 3 categorías de IMC obesas, con un cociente de probabilidades ajustado (aOR) de 1,10 para la obesidad de clase 1, 1,20 para la obesidad de clase 2 y 1,39 para la obesidad de clase 3. El riesgo de SUID aumentó casi un 30% entre las madres con obesidad de clase 3 en comparación con aquellas con IMC normales.

Los períodos gestacionales más cortos también se relacionaron con mayores probabilidades de muerte súbita del lactante (SUID), con un ORa de 2,84 para las semanas 28 a 31 y de 1,93 para las semanas 32 a 36. Sin embargo, los ORa para las categorías de IMC no cambiaron significativamente al ajustar por edad gestacional, lo que indica que la edad gestacional no media esta asociación.

El aumento de las clases de obesidad también se asoció con mayores probabilidades de cada causa respectiva de SUID. Aproximadamente el 5,4% de los casos de SUID estaban relacionados con la obe-

sidad, lo que indica aproximadamente 179 casos de SUID causados por la obesidad en los Estados Unidos anualmente.

El trabajo pone de relieve la importancia de comprender la naturaleza y la relación causal entre la obesidad como factor de riesgo de muerte súbita del lactante y otras causas de muerte infantil, de modo que se puedan implementar intervenciones adecuadas para mitigar estos riesgos. Dichas medidas de mitigación podrían conducir a reducciones sustanciales de la mortalidad infantil general.

Estos resultados indicaron una asociación directa entre el IMC y el riesgo de muerte súbita del lactante. Los investigadores recomendaron que se realicen más investigaciones para investigar los mecanismos causales específicos de esta asociación.

Acceso a trabajo completo: Tanner D, Ramirez JM, Weeks WB, Lavista Ferres JM, Mitchell EA. Maternal Obesity and Risk of Sudden Unexpected Infant Death. JAMA Pediatr. 2024 Jul 29:e242455
Disponible: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2821643>

Fuente. JAMA Pediatrics

RESULTADOS PROMETEDORES EN LA UTILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE DE PLACENTA PARA REGENERACIÓN NEURONAL



Investigadores españoles han utilizado células madre de la placenta humana para la regeneración neuronal.

La placenta, más allá de su rol fundamental durante el embarazo, está demostrando ser una fuente rica de células madre con un potencial terapéutico significativo.

Un reciente estudio desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad Francisco de Vitoria (UVF), en colaboración con la Universidad de Alcalá (UAH) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), ha mostrado resultados prometedores en la utilización de **células madre mesenquimales derivadas de la placenta humana (hPMSCs) para la regeneración neuronal.**

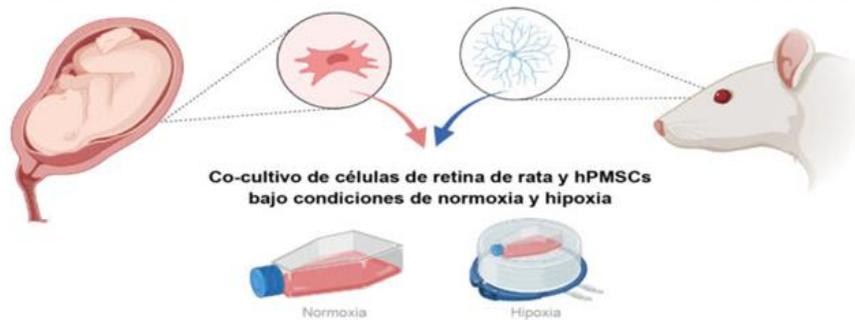
Las células madre mesenquimales derivadas de la placenta humana estimulan la regeneración neuronal al promover el crecimiento de los axones y restaurar la actividad neuronal.

Regeneración Neuronal Mediante Células Mesenquimales Derivadas de la Placenta Humana



de Laorden, et al. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 2023

Objetivo: Evaluar la capacidad de las células madre mesenquimales derivadas de la placenta humana (hPMSCs) para promover la regeneración axonal y restaurar la actividad electrofisiológica neuronal.



Resultados: Las hPMSCs promovieron un aumento significativo en la regeneración de axones y la actividad neuronal, mediado en parte por la producción de factores neurotróficos.



Las hPMSCs son efectivas para promover la regeneración axonal y restaurar la actividad electrofisiológica de las neuronas regeneradas tanto en condiciones de normoxia como de hipoxia lo que podría ser relevante para condiciones clínicas como lesiones cerebrales o accidentes cerebrovasculares

Representación de la regeneración neuronal mediante células derivadas de la placenta humana. Imagen UVF.

Regenerar el sistema nervioso central (SNC) es un gran desafío en la medicina, con implicaciones directas en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas y lesiones traumáticas.

“El avance en terapias que promuevan la recuperación neuronal podría transformar la calidad de vida de millones de personas afectadas por estas condiciones”, según la Investigadora principal del grupo de investigación

Células madre de la placenta

Según los expertos, las células madre mesenquimales derivadas de la placenta (hPMSCs) tienen propiedades únicas que las hacen ideales para terapias de regeneración neuronal.

“Estas células son fáciles de aislar, se pueden producir a gran escala con técnicas no invasivas, tienen un alto potencial inmunomodulador y pueden migrar rápidamente a las áreas lesionadas”.

Los investigadores realizaron experimentos en un modelo de retina de ratas, donde las células madre de la placenta promovieron el crecimiento de axones y restauraron la actividad neuronal tanto en condiciones de normoxia como de hipoxia.

Regeneración física y funcional de las neuronas

La regeneración completa de las neuronas es esencial para restaurar tanto su estructura física como su función en el cuerpo. En este estudio, los científicos utilizaron técnicas avanzadas en un modelo in vitro para investigar cómo las hPMSCs pueden facilitar este proceso.

Descubrieron que *“las células madre secretan factores especiales que actúan como ‘combustible’ para el crecimiento de las conexiones neuronales, promoviendo así la regeneración de las fibras nerviosas”.* Usando una técnica llamada “patch-clamp” los investigadores verificaron que estas neuronas recién regeneradas eran capaces de enviar y recibir señales eléctricas, sugiriendo que se habían recuperado completamente tanto estructural como funcionalmente.

Tratamiento de enfermedades neurológicas

Este estudio refuerza la viabilidad de las células madre como una opción terapéutica prometedora y también ofrece una base sólida para futuros estudios clínicos.

“La capacidad de estas células para mejorar la regeneración neuronal y la funcionalidad de las neuronas podría revolucionar el tratamiento de enfermedades y lesiones del sistema nervioso”, apunta Diana Simón, investigadora UFV.

Terapias celulares avanzadas

Este hallazgo podría tener implicaciones significativas en el tratamiento de trastornos neurológicos mediante terapias celulares avanzadas.

“La investigación futura se centrará en validar estos resultados en un modelo in vivo y explorar la aplicación de hPMSCs en una variedad de contextos clínicos, potencialmente mejorando las opciones terapéuticas para pacientes con enfermedades neurodegenerativas y lesiones del sistema nervioso central”, concluye este estudio titulado: *“Human placenta-derived mesenchymal stem cells stimulate neuronal regeneration by promoting axon growth and restoring neuronal activity”.*

Texto completo disponible :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10766706/>

Fuente : UVF/ Front Cell Dev Biol

Dec 22;11:1328261. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38188022/>



ENTREVISTA A M.ª DOLORES MESA AROCHA

MATRONA, LA CONSTANCIA PERSONIFICADA, LUCHADORA Y DEFENSORA DE LO PÚBLICO. APASIONADA DE LA LACTANCIA MATERNA, LOGRA PARA FUERTEVENTURA (ISLAS CANARIAS) EL NOMBRAMIENTO DE ISLA IHAN DENTRO DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN EL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN)

Nuestra entrevistada de este mes de septiembre del 2024 es la constancia personificada, luchadora incansable persiguiendo sus objetivos y sus sueños, que pasan por defender la equidad en el acceso a la sanidad, la educación, y los servicios dentro del Sistema Público.

M.ª Dolores, Loli, como la conocen sus compañeras, y como la conocí yo, desprende una vitalidad contagiosa envuelta de alegría y pasión por su trabajo. Es de esas personas que cuando estás un rato a su lado te recarga las pilas y puedes observar lo querida que es y lo valorada que está entre su gente, sean de la misma isla o no. Logra todo lo que se propone junto con el equipo que la acompaña y que lidera de manera natural y eficiente.

P: Antes de empezar, agradecerte que accedieras a este “atraco” por mi parte. Te conocí recientemente durante el último Congreso de la IHAN, pero sabía que tenía que entrevistarte. Me prendé de tu carisma, de tu energía y pasión compartiendo tus conocimientos e iniciativas, que ya hablaremos de ello, así que, de nuevo, agradezco tu confianza para “tirarte” a esta piscina con una casi desconocida. Bueno, comencemos, ¿te sorprendió que te quisiera entrevistar?



R: Pues la verdad que sí, no me creo tan importante. Me sorprendió que consiguieras mi número, que me llamasas y quisieras conocerme y entrevistarme. Me resulta difícil hablar sobre mi propia vida, para mí siempre ha sido más fácil conversar y compartir.

P: Pues así va a ser, conversando y sobre todo, que te sientas cómoda. Cuéntame algo de tus orígenes, creo que erais familia numerosa, ¿no?

R: Si, numerosísima! Jajaja! Soy la cuarta de 6 hermanos, bueno en realidad 7, en mi familia hubo una muerte neonatal en el hermano que nació tras mi nacimiento. Yo siempre cuento que mis hermanos mayores, nacieron los tres en casa, mi madre contaba los partos con total naturalidad y yo siempre escuchaba las historias de esos partos. Yo fui la primera en nacer en un centro hospitalario y a mi madre no le gustó mucho la experiencia.

P: Hablando de tu madre ¿hay antecedentes en tu familia de alguien que sea sanitario?

R: Para nada. Mi padre era panadero y mi madre ama de casa, vengo de una familia muy humilde y estudié con becas. Soy la primera persona de mi familia más cercana que realizó estudios universitarios. Mi padre me decía siempre una cosa, hagas lo que hagas intenta ser la mejor y disfrutar de lo que haces, el hacía pan, pero el mejor pan de toda la zona.

P: Creo que eso lo has grabado a fuego porque aun conociéndote poco, has seguido fielmente su consejo, pero y tu madre, ¿qué cualidad crees que has heredado de ella?

R: Mi madre fue una mujer luchadora, trabajadora como todas las mujeres de la época y con un corazón enorme, Carmelita, que así se llama, es la mayor cuidadora que he conocido, cuidadora para hijos, nietos, hermanos, sobrinos, amigos y vecinos, si alguien necesitaba algo ella procuraba estar allí para dárselo.

Con estas mimbres construí el cesto, me gustaba cuidar, me gustaban y me gustan muchos los niños, me gustaba estudiar y mis profesores me animaron por las carreras de ciencia y acabé en la escuela de enfermería de la ULPGC (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria).

P: Y además de heredar esas magnificas cualidades que ya marcan tu personalidad, y estudiar enfermería, profesión del cuidado por excelencia, ¿de dónde viene tu vocación por ser matrona?

R: En tercero de carrera, en el rotatorio por paritario, me enamoré del parto y decidí que yo sería matrona, me dejaron poner las manos y recibir a mi primer bebé, todavía hoy recuerdo ese momento como una de las experiencias más bonitas de mi vida profesional. Pero yo terminé en 1990 y ese año todas las escuelas de matronas estaban cerradas así que no podía ser matrona en esos momentos. Tendría que esperar algunos años, pero tenía claro que lo conseguiría.



P: ¿Entonces trabajaste de enfermera previamente?

R: Si, claro. Comencé mi vida como enfermera de Atención Primaria en la isla de Fuerteventura, ya que me casé con un mayorero (así se les llama a los de esta isla), en una consulta de enfermería de pediatría, siempre en contacto con la diada, lo cual me permitió no desvincularme del área materno infantil.

P: Pero tu querías ser matrona, mientras se habrían las escuelas, ¿te dedicas a tu maternidad?

R: Si, mi familia fue creciendo y tuve tres hijas maravillosas, entre medias me iba presentando al examen EIR para cumplir mi sueño, la primera vez en Andalucía, porque no pusieron examen en Canarias, pero sin mucho éxito, porque no podía estudiar y no sonaba la flauta. Pero también seguí trabajando y al mismo tiempo amamanto a mis tres hijas.

De hecho una compañera estaba haciendo un reportaje de la mujer trabajadora y me sacó una foto con mi primera hija para exponerla. Estábamos en el año 1991, cuando la teta se daba cada tres horas y 10 minutos de cada una. Jajaja!!

P: Tengo entendido que mientras esperas a que salga tu oportunidad para acceder a la formación de matrona, te inicias como profesional autónomo, cuéntame un poco esa iniciativa.

R: Como dicen que la necesidad despierta la creatividad, en 1995 ya con dos hijas, como no había ningún centro infantil por mi zona creo un centro de educación infantil en La Oliva con la ayuda de mi familia, mi hermana fue mi socia, mis hermanos me prestaron dinero y mi madre fue la abuela de todos los niños del centro de esa época. Compagino la crianza de mis tres hijas con mi profesión de enfermera y la gestión del centro infantil.



P: Como he hecho mis deberes, he indagado por ahí, y preguntado a gente que te conoce desde hace años y me cuentan que eres muy defensora de todo lo público, aun teniendo un centro privado, ¿cómo se compatibiliza eso?



R: Pues se compatibiliza bien porque lo hice por necesidad, no había centros infantiles para madres trabajadoras como era mi caso. Cuando mis hijas crecen y defendiendo la escuela pública terminó siendo la presidenta de la FIMAPA (Federación Insular de madres y padres de (Fuerteventura), eran años muy duros en la isla, el crecimiento poblacional fue muy alto y no había centros educativos, ni profesorado estable y los niños estudiaban en barracones. Hay políticos que aún me recuerdan en la calle, en manifestaciones pidiendo centros y profesorado, pidiendo una escuela pública de calidad para todos, independientemente de la isla en que vivieses.

P: Y mientras, pasa el tiempo y por fin vuelve la posibilidad de formarse como matrona pero vía EIR, ¿lo volviste a intentar?

R: Nunca me olvidé de que quería ser matrona y yo insistía, perdí la cuenta de cuántas veces me presenté al EIR, animar a todas las posibles matronas de vocación a que insistan, soy la prueba viviente de que se puede. Por fin y ya con 44 años me decido a estudiar en serio y me apunto a un curso online, aquello de que me corrigiesen exámenes y me preparasen para la prueba EIR funcionó y saco mi plaza en 2011.

P: Conozco algún caso como el tuyo, de hacerse matrona ya con una edad y con hijos ya criados, en tu caso, ¿Qué supuso para ti? ¿Cómo te sentiste entre el grupo de compañeras posiblemente más jóvenes?

R: Sé de algún caso como el mío, matronas en formación con hijos y años de experiencia, y creo que hay que valorarlas, consiguen su sueño de ser matronas, pero tienen una residencia más dura. En mi caso, me sentí siempre muy bien integrada en él.



Fueron dos años ayudándonos entre todas, había que estudiar mucho y trabajar aprendiendo , los lazos de mis “coerres” , como solemos decir, no se han roto , seguimos teniendo un grupo en común y mantenemos contacto, fue una buena promoción , su juventud y mi experiencia se unieron para hacernos mejores.

Parece mentira, pero me sentí peor tratada por algunas matronas de mi edad, que intentaban menospreciar mis conocimientos y experiencia de más de 25 años de profesión, pero a todas les agradezco su enseñanza, de todas pude aprender y ser lo que soy hoy.

P: Y ¿dónde te tuviste que formar? ¿Cómo fueron esos dos años como “residente”?

R: Realicé mi formación de matrona en el CHUIMI (Complejo Hospitalario Materno Infantil de Gran Canaria) y aunque fueron dos años muy duros, la formación fue muy buena, nos explicaron la fisiología del parto y la lactancia de forma excelente. Siempre me ha gustado aprender y estudiar y en la residencia se abren muchas puertas nuevas, me enamoré del parto, pero del parto respetado, me estudié



la Estrategia de Atención al Parto Normal (EPN) y comienzo a trabajar por un parto y una lactancia respetadas.

P: Sé todo lo que te ha supuesto el camino para la acreditación que da la Iniciativa para la Humanización en la Atención al Nacimiento y la lactancia (IHAN). ¿Cómo se te ocurre semejante proyecto?

R: En mi segundo año como residente, se reparten temas a profundizar y a mí me toca el tema de la IHAN. Decir que no sabía ni como se escribía, (risas), pero cuando me metí en la página y vi lo que era me enamoré por completo de esa iniciativa, me enfadé porque Canarias en aquel 2012 no estaba en el mapa de la IHAN, ningún centro público de Canarias había iniciado el camino. He sido una defensora de lo público, la educación pública, la sanidad pública y de la igualdad de oportunidades para todos, por lo tanto, tenía que luchar y conseguir ser un centro con la acreditación de la IHAN.

P: Y cambiando de tercio, tengo que felicitarte por pelear y lograr que Fuerteventura sea nominada como “Isla IHAN”, y ya camino de la última fase para la acreditación de tu centro y conseguir el galardón.

R: El defender la lactancia en todos los niveles, el que todos ayudemos a las mamás en ese camino y que los profesionales se formasen me llegó muy adentro. Eso era lo que quería. Yo había ayudado a muchas mujeres en sus lactancias desde mi consulta



durante años, pero era una gota pequeña, yo quería la IHAN para mí isla, para todas las mujeres que parieran en Fuerteventura, y debí defenderlo tan bien, que mis compañeras de promoción cuando terminamos me dieron un diploma que guardo con cariño.

P: Pero no ha sido un camino fácil, y ¡aún eres residente!, ¿y después?

R: Pues después terminé el EIR en mayo del 2013 y volví a Fuerteventura a trabajar de matrona. Durante años presentamos el proyecto IHAN a diferentes gerencias y siempre dijeron que no. Pero si han llegado leyendo hasta aquí comprenderán que soy un poco insistente así que en 2018 la gerencia da el visto bueno y comenzamos el proyecto. Ya no estaba sola, creamos un equipo



capaz de realizar el proyecto en nuestra isla, grupos de trabajo, jornadas de lactancia y lo que hiciera falta, sobre todo la que ha sido la clave del éxito, nuestra CLA (La Comisión de Lactancia del Área de Salud de Fuerteventura) donde se toman las decisiones finales y se une primaria con especializada para ir todos juntos. Entre todos hemos ido consiguiendo acreditaciones IHAN tanto de nuestro hospital como de nuestros centros de salud. Caminando hacia una isla IHAN.

P: Pero me ha dicho un pajarito que tú eres la presidenta de esa Comisión de Lactancia del Área, crees que tu personalidad y tu insistencia han favorecido el éxito en el objetivo que te marcaste?

R: Bueno, yo soy desde el 2018 la presidenta de la CLA, formadora de la IHAN desde 2019, y responsable de la acreditación del hospital y de los centros de salud hasta la fase 3D de la IHAN en la que estamos actualmente. Pero todo esto es posible gracias al equipo que hemos formado y al trabajo duro realizado, a la gerencia que ha apoyado este proyecto desde el principio y al trabajo y entusiasmo de todos mis compañeros de Fuerteventura.



Ahora hemos solicitado la fase 4D, que esperamos superar y poder conseguir el galardón IHAN.

P: Claro y todo esto con un cargo de gestión, eres la supervisora de paritorios...

R: Sí, mientras tanto también soy la supervisora del paritorio y hemos iniciado la formación EIR de matronas en nuestra isla desde el 2022. A veces me sorprende a mí misma por todo lo que llevo entre manos, pero como me apasiona mi trabajo, lo hago muy a gusto, la verdad.

P: Una pregunta, además de la impronta que han dejado tus padres en tu forma de ser, ¿hay alguna persona, a nivel profesional, que para ti haya sido importante en tu carrera profesional?



R: Pues sí, ahora que lo preguntas, Julia Jeppesen mi tutora de EIR y docente, que me dio el trabajo de la IHAN siendo residente y que también hizo enamorarme de la fisiología y a Paula La Laguna, coordinadora de la HAN que acudió a las primeras jornadas, se quedó en mi casa y me dijo que esto de la IHAN eran profesionales implicados que luchaban como yo por algo en lo que creían, su sencillez y cercanía me hicieron creerlo. Siempre me han apoyado y ayudado en todo.

P: Estamos llegando al final Loli, ¿qué mensaje le darías a las compañeras?

R: Animar a todas las matronas a seguir luchando y defendiendo a las mujeres, desde cualquier proyecto que suponga una mejora en la asistencia sanitaria a la diada.

Loli, hemos llegado al final de este rato entre amigas manteniendo una grata conversación, que aunque haya sido telefónica y me ha permitido escuchar ese acento isleño que me encanta, ha sido un verdadero placer compartir este tiempo contigo, tienes toda mi admiración, de verdad, por cómo la constancia y tener objetivos claros, te han llevado, en tan poco tiempo a poner a Fuerteventura en el mapa de la IHAN, como añorabas.

No todo han sido rosas, lo sé, también ha habido dificultades, con una pandemia de por medio, pero desearía, tanto personalmente, como en nombre de la Asociación Española de Matronas, que logres ese anhelado galardón IHAN que simboliza la calidad asistencial y profesional que mejor podemos ofrecer a ese binomio, como tu llamas, madre-hijo.

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



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.

ENCUENTRO ABIERTO RED EL HUECO DE MI VIENTRE

28 SEPTIEMBRE 2024

10:00. Presentación de la jornada

10:15. "Investigar las causas y avanzar en la prevención de la muerte perinatal" Jane Warland, matrona australiana, pionera en investigación y atención en la muerte perinatal

11:30. Descanso

12:00. "Formación de profesionales y campañas de salud pública". Jane Warland

13:00. Diálogo abierto

14:00. Comida

16:00. Paseo al aire libre

17:30. Café merienda

18:00. Taller de **acompañamiento en duelo perinatal**

19:30. Descanso

19:45. Yoga / Taller de libros y cuentos sobre duelo perinatal

21:00. Cena

22:30. Jam session

 **En Casa Emaús**

C/ Uceda, 45. Torremocha de Jarama. Madrid



el hueco de
mi Vientre

Inscripciones hasta el 20 de septiembre 2024 en:



redelhuecodemivientre@gmail.com

15 euros por persona día completo con comida

INSCRIPCIONES:

redhuecodemivientre@gmail.com

CONGRESO ENTRENA OBSTETRICIA 2024.

"Vente de guardia"

Fechas: 9-11 de diciembre 2024

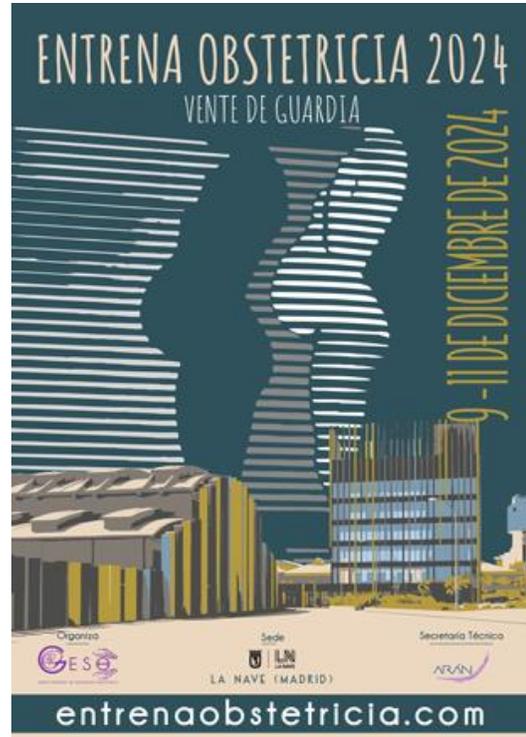
Lugar: La Nave (C. Cifuentes, 5, Villaverde, 28021 Madrid)

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 semanas.

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:
ENCRUJADAS ACTUALES

20, 21 y 22 Febrero
Online

ASMI ASMI.ES
WAIMH WAIMH
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/>

INVITACIÓN



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

¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

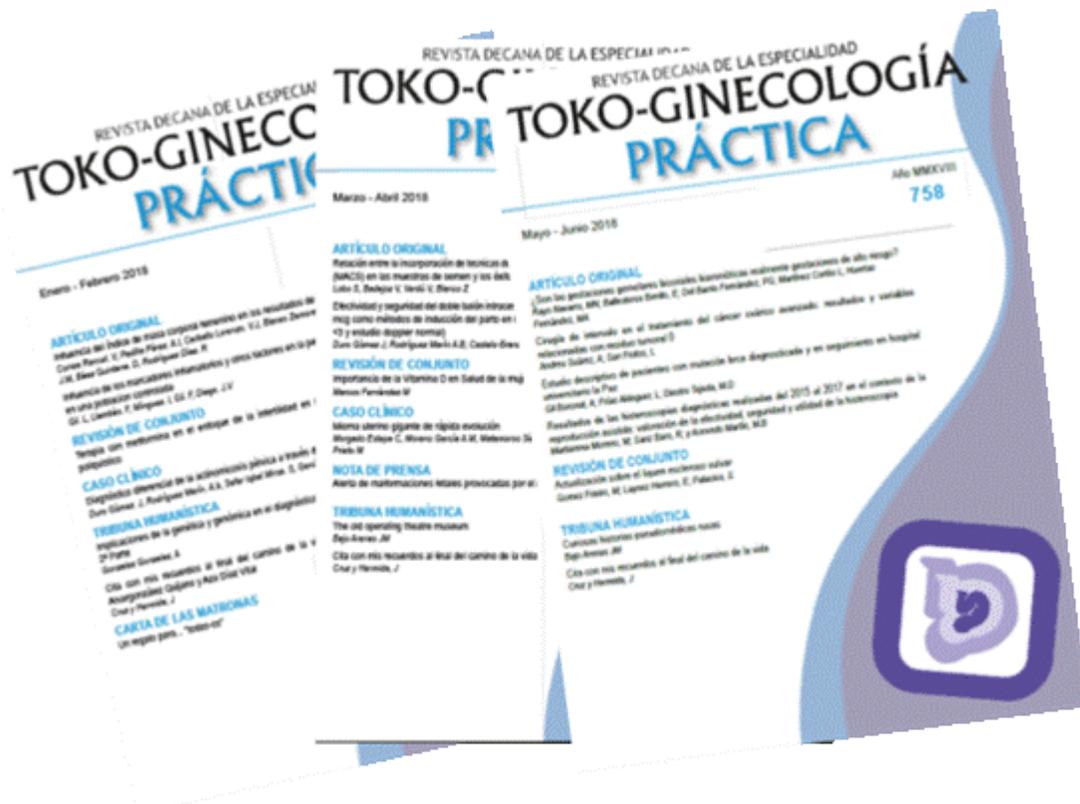
¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

infomatronas@gmail.com

Matronas hoy es una publicación que 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.



VILLALONGA DEDICA UNA CALLE A DÑA. ASUNCIÓN TARRASÓ LLOPIS, MATRONA DURANTE 40 AÑOS



El pasado viernes el Ayuntamiento de Villalonga inauguró una calle en reconocimiento a, Dña. Asunción Tarrasó Llopis apodada "Sunsion la comare", quien ayudó a nacer a centenares de niños en la localidad.

Fue la matrona del pueblo desde los años 30 hasta los 70 del siglo pasado y todo un ejemplo de valentía y empoderamiento femenino en unos momentos nada propicios. "Reconocer y valorar su trabajo es el mejor ejemplo para darle nombre a una de las calles más queridas del distrito de l'Alcúdia", apuntaron fuentes municipales.

En el acto intervinieron el alcalde, Juanjo Sanchis, el concejal Domingo García, el historiador Vicent Ferrer, Nuria Rayo, vecina y matrona, y Marita y Asunción, dos nietas, que fueron las encargadas de descubrir la placa.

Esta calle estaba dedicada a Ramón Franco, hermano del "Generalísimo", por lo que la retirada del nombre se hace en cumplimiento de la Ley de Memoria Histórica. La iniciativa de dedicarla a Asunción partió del grupo municipal de Compromís.

Fuente:



Este reconocimiento se suma a las 372 Calles, Espacios y Edificios Públicos con Nombre de Matrona recogidos en dos trabajos publicados en la revista Matronas hoy en 2013 y 2023 (La huella de las matronas en el callejero español).

Curiosamente, en la Comunidad Valenciana se encontraron un total de 52 calles y espacios dedicados a matronas.

https://www.aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/11/MATRONAS_HOY_3E_2013_N01.pdf

<https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2024/01/MATRONAS-11-3-baja-res-ENERO-24-1.pdf>



SISTEMA NACIONAL DE PUBLICIDAD DE SUBVENCIONES Y AYUDAS PÚBLICAS

¿Qué tipos de proyectos se pueden presentar?

Proyectos de comunicación social de la ciencia y la tecnología, de cualquier temática, y dirigidos a cualquier segmento de la población.

Además, en esta convocatoria tienen su lugar específico los siguientes tipos de proyectos:

- Programas anuales de actividades de Unidades de Cultura Científica y de la Innovación (UCC+I).
 - Ferias de la ciencia, en las que jóvenes estudiantes no universitarios con la ayuda de su profesorado exponen proyectos experimentales llevados a cabo en los centros escolares.
 - Ciencia Ciudadana, entendida como cualquier actividad que involucra al público en la investigación científica.
 - Arte, Ciencia, Tecnología y Sociedad, para proyectos que planteen sinergias y generen espacios de conocimiento compuesto entre estos ámbitos.
 - Investigación y práctica en la comunicación científica, para proyectos que fomenten que las actividades de comunicación científica estén informadas por los últimos conocimientos derivados de la investigación, a la vez que generar nuevo conocimiento.
-
- Financiación de hasta el 70% del coste del proyecto
 - Anticipo del 60% de la cantidad financiada
 - Ejecución a partir del 1 de julio de 2025

TODA LA INFORMACIÓN:

- https://www.convocatoria.fecyt.es/Publico/Convocatoria/_Recursos/Convocatoria_ayudas_fomento_cultura_cientifica_2024.pdf
- <https://www.boe.es/boe/dias/2024/07/25/pdfs/BOE-B-2024-27330.pdf>

MARIA MONTESSORI

De nuevo os traigo una película que os recomiendo, me pareció fantástica. Es una película Franco-italiana de LEA TODOROV, actriz, escritora y directora de cine. En París en 1900 Francia hereda hoy en día una reputación de ser un país de protocolo y buenos modales. Tiene valiosas tradiciones, entre ellas la gastronomía, al igual que la alta costura y tradiciones relacionadas con el lujo.

Maria nació en Italia (agosto en 1870 y fallece en mayo 1952) en el seno de una familia burguesa, católica y padre militar de profesión. Aunque sus padres tenían para ella la expectativa de que hiciera magisterio, pues era casi la única salida profesional que había para las mujeres en esa época.

Montessori rompió las barreras y expectativas de género cuando se inscribió en clases en una escuela técnica para hombres, para convertirse en ingeniera. Finalmente decidió hacer medicina siendo a los 26 años una de las primeras medicas de Italia.

Montessori, fue médica, pedagoga, filósofa, activista feminista, italiana y católica.

Como educadora fue conocida por su filosofía de la educación que lleva su nombre, y por sus escritos de pedagogía científica que siguen estando vigentes en muchas escuelas públicas y privadas del mundo.

Paralelamente en este mismo año 1898 tuvo un hijo secreto Mario Montessori fruto de una relación con su colega Giuseppe Montisano, que fue cuidado en el campo por una familia a las afueras de Roma. María lo visitaba con cierta frecuencia, pero hasta que Mario Montessori tuvo 15 años no supo que era su madre

La película está ambientada en París 1900. Lili es una popular cortesana que esconde un secreto. Su hija Tina nace con una discapacidad y la mantiene alejada para no perjudicar su reputación. Cuando debe, irremediablemente, hacerse cargo de ella marcha a Roma y conoce a María Montessori.



Ambas se van haciendo cómplices de sus secretos.

Hay un giro interesante en la película donde María anima a su compañero y pareja para que los abuelos se hagan cargo de su hijo y este no quiere, en cambio decide casarse con una mujer de la alta sociedad traicionando la confianza de María. Ya que se habían comprometido, pero no pensaban casarse. María cae en una profunda melancolía, pues estuvo apoyándole, relegada y minusvalorada por los acólitos y autoridades de la época, cobrando menos y en segundo plano.

La amistad con Lili la sacó del ostracismo y la ayudó a moverse por la alta sociedad para que le patrocinasen su proyecto educativo. Continúa con su proyecto y pasión de una manera más independiente y empoderada por el mundo ... simultáneamente facilito que el hijo viviese con su padre y su nueva pareja hasta los 15 años.

FRASES CELEBRES DE ESTE METODO

1. *El instinto más grande de los niños es precisamente liberarse del adulto.*
2. *El niño, guiado por un maestro interior trabaja infatigablemente con alegría.*
3. *El niño que tiene libertad y oportunidad de manipular y usar su mano en una forma lógica y usando elementos reales, desarrolla una fuerte personalidad. Además, el niño debe estar en contacto con la naturaleza;*

pues le permite experimentar con ella in situ.

4. *La mayor señal del éxito de un profesor es poder decir: Ahora los niños trabajan como si yo no existiera.*

5. *El niño que ha aumentado su propia independencia cada vez adquiere más seguridad, las rutinas se van haciendo predecibles, la adquisición de nuevas capacidades se desarrolla con libertad de acción y con amor refiriéndose al respeto, responsabilidad, límites, empatía y paciencia.*

6. *La mejor enseñanza es la que utiliza la menor cantidad de palabras necesarias para la tarea. Montessori promueve que cuando el niño tiene una duda consulte primero a sus pares, luego a un compañero de mayor edad, luego un libro y si no entonces acuda al adulto. De esta manera el niño gana independencia.*

Entre 1898 y 1900 trabajó con niños considerados perturbados mentalmente. Se dio cuenta de que estos niños tenían potencialidades que, aunque estaban disminuidas, podían ser desarrolladas y que eran dignos de una vida mejor. En este momento decidió dedicarse a los niños durante el resto de su vida. Tenía dos ayudantes sin ninguna preparación docente, sin prejuicios ni ideas preconcebidas. Logró que los niños realizaran el examen estatal: obtuvieron resultados similares a los de los niños normales.

En un Congreso Internacional de Mujeres en Londres en su faceta feminista (1890) denunció las condiciones de vida de las maestras rurales en Italia y de los niños forzados a trabajar en las minas en Sicilia. Defendió el derecho de las mujeres solteras a entrar al mundo del trabajo y su derecho a decidir sobre el matrimonio y el control de sus bienes, enarbolando desde entonces la bandera de la equidad salarial entre mujeres y hombres.

En el libro "Por la causa de las Mujeres" se recogen textos en los que la autora defiende

un modelo de «mujer nueva», consciente de su potencial y artífice de su propio destino.

Defiende el derecho al voto y a la educación, el trato paritario en el trabajo y en el matrimonio reflejando el inicio de la emancipación femenina.

En 1915 realizó un viaje a Estados Unidos en el que le acompañó por primera vez su hijo Mario Montessori con 17 años. Fue el comienzo de una asociación permanente entre madre e hijo tanto en el trabajo como en la vida personal.

Me conmueve durante toda la película como una mujer renuncia a su hijo por todos los prejuicios sociales de la época y en cambio se dedica a educar y amar a hijos de otros por todo el mundo.

Charo Sánchez Garzón. Matrona

PARTEROS Y PARTERAS FAMOSAS, APUNTES BIOGRÁFICOS, G.J.A. Witkowski (1891)



PRIMERA PARTE. I. — PARTERAS FAMOSAS

Parteras de la antigüedad.

En primer lugar debemos en una mención a las dos parteras bíblicas Phua y Siphra (1), quienes tuvieron el valor de desobedecer las crueles órdenes del Faraón, alegando que como las mujeres de los hebreos estaban acostumbradas a dar a luz solas, la gente siempre llegaba demasiado tarde para ayudarlas.

En Grecia, citaremos a Elephantis, que da poco honor a la profesión (2), a la tebana Olympias y a Aspasia. ¿Quién fue esta última?. ¿La famosa mujer milesia con la que se casó Pericles?; ¿Aspasia apodada "el ombligo"?; ¿Aspasia la amante de Ciro el Joven (3)? Es imposible establecer nada al respecto.

Misma incertidumbre sobre la Laïs de la que habla Plinio. ¿Fue la famosa cortesana? Lo único cierto es que esta Laïs aconsejó tajantemente el aborto, como Hipócrates, y que lo practicó con destreza. Tenemos mejor información sobre Soteira; su reputación era tal que se ganó el nombre que equivale al latín Salvatrix (salvadora), en francés Libératrice (liberadora o libertadora).

Diodoro de Sicilia relata que en una batalla entre los Lacedemonios (personas originarias de Lacedemonia, antiguo nombre de Esparta) y los Tegeates (personas originarias de la ciudad principal de la Arcadia de la Antigua Grecia) en la que las mujeres tomaron

parte activa, una luchadora, Marpessa, al ver a su marido muerto a su lado, fue vencida por los dolores del parto y rescatada por Lasthenia.

Esta historia parece singularmente improbable.

Encontramos, en el mitógrafo Higino, la siguiente historia sobre una supuesta partera llamada AGNODICE: *“Los antiguos atenienses habían prohibido a las mujeres la práctica del parto. Una joven, llamada Agnodice, quería aprender este arte. Para lograr este objetivo, se cortó el pelo, vistió ropa de hombre y fue a estudiar con un tal Herófilo. Después de aprender su arte, iba a casas de mujeres que sabía que estaban enfermas, y cuando no querían confiar en ella, pensando que era un hombre, abría su túnica dando prueba de su sexo, y luego las trataba. Los médicos, al ver que ya no les llamaban las mujeres, comenzaron a acusar a Agnodice, diciendo que era un libertino, un corruptor, y que las mujeres fingían enfermedades para tener la oportunidad de llamarlo”.*

Cuando se presentó ante el Areópago, fue condenada, pero levantándose la túnica les mostró que era mujer. Los médicos recurrieron entonces a otras acusaciones más graves; pero las mujeres más influyentes fueron a la corte y dijeron a los areopagitas: “No sois esposos, sino enemigos; porque ella encontró la manera de salvarnos, la condenáis”. Luego los atenienses corrigieron la ley para que a las mujeres libres se les permitiera aprender medicina.

(1) V. *Historia del parto entre todos los pueblos*, p. 442, 646.

(2) Suponiendo que se trate del mismo personaje del famoso pornógrafo cuyas obras Tiberio, según Suetonio, compró tan caras.

(3) Sue cuenta una anécdota relativa a la que fue amante de Ciro: *“Cuando aún era joven, le apareció en la barbilla un tumor que la puso muy fea, y que la sumió en la tristeza; su padre, que no estaba menos angustiado que ella, la llevó a un médico que le prometió curarla por tres staters (entre 12 y 15 francos de nuestra moneda); pero Hermitine (así se llamaba su padre) dijo que no tenía esta suma, y el médico respondió que tampoco tenía el remedio, el padre y la hija regresaron aún más tristes. Sin embargo, habiendo adormecido a Aspasia el exceso de dolor, se dice que le vino un sueño para consolarla: vio una paloma, la cual, transformándose en mujer, le dijo: Ten ánimo, Aspasia; Toma rosas ofrecidas a Venus y ya marchitas, tritúralas en tus manos y aplícalas sobre este tumor. Habiendo considerado este sueño como una orden de la propia Venus, aplicó el remedio y el tumor desapareció.*



Sacombe expresó esta anécdota en malos versos, en su Luciniada

A pesar de la autoridad de Higino, confirmada por la de Sacombe, toda esta historia es evidentemente apócrifa. Quizás los médicos de Atenas en algún momento levantaron la guardia frente a competidores formidables; pero es falso afirmar que las mujeres atenienses no recurrían a las parteras, ni siquiera en tiempos muy antiguos. Más bien sería todo lo contrario.

En un volumen anterior (1), mencionamos de pasada el nombre de Fenarete, madre de Sócrates (2). El filósofo, siguiendo a Diógenes Laercio, se felicitaba de ser hijo de una matrona y, en alusión a sus métodos de discusión, gustaba llamarse partera de los espíritus (3). Es más, parece que, en la antigüedad, los estudios de medicina eran un honor incluso entre las reinas. Cleopatra, reina de Egipto, había escrito una obra sobre las enfermedades de la mujer, donde daba la descripción de un pesario contra la furia uterina, y Artemisia, reina de Caria, también se incluye entre las mujeres que practicaban el arte obstétrico.

Al menos eso es lo que dice Plinio, pero agreguemos que Plinio carece absolutamente de crítica y que su testimonio aislado puede ser cuestionado.

No encontramos más a destacar en la antigüedad que la griega Philista, hermana del filósofo Pirrón. Delacoux cita a un tal Berecunde, basándose en la autoridad de Aulo-Gelio; éste sería incluso el único escritor que habló de esta partera.

Desafortunadamente, si el nombre está sólo en Aulo-Gelio, no está en ninguna parte,

pues las "Nuits attiques" (única obra conocida de Aulo-Gelio) no la menciona.

Notemos también, de paso, que Berecunde ni siquiera es una forma latina.

En cualquier caso, esto es lo que dice Delacoux sobre este tema matronal; le dejamos a él la responsabilidad de estos detalles: "Entre las damas romanas, gozaba de gran reputación y se decía que tenía conocimientos muy amplios de medicina. No sabemos con precisión en qué época de Roma vivió; pero todo hace pensar que fue en época de los emperadores. Todavía encontramos en el libro de las Mujeres Ilustres de Boccaccio, edición de 1476, en caracteres góticos, impreso en Lyon, en el capítulo de Agripina, esposa de Germánico, el nombre de Berecunde. Lo que sugiere que esta partera bien podría haber ayudado a Agripina en sus muchos trabajos de parto es la palabra clara, matrona, la que Boccaccio (4) utiliza con respecto a Berecunde.

No sabemos en qué fuente se basó este autor."

Parteras de la Edad Media.

Algunos historiadores hablan de una tal María que asistió a la esposa de Basilisco, emperador de Oriente; sólo sabemos su nombre.

En el siglo VIII, Théodore Priscien dedicó una de sus obras a una partera llamada Salvina, en la edición de Basilea, y Victoria, en la de Estrasburgo; probablemente gozaba de cierta reputación bajo este doble nombre.

(1) Véase nuestra *Histoire des accouchements chez tous les peuples* (Historia del parto entre todos los pueblos), p. 648.

(2) Mauriceau, a este respecto, decide darle al nombre de partera un origen honorable para la corporación, pero lamentablemente fantasioso. "Este nombre", dice, "proviene del hecho de que la madre de Sócrates, que tenía fama de ser la más sabia de toda Grecia, practicaba el arte del parto."

(3) Porque, dijo, extraía concepciones filosóficas de sus discípulos, como su madre extraía hijos del vientre materno. "Por eso", escribe Siebold, "se llamó a sí mismo partera moral y su forma de filosofar se llamó: *Ars obstetricia Socratis*. una obra de Lossius que, bajo el título *De arte obstetricia Socratis*, comenta este arte, ha sido citada en el manual de un reconocido profesor entre aquellas en las que se puede aprender a conocer más completamente como era el parto entre los griegos. ... *Difícil est satyram non scribere*. (Es difícil no escribir sátira.)

(4) O mejor su traductor.

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



En el siglo XII apareció un escrito sobre las enfermedades de la mujer: *“Trotulæ curandarum ægritudinum muliebrum, ante, in et post partum”* (Medicamentos para el tratamiento de dolencias femeninas, antes, durante y después del parto) que, aunque firmado por Eros, médico salernitano, parece sin duda inspirado por una famosa partera de la época, Trótula. También hemos constatado la existencia de un manuscrito que lleva por título: *“Trotula in utilitatum mulierum et pro decoratione earum, scilicet de facie et de vulva earum”* (Trótula en beneficio de la mujer, y para su adorno, es decir, de su rostro y vulva). Este título indica, dice Herrgott, el cuidado que esta mujer brindaba a sus compañeras para preservar todas sus ventajas físicas, entre las cuales, sin duda, deben colocarse en primer lugar los cuidados de conservación y restauración de las partes genitales dañadas durante el parto.

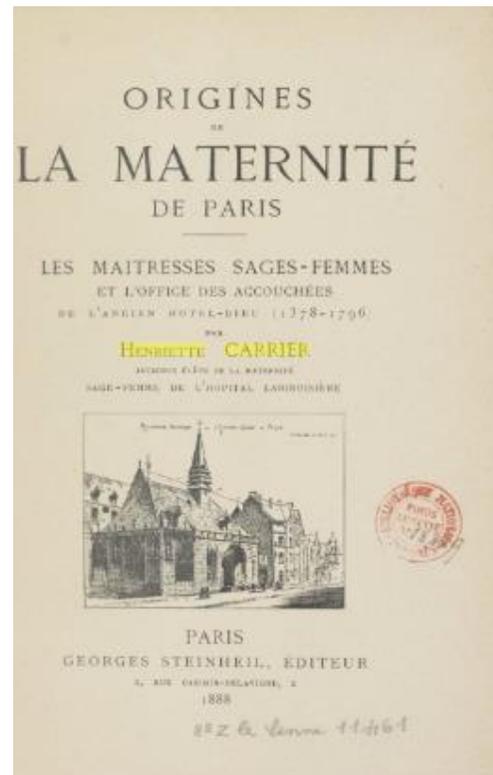
Entonces Herrgott reivindicó la prioridad de la perineorrafia para esta habilísima practicante. Antes que ella, los médicos se limitaban a recomendar el uso de determinados cosméticos para estrechar los tractos genitales demasiado flojos.

En el siglo XIII, el Livre de la Taielle (1294) contiene los nombres de algunas ventrières (parteras), pero no se conoce ninguna por otra parte.

Del siglo XIV, en los archivos de la Asistencia Pública sólo quedan documentos que atestiguan que en 1378 había una ventrière (partera) en el Hôtel-Dieu, llamada Juliette (1).

A principios del siglo XV, Perette, ventrière 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 (fig. 1). 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”*.

(1) Henriette Carrier. *Les origines de la Maternité de Paris.*



NOTA: Transcribiremos el acta en el próximo íntegramente aunque el idioma francés antiguo (XIV) junto con la redacción judicial de la época, puede resultar en una lectura pesada, aunque interesante el fondo del asunto que muestra las creencias y supersticiones de la época y el temor y condena de la brujería, la herejía por parte de la represión inquisitorial iniciada en Francia en el siglo XII.



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.

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



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

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

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

3.-CONTENIDOS

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

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

2.- Bases anatómicas del suelo pélvico:

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

3.- Bases fisiológicas del tracto urinario inferior:

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

4.- Bases fisiológicas del tracto digestivo inferior:

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

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



5.- Prolapsos genitales:

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

6.- Valoración de la estática corporal y perineal:

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

7.- La recuperación y reeducación del suelo pélvico.

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

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

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

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

DIRIGIDO A:

Matronas y residentes de matronas

Número máximo: 20 alumnos

Profesora: Lola Serrano Raya

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

DURACIÓN HORAS: 20 horas

ACREDITADO

+ de 46 AÑOS + de 46 LOGROS



