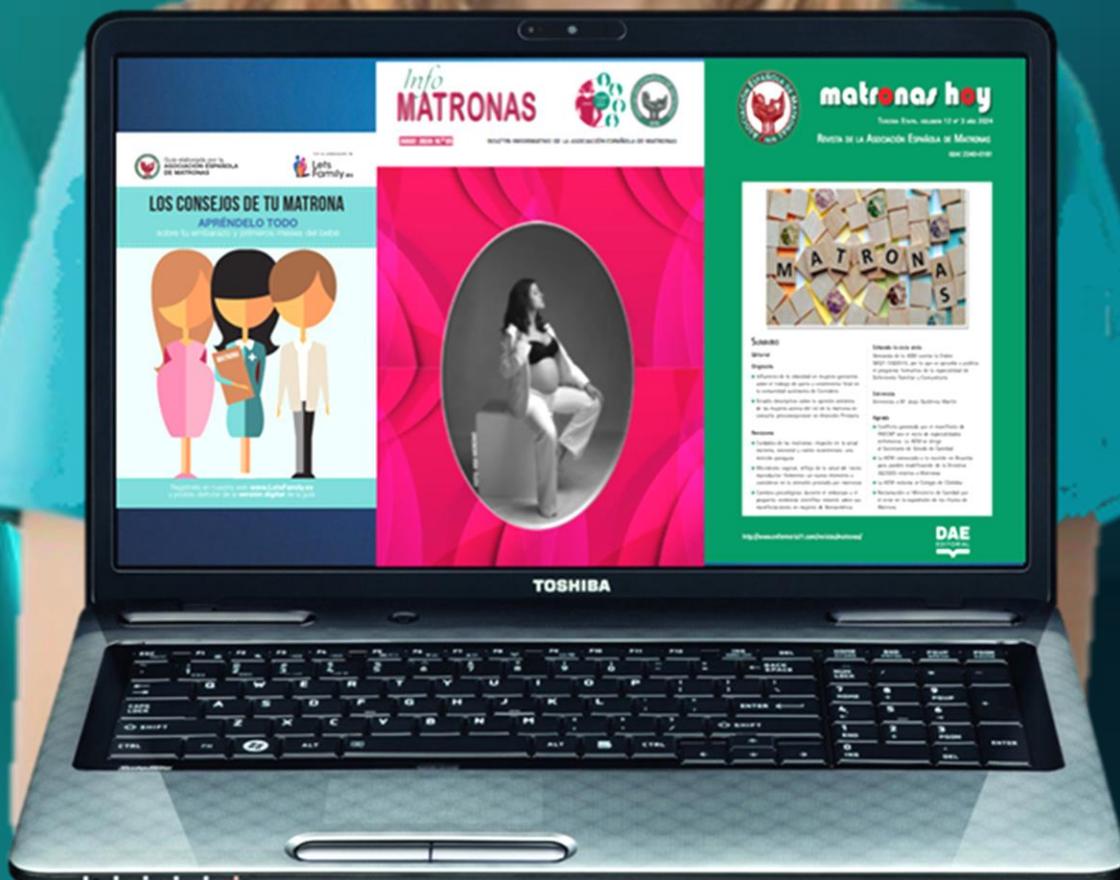


Info MATRONAS



MARZO 2025 N.º 89

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas las matronas de España, de forma gratuita en formato "on line". Con una periodicidad bimensual (desde 2023) buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

Los contenidos originales proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas y de otros medios, pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que, puedan ser didácticas o aleccionadoras para los de más, enviándolos a:
infomatronas@gmail.com

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M.ª Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fraguas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Elena Fernández García
Ana M.ª Anocibar Marcano

DEPOSITO LEGAL: M-12001-20023
ISBN: 987-84-09-49775-1

www.aesmatronas.com

En este número:

❑ ESPECIAL I:

- EL CORPORATIVISMO PROFESIONAL

❑ HEMOS LEIDO:

- EUROSTAT REVELA LAS DIFERENCIAS EN LA DISTRIBUCIÓN DE SU PERSONAL DE ENFERMERÍA Y ASISTENCIA SANITARIA: LA MAYOR, LA DE LAS MATRONAS
- RECONOCER EL TRABAJO PARA ESTABLECER LA IGUALDAD SALARIAL ENTRE MUJERES Y HOMBRES: EL CASO DE LAS MATRONAS

❑ MUY INTERESANTE:

- NUEVOS FACTORES MATERNO QUE PREVIENEN EL BAJO PESO AL NACER.
- UN TEST DIAGNÓSTICO CREADO CON PARTICIPACIÓN ESPAÑOLA EVITARÁ LAS BIOPSIAS PARA DETECTAR CÁNCER DE ENDOMETRIO
- FRUCTOSA ARTIFICIAL, ¿NUEVO ENEMIGO DE LA GESTACIÓN?
- LAS EMBARAZADAS ESPAÑOLAS CON 35 AÑOS O MÁS PRESENTAN DÉFICITS NUTRICIONALES QUE PODRÍAN AFECTAR A LA SALUD DE LA MADRE Y DEL FETO
- EL ESTRÉS DEL EMBARAZO Y LA SALUD MENTAL AFECTAN EL MICROBIOMA BUCAL

❑ ENTREVISTA CON:

- SACRAMENTO CANDAU CACERES

❑ BREVES:

- CURSOS SERCFEC
- 7º CONGRESO ECIC 2025
- 38 CONGRESO DEL FETO COMO PACIENTE
- II CONGRESO NACIONAL SOBRE IA PARA ENFERMERIA
- III TALLER DE ETICA EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL
- I JORNADA DE ENFERMERIA GINEONCOLOGICA
- OFERTA DE EMPLEO
- CURSO HIBRIDO ADOLESCENCIA
- ENCUESTA WATER WIPES

❑ BUENAS NOTICIAS:

- NUEVA CAMPAÑA DE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO
- LA COMUNIDAD DE MADRID RECUPERA LA FORMACIÓN TEÓRICA PRESENCIAL DE LAS FUTURAS MATRONAS TRAS EL CORONAVIRUS
- PUBLICACIÓN: COMPETENCIA BÁSICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA
- LAS MATRONAS CUALIFICADAS MEJORAN LA SALUD DE LA MADRE Y DEL BEBÉ Y AHORRAN MILLONES DE EUROS A LOS SISTEMAS SANITARIOS
- ACTUALIZACION EN PROGRAMAS DE SALUD DE LA MUJER
- CAMPAÑA DEL MINISTERIO DE SANIDAD "HABLEMOS DE MENOPAUSIA"
- CRONICA DEL III CONGRESO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DUELO PERINATAL Y SALUD MENTAL

❑ RECOMENDACIONES

❑ PARTEROS Y MATRONAS CÉLEBRES



EL CORPORATIVISMO PROFESIONAL

Hace apenas un par de semanas una compañera me comenta que está muy interesada en la revisión del Código Deontológico de Enfermería de la Comunitat Valenciana que debe publicarse en el 2026. Su inquietud, palabras textuales, responde a que *“se ha dado cuenta que no hay ningún artículo que haga referencia a fomentar el corporativismo dentro de nuestra profesión, tal y como tienen los médicos”*.

Me puse a pensar, y por supuesto, a buscar documentación al respecto, planteándome ciertas preguntas, ¿qué entendemos por corporativismo?, ¿somos un colectivo corporativista las enfermeras en general y las matronas en particular?, ¿tiene diferentes lecturas según el contexto en el que se produzca?, ¿el corporativismo es un valor ético?, ¿debe estar regulado en un código deontológico?. Muchas preguntas cuyas respuestas me gustaría compartir.



MARCO CONCEPTUAL

A veces leemos en distintos formatos, medios o contextos el concepto “corporativismo”. Pero andamos despistados una mayoría, sobre el calado de tal vocablo. Para evitar erróneas interpretaciones, que en muchas ocasiones conllevan discusiones absurdas, es muy recomendable consultar el diccionario, habitualmente el de la RAE.

Según este diccionario, hablamos de doble significado: *“grupo o sector profesional” (corporación) o “actitud de defensa a ultranza de la solidaridad interna y los intereses de sus miembros” (de la corporación).*

Para seguir avanzando, hablamos de **corporación** para referirnos a una organización o entidad con sus propias normas y cuyas funciones suelen estar establecidas por ley. Sin tener que ir más lejos, un ejemplo son los Colegios Profesionales como corporaciones de Derecho Público. Esto significa que tienen personalidad jurídica propia y plena capacidad para la consecución de sus fines que, esencialmente, son la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación institucional exclusiva de las mismas cuando estén sujetas a colegiación obligatoria, la defensa de los intereses profesionales de los colegiados y la protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de sus colegiados.



Así que, entendiendo que, por ley, toda enfermera o enfermero está obligado a estar colegiada o colegiado en su colegio profesional de la provincia donde vive o ejerce su profesión, ¿podemos decir que somos corporativistas por pertenecer a una corporación? Responderé más adelante.

Volviendo a la segunda definición de la RAE, actitud o tendencia de quien defiende de manera



excesiva o abusiva los intereses de los miembros de su sector profesional, el corporativismo se sitúa como *“tendencia grupal a defender a toda costa sus intereses sin tener en cuenta ni la justicia ni las implicaciones o perjuicios que puedan causar a terceros”*. ¿Significa esto que debemos defender a cualquier colega o grupo de colegas hagan lo que hagan por el mero hecho de ser miembros y pertenecer a la misma corporación?. Parece que de nuevo siguen surgiendo preguntas, pero intentaré contestarlas todas, paciencia.

❑ **Conceptos básicos del corporativismo**

Para comprender mejor el corporativismo, identificamos algunos conceptos fundamentales que nos permitirán analizar su influencia y alcance en la sociedad.

- **Agrupación Sectorial:** Las empresas y profesionales de un mismo sector se unen en asociaciones o corporaciones.
- **Interés Común:** Los miembros de una corporación comparten un interés común, que puede ser la defensa de un sector económico, la promoción de estándares industriales o la influencia en políticas gubernamentales.
- **Lobby:** Muchas corporaciones practican el lobby, o cabildeo, para influir en las decisiones políticas y legislativas que pueden afectar sus intereses.
- **Regulación:** A través del corporativismo, las corporaciones pueden buscar un ambiente regulatorio más favorable para sus actividades.

❑ **Características del corporativismo**

A su vez, el corporativismo tiene una serie de características o conjunto de rasgos que definen su operación y objetivos dentro del marco social y económico, como son:

- **Organización jerárquica:** Las corporaciones suelen tener una estructura interna jerárquica que facilita la toma de decisiones y la representación de intereses.
- **Relaciones con el Estado:** Existe una relación estrecha y frecuente entre las corporaciones y las instancias gubernamentales, en búsqueda de políticas que beneficien a los sectores representados.
- **Influencia colectiva:** Al actuar juntos, los miembros de una corporación pueden ejercer mayor influencia que individualmente.
- **Fomento de la solidaridad:** Se promueve la solidaridad y colaboración entre los miembros para alcanzar objetivos comunes.

❑ **Tipos de corporativismo:**

Existen diferentes tipos de corporativismo, cada uno con un enfoque y propósito específico:

- **Corporativismo de estado:** Este modelo implica que el estado reconoce y utiliza corporaciones como intermediarios entre el gobierno y las empresas o sectores sociales para el desarrollo de políticas públicas.
- **Corporativismo social:** Se centra en la colaboración entre empleadores, trabajadores y el Gobier-



no para determinar las políticas laborales y económicas.

- **Corporativismo privado:** Agrupación de empresas y asociaciones profesionales que defienden sus intereses sin una implicación directa del Estado.

MARCO ÉTICO Y MORAL

Todas y todos hemos escuchado alguna vez la frase de *“es que los médicos son muy corporativistas”*. Es cierto que se defienden muy bien entre ellos, que son *“una piña”* ante cualquier *“ataque externo”* no solo a su corporación (colegio profesional) sino entre ellos, internamente.

En su código deontológico no hay ningún artículo que regule *“el corporativismo”*, sin embargo, lo llaman *“confraternidad”*, sinónimo de *hermandad, compañerismo, con una relación de cariño y solidaridad*.

En concreto, en su código deontológico, capítulo 11 (Relaciones de los médicos entre sí y otros pacientes), el artículo 46.1 dice: *“Los médicos deben tratarse entre sí con lealtad, respeto y deferencia independientemente de la relación profesional o jerárquica que exista entre ellos.*

La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella solo tienen preferencia los derechos de los pacientes.”



No quiero ser malvada, pero cuando decimos que los médicos son corporativistas es en un sentido más bien despectivo, porque se defienden a ultranza, incluso por encima de los derechos de los pacientes. Si, ya sé que no es siempre, ni todos, pero conocemos casos reales.

Pero no solo queda reflejado en ese artículo, tienen más, el artículo 46.2: *“El médico se debe abstener de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de pacientes, de sus familiares o de terceros, así como en medios de comunicación o en redes sociales, será considerado una circunstancia agravante.”* Curioso artículo, ¿no? Entre nosotras, las redes sociales (RRSS) están llenas de críticas, ataques, y desprestigios de unos y otros profesionales, entre médicos, entre médicos y enfermeras, entre enfermeras, bueno creo que no hace falta explayarme mucho con esto porque es bastante obvio para quienes estén por algunas de las redes.

Sigamos, que esto no se queda aquí, porque para evitar que ocurra lo anterior, tienen otro artículo, 46.4: *“Los desacuerdos profesionales de opinión y actuación entre médicos deben resolverse en el propio ámbito profesional o colegial”*, es decir, nada de airear los trapos sucios por ahí, lo que ocurre en casa se queda en casa, sería una manera de decirlo coloquialmente.



Sin embargo, para no incurrir en un grave encubrimiento de cualquier mala praxis, siguen dos artículos, el 48.2: *“El médico debe comunicar a las autoridades competentes, si fuera el caso, y a su Colegio de Médicos, las supuestas infracciones de sus colegas contra las reglas de la Deontología Médica o de la práctica profesional. Este deber no supone una vulneración de la debida confraternidad entre los médicos. Debe permitirse el anonimato en estas comunicaciones si se considera oportuno”* (¡claro, claro, no vaya a ser que luego tenga represalias!); y el artículo 49.3 *“El médico tiene la obligación deontológica de denunciar y promover la reparación de cuantas infracciones de la praxis médica se hayan podido cometer durante el trabajo en equipo”*. Aquí ya, no dicen de otro colega, sino *“del equipo”*, aquí la suspicacia del lector o lectora entrará en juego para interpretarlo.

Y volviendo a nuestro colectivo, en el Código Deontológico del Consejo General de Enfermería (1989) y hasta que se apruebe la nueva revisión, hay dos artículos que pueden hacer referencia a los límites del *“corporativismo a ultranza”*, el artículo 61: *“La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud.*

No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales” aquí no distingue sobre ningún miembro del equipo, eso significa que puede ser un facultativo, otro colega o una TCAE (técnico de cuidados auxiliares de enfermería). Y pregunto, ¿realmente creéis que se cumple?. Ya os adelanto yo que no. Suelen ser los pacientes los que denuncian o reclaman, no los profesionales entre ellos, aunque el siguiente artículo pretende que no haya que llegar a esos extremos. Así, el artículo 62 dice: “Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno”.



Y en el Código Deontológico del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (2016), solo hay dos artículos que podríamos relacionar con el tema, el artículo 31 que hace referencia al equipo de salud: (...) *“La enfermera jamás emitirá, en presencia de pacientes o terceros, críticas o juicios negativos contra ningún miembro del equipo asistencial”*. Aquí se nos obliga, aún sin decirlo explícitamente, a ser respetuosas con todos los miembros del equipo, sean médicos, otros colegas o TCAEs.



El otro artículo ya es que hace referencia a la seguridad del paciente, que debe estar por encima de todo, es el artículo 7, en el que además la enfermera está obligada a *“denunciar la mala praxis”* y que dice lo siguiente: *“La enfermera garantizará el derecho a la seguridad de la persona atendida, protegiéndola de prácticas incompetentes o no seguras: a) Si llegase a advertir prácticas inapropiadas, negligentes o que puedan poner en riesgo innecesario la vida o integridad de la persona, lo comunicará de inmediato a su superior jerárquico. b) Si se mantienen esas prácticas por parte de algún profesional sanitario, sin que se adopten medidas para atajarlas, dará cuenta de ello al Colegio Profesional*

al que dicho profesional esté adscrito. c) Si la enfermera fuera consciente de haber cometido un error en alguna de sus actividades, informará de inmediato a quien corresponda para minimizar los efectos adversos sobre la persona afectada y las consecuencias que de ello pudieran derivarse”.



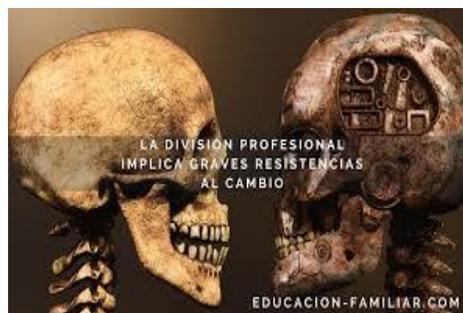
Y esto ¿lo sabe el colectivo?. Pues, y sin riesgo de equivocarme, os digo que no porque la mayoría, desgraciadamente, desconoce el código deontológico de su profesión.

Todos los artículos anteriormente descritos, también nos atañen a las matronas, porque formamos parte del colectivo enfermero, pero, y aunque no tiene cualidad sancionadora como los mencionados, la Asociación Española de Matronas (AEM) en su código tiene el artículo 36 en el que se expresa la necesidad de ser respetuosas con el resto de los miembros del equipo: **“La matrona al igual que la mayoría de los profesionales de la salud trabajará casi siempre en equipo. Este modelo, optimiza las decisiones clínicas en su conjunto. Para ello, evitará la confrontación y el prejuicio por falta de afinidad personal o diferencias de criterios”**, pero esto no impide que debamos denunciar o poner en conocimiento de quien corresponda, actuaciones que pongan en riesgo la salud materno-infantil, nuestro binomio de cuidado, sea quien sea quien las cometa.

CONCLUSIONES

Llegados a este punto, y por si alguien se ha perdido por el camino, intentaré responder a las preguntas formuladas al principio y que por supuesto, dejo abiertas a vuestras propias reflexiones, a modo de conclusiones:

- ✓ Conocemos la mala fama histórica que han tenido los colegios profesionales, pero siendo la colegiación obligatoria, debemos ser corporativistas en pro de velar por nuestros intereses profesionales ante otros colectivos que, a veces, pretender usurpar nuestras propias competencias y nadie mejor que la corporación colegial para ello, lo que implica una participación activa y respetuosa no solo con los miembros que nos representan sino entre todos sus miembros.
- ✓ Debemos cumplir el código deontológico que vela por las normas éticas de nuestra profesión, siendo fieles a él, pero sin caer en la complicidad con aquellos profesionales que lo incumplen o ejercen mala praxis, desde el respeto, pero, sobre todo velando por los derechos de nuestros pacientes, personas vulnerables, enfermas o sanas (como lo son las embarazadas).
- ✓ Deberíamos aprender un poco de los médicos en el sentido de respetarnos más entre nosotras, de no vilipendiar (*desprecio, falta de estima, denigración de alguien o algo*, según la RAE) a compañeras públicamente (sea donde sea y ante quien sea), y así, en caso de conflicto o mala praxis, ponerlo en conocimiento de quien corresponda para que se tomen las medidas oportunas. Por ejemplo, no utilizar las RRSS para ello sino en el lugar que corresponda, eso sería ser corporativista y no cómplice ni de manera anónima llegado el momento.
- ✓ Quizá el código deontológico deba ampliar su articulado para dejar más explícitamente escrito el deber ético de respetarnos más entre nosotros, huyendo del individualismo que no conlleva ninguna ganancia colectiva y con ello, fomentar más el sentido de pertenencia a un colectivo, a una asociación profesional o a una corporación de derecho público, llamada colegio profesional.





Así como conclusión final, me atrevo a afirmar que **“somos un colectivo corporativista ante los ataques externos de otros colectivos, pero no lo somos entre nosotros ni ante el colegio profesional”**, en el que las matronas también están incluidas, nos guste más o menos. Que cada uno extraiga sus propias conclusiones.

Mi propuesta es cambiar el sentido peyorativo del corporativismo y transformarlo en una actitud que nos convierta en un verdadero grupo solidario, compacto, a través del ente que nos representa, para que realmente defienda, y defendamos, los intereses profesionales de nuestro colectivo.

Y como siempre me gusta acabar con una frase, esta vez es de un famoso Tales de Mileto, filósofo y matemático griego: ***“La cosa más difícil es conocernos a nosotros mismos; lo más fácil es hablar mal de los demás”***.



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

EUROSTAT REVELA LAS DIFERENCIAS EN LA DISTRIBUCIÓN DE SU PERSONAL DE ENFERMERÍA Y ASISTENCIA SANITARIA: LA MAYOR, LA DE LAS MATRONAS



Mariana Kotzeva, directora general de Eurostat.

La sanidad europea ha registrado grandes diferencias en la distribución de su personal de **Enfermería** y asistencia sanitaria. Según datos de **Eurostat**, referentes al ejercicio de 2022, uno de los contrastes más llamativos es el de las **matronas**.

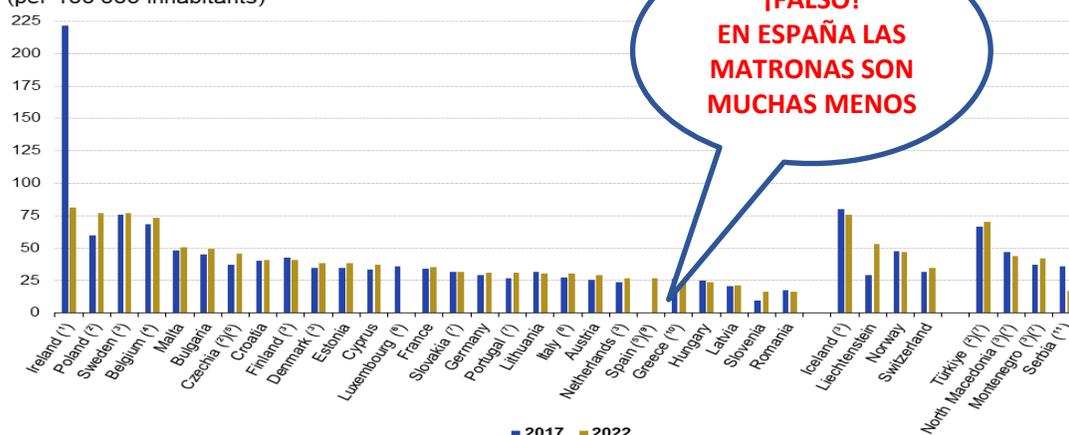
Mientras que países como **Irlanda** o **Bélgica** cuentan con 81,5 y 73,3 matronas por cada 100.000 habitantes respectivamente, **España apenas alcanza las 26,7**, un dato que sitúa a este país por debajo de naciones vecinas respecto a la dotación de profesionales especializados en la atención al embarazo y el parto.

En total, España cuenta con 12.767 matronas en ejercicio, lo que supone 26,7 por cada 100.000 habitantes. En comparación, Bélgica alcanza las 73,3 y Francia, las 35,7. **Alemania y Finlandia también superan a España** en esta proporción, con 31 y 40,8 matronas por cada 100.000 habitantes, respectivamente. **En el caso de España, como consta en la gráfica de Eurostat, son cifras estimadas que, desde aquí denunciamos como muy por encima de la realidad, ignoramos quien ha aportado tales números.**

En relación con otros profesionales de salud, se puede observar que **por cada matrona en ejercicio hay 23 enfermeras**, lo que refleja una estructura sanitaria con menor énfasis en la atención perinatal especializada.

Info
MATRONAS

Practising midwives, 2017 and 2022
(per 100 000 inhabitants)



**¡FALSO!
EN ESPAÑA LAS
MATRONAS SON
MUCHAS MENOS**

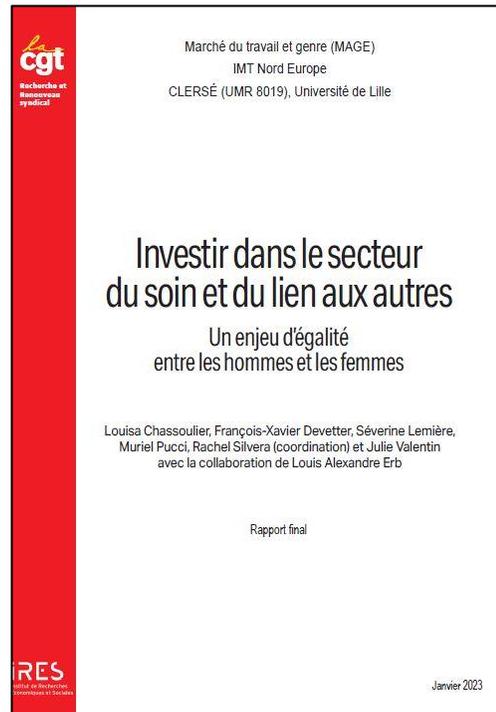
(1) 2017: licensed to practise; including nurses that also have midwifery qualifications.
 (2) Break in series.
 (3) 2021.
 (4) 2019 instead of 2022.
 (5) 2022: estimate.
 (6) 2022: not available.
 (7) Professionally active.
 (8) Estimates.
 (9) 2017: not available.
 (10) Only people working in hospitals.
 (11) Only includes midwives in institutions under the Ministry of Health. Excludes the private health sector. 2017: also includes gynaecology and obstetrics nurses.
 Source: Eurostat (online data code: hith_rs_prs2)



Informe completo de Eurostat:
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals

RECONOCER EL TRABAJO PARA ESTABLECER LA IGUALDAD SALARIAL ENTRE MUJERES Y HOMBRES: EL CASO DE LAS MATRONAS

La crisis sanitaria ha puesto de relieve una paradoja entre la utilidad social y vital de las profesiones de cuidado y de conexión con los demás, ocupadas mayoritariamente por mujeres, y sus niveles particularmente bajos de reconocimiento profesional y salarial.



Dos puntos nos parecen esenciales aquí. Por una parte, el hecho de que las profesiones que implican el cuidado de otros estén infravaloradas, aunque el contenido del trabajo sea complejo, difícil y esté sujeto a numerosas limitaciones y responsabilidades. Por otra parte, es posible demostrar que, para funciones comparables, complejidad y responsabilidad, las profesiones, según sean ocupadas mayoritariamente por hombres o por mujeres, no están sujetas al mismo reconocimiento ni, sobre todo, a la misma remuneración, según los resultados del estudio IRES-CGT 2023. El Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IRES) es una asociación al servicio de las organizaciones sindicales que representan a los trabajadores (Francia)

Cualificaciones invisibilizadas por profesiones de vocación "femenina"

Se suele considerar que estas profesiones se basan en cualidades "innatas" o "naturales" vinculadas a la asignación tradicional de las mujeres a tareas relacionadas con el cuidado, la ayuda y la asistencia a las personas en dificultad, lo que en última instancia queda recogido en el término inglés (care). Sin embargo, más de la mitad de los profesionales cree que el tiempo necesario para dominar su trabajo es superior a un año, combinando conocimientos teóricos y técnicos. De igual forma, más del 84% de los encuestados señalan que su trabajo requiere cada vez más procedimientos administrativos y de gestión. Se siente la necesidad de información y formación, a menudo realizada fuera del horario laboral.

AUMENTAR EL SALARIO POR UN TRABAJO DE IGUAL VALOR: UNA MATRONA VALE TANTO COMO UN INGENIERO DE HOSPITAL

El principio específico de igualdad de remuneración entre mujeres y hombres exige que: «*Todo empleador garantice, para un mismo trabajo o para un trabajo de igual valor, la igualdad de remuneración entre mujeres y hombres*» (artículo L. 3221-2 del Código del Trabajo). Desde la ley "Roudy" de 1983, [el artículo L. 3221-4 del Código del Trabajo](#) especifica: "*Se consideran de igual valor los trabajos que exigen un conjunto comparable de conocimientos profesionales establecidos por un título, diploma o práctica profesional, de competencias resultantes de la experiencia adquirida, de responsabilidades y de esfuerzos físicos o mentales*". Sin embargo, resulta que muchos trabajos comparables en términos de complejidad y responsabilidad no están remunerados al mismo nivel dependiendo de si el puesto está más feminizado o es ocupado por hombres. Es el caso de las matronas, cuyo contenido laboral es al menos tan importante como el de los ingenieros de hospital y, sin embargo, después de 20 años de antigüedad reciben al menos 400 euros menos al mes que los ingenieros de hospital.

Aquí, nuestro análisis compara el contenido de una profesión de cuidado y conexión muy feminizada, la de matrona, con una profesión masculinizada de la misma organización, la de ingeniera de hospital. Estas dos profesiones pertenecen a la categoría A del servicio público hospitalario y se reclutan en el nivel bac+5. Los criterios de comparación utilizados sintetizan los criterios actuales de los métodos de evaluación de puestos y los de la ley de Roudy. Para realizar la comparación, realizamos entrevistas en una unidad de maternidad de nivel 3 (embarazos de alto riesgo) de un hospital público AP-HP. También realizamos un estudio de descripciones de puestos, así como un análisis de las escalas salariales AP-HP para las dos profesiones.

Las principales misiones de las matronas

El código de salud pública otorga a las matronas el poder de diagnosticar y el derecho de prescribir; es una profesión médica con habilidades definidas. Las parteras brindan seguimiento y control médico durante el embarazo. Pueden monitorear de forma independiente el embarazo, el parto y el nacimiento en mujeres sanas. Brindan atención a la madre y al niño después del parto y practican la rehabilitación perineo-esfintérica. También apoyan a las mujeres a lo largo de su vida garantizando su seguimiento ginecológico preventivo, prescribiendo sus métodos anticonceptivos y realizando procedimientos de ecografía ginecológica. Pueden realizar interrupciones voluntarias del embarazo en las condiciones definidas por la ley.

Prescriben y administran vacunas a las mujeres y a los recién nacidos en las condiciones definidas por decreto y desempeñan un papel importante en la prevención de las adicciones. Las matronas también están autorizadas a participar en actividades de procreación médicamente asistida.

La categoría de matrona incluye dos grados de 10 pasos cada uno.

Las principales misiones de los ingenieros hospitalarios

Las misiones de los ingenieros hospitalarios se enmarcan en los campos de la ingeniería, la arquitectura, los equipos biomédicos, la informática o incluso la prevención y gestión de riesgos, o la gestión de infraestructuras y redes. Según el DRH de AP-HP, "*dirigen, coordinan y controlan las diversas actividades de los servicios técnicos (...), realizan estudios, elaboran proyectos, elaboran y gestionan programas, participan en la elección e instalación de equipos, garantizan el mantenimiento de los materiales y la conservación de los edificios*". Gestionan el personal bajo su autoridad y les proporcionan formación técnica. Según el departamento de RRHH, todos los ingenieros tienen reconocidas capacidades de gestión: "*Llevar a cabo misiones de diseño y gestión. (...) Son responsables de gestionar un servicio técnico o parte de un servicio*".

La categoría de ingeniero hospitalario forma parte del sector técnico superior de gestión y pericia hospitalaria. Incluye cuatro grados: ingeniero de hospital (diez niveles), ingeniero principal (nueve niveles), ingeniero jefe de clase normal (diez niveles) y clase excepcional (siete niveles). También incluye el puesto de ingeniero general (tres niveles).

Resumen de la comparación

Para establecer esta comparación, observamos las diferencias entre estas dos profesiones, dentro de los criterios conservados en la ley Roudy, que son las cualificaciones, la tecnicidad del trabajo, las responsabilidades, las exigencias organizativas y finalmente la remuneración.

Desde el punto de vista de las cualificaciones requeridas, las matronas forman parte de una profesión regulada por un diploma estatal Bac+5. Los ingenieros pueden ser contratados sobre la base de diplomas universitarios, al mismo nivel que Bac+5, pero no están regulados. La posibilidad de acceder a un puesto de trabajo de ingeniería a través de la promoción interna de técnicos superiores es real, aunque cada vez sea más difícil.

En términos de la tecnicidad y complejidad del trabajo, como destacamos en nuestra primera parte, el rol de las matronas es a la vez técnico, en el sentido de una intervención de atención médica, y relacional, en el sentido de apoyo. Desde el primer texto que define esta profesión (Ley del 17 de mayo de 1943), se mencionan las competencias médicas basadas en conocimientos técnicos, así como las dimensiones relacional, educativa, consultiva y empática. Las matronas están siendo

constantemente interrumpidas en su trabajo, tienen que atender varios partos al mismo tiempo y, por tanto, realizan diferentes actividades al mismo tiempo: un gesto técnico, un apoyo tranquilizador, una vigilancia, una prescripción. Las matronas que conocimos también mencionaron el aumento en la cantidad de tiempo que se dedica al "papeleo". Según uno de ellos, *"debemos dejar constancia en la ficha de cada paciente de lo que hemos hecho". De hecho, siempre te preguntas: '¿He dejado rastro de mi actividad? [Aquí en términos de responsabilidad] (...)*.

Un ingeniero informático explica que su actividad principal es monitorizar servidores, asegurar las nuevas instalaciones de servidores y velar por su mantenimiento. Lo más complicado es gestionar situaciones de averías impredecibles: *"Ayudo a equipos con una tecnología Linux concreta y hago troubleshooting de último nivel en todo lo que sea un sistema libre"*. La resolución de problemas está en el centro de su trabajo como ingeniero, que según él requiere sobre todo curiosidad y capacidad de movilizarse en poco tiempo para resolver el problema lo más rápidamente posible. Las interrupciones son frecuentes para resolver una incidencia, dejando de lado un proyecto, la implementación de una nueva solución que puede esperar. Algunas interrupciones pueden ser graves, generales y de máxima prioridad. El ingeniero tiene un alto grado de autonomía en su trabajo, con una misión transversal específica.

Las responsabilidades de las matronas son vitales: son responsables de los partos "normales", del bienestar y la seguridad de la madre y del niño. Incluso cuando están supervisados, mantienen un alto grado de autonomía; siendo los partos normales de su exclusiva responsabilidad y conservan el control sobre el recurso a un médico en caso de problema. El riesgo de ser perseguidas en caso de error médico es mencionado por todas las matronas: aunque el hospital las protege, a veces son citadas por el Colegio de Matronas (la Orden) o de los tribunales en caso de denuncia. Las responsabilidades se asocian tradicionalmente a la gestión jerárquica. Para las matronas, la coordinación, supervisión e incluso la gestión de un servicio son tareas frecuentes, aunque no reconocidas en su misión; deben estar presentes con los estudiantes de partería, pero también con los de medicina y con las enfermeras y auxiliares de enfermería. Los ingenieros, por su parte, tienen entre sus misiones la supervisión de equipos de obreros o técnicos. Pero este no es el caso de todos.

En cuanto a los requisitos organizativos, para las matronas la disponibilidad es permanente. La gestión del estrés es entonces esencial, porque a las emergencias regulares se suman las condiciones físicas de trabajo. Para las matronas que hemos conocido, alternar el trabajo diurno y nocturno supone una limitación importante que provoca trastornos del sueño. Trabajar doce horas seguidas no parece ser un problema, pero todos observan que es imposible cumplir el horario. Muchos ingenieros trabajan a cambio de un salario fijo y no "cuentan" realmente sus horas cuando trabajan en proyectos. La mayoría sigue trabajando en horario estándar, sin noches ni fines de semana (excepto cuando están de guardia, de manera voluntaria en ciertos hospitales). Finalmente, si comparamos los salarios entre los ejemplos seleccionados, con una antigüedad similar, la brecha está a favor de los ingenieros.

Los análisis que aquí se proponen, están **hechos en Francia**, pero esperamos que puedan enriquecer el conocimiento sobre las realidades del trabajo actual en cualquier país que mantenga estas desigualdades e informar las políticas públicas relativas a estas profesiones de cuidado y de conexión, con vistas a la igualdad entre mujeres y hombres.

Acceso a documento completo:

<https://ires.fr/publications/cgt/investir-dans-le-secteur-du-soin-et-du-lien-aux-autres-un-enjeu-degalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/>

NUEVOS FACTORES MATERNOS QUE PREVIENEN EL BAJO PESO AL NACER.



Acaba de ser publicado por la Revista Científica “Science” un estudio español, realizado en el Hospital de San Carlos (Madrid), que arroja más luz sobre el problema del bajo peso al nacer (BPN), biomarcador importante utilizado como indicador de la salud y nutrición fetales.

El bajo peso al nacer (BPN) se asocia a malos resultados en salud. Sus causas incluyen el estilo de vida materno, factores obstétricos y anomalías (epi)genéticas fetales. Este estudio pretende aumentar el conocimiento sobre el trasfondo genético del BPN analizando su asociación con un conjunto de 110 variantes maternas relacionadas con la diabetes mellitus gestacional, en el contexto de una intervención nutricional con dieta mediterránea. El análisis sigue un enfoque multifactorial, incluyendo la información genética materna de 1.642 mujeres embarazadas, junto con sus características antropométricas y metabólicas.

Un peso al nacer excesivamente bajo o excesivamente alto se asocia estadísticamente con resultados adversos para la salud del recién nacido. En concreto, los fetos que nacen con bajo peso al nacer (BPN) tienen un mayor riesgo de retraso del crecimiento, menor coeficiente intelectual e incluso la muerte durante la infancia, mientras que puede causar sobrepeso y obesidad, diabetes y enfermedades cardíacas durante la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye el BPN como un indicador de resultado primario en el conjunto básico de indicadores para el Marco Mundial de Vigilancia de la Nutrición y lo incluye en la lista de referencia mundial de la OMS de 100 indicadores básicos de salud. En este sentido, la OMS ha establecido un umbral de 2500 g. para definir a un recién nacido como BPN en todo el mundo.

Las estadísticas publicadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS, correspondientes al periodo 2000-2015, muestran que la prevalencia de bajo peso al nacer oscila entre el 7,2% y el 17,3% en las diferentes regiones y subregiones de las Naciones Unidas, alcanzando el 14,7% a nivel mundial. Estos datos se mantienen aproximadamente en las estimaciones que aparecen en la página web de UNICEF-OMS actualizadas a julio de 2023.

Reducir la prevalencia de bajo peso al nacer en al menos un 30% entre 2012 y 2025 es una meta avalada por la Asamblea Mundial de la Salud que puede contribuir a alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (Hambre Cero) para 2030.

La definición de bajo peso al nacer de la OMS es objetiva y fácil de calcular, aunque no considera la edad gestacional, el sexo asignado al nacer ni factores como el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), que pueden influir en el crecimiento fetal. Por otra parte, la influencia materna en el crecimiento fetal está determinada por la ingesta de nutrientes, las condiciones de salud, la medicación, los hábitos y los factores genéticos. Esto significa que las condiciones biológicas y patológicas pueden interferir en el potencial de crecimiento y reducir la talla al nacer.

En el manejo clínico del crecimiento fetal anormal, la expresión pequeño para la edad gestacional (PEG) se utiliza para designar a los recién nacidos con un peso al nacer y/o una longitud por debajo

del rango normal para la edad gestacional. Las recientes recomendaciones de la Guía de Consenso Internacional sobre Pequeño para la Edad Gestacional definen a los PEG como aquellos nacidos con un peso al nacer y/o una longitud por debajo de -2 DE (puntaje de desviación estándar) para la edad gestacional según los estándares nacionales de referencia.

La definición de PEG es compleja porque requiere un conocimiento preciso de la edad gestacional, mediciones antropométricas precisas al nacer y datos de referencia apropiados para el peso al nacer y la longitud al nacer.

Este estudio forma parte de otro en el que endocrinólogos de este centro ya demostraron en 2020 que la dieta mediterránea enriquecida con **aceite de oliva virgen extra y pistachos** durante el embarazo mejora la salud de las gestantes y de los niños en sus dos primeros años de vida, **reduciendo el riesgo de ingresos hospitalarios hasta en un 25%**, según el estudio realizado sobre 703 niños que publicaron en el Journal Clinic of Medicine, del que también dimos cuenta en esta publicación en su momento. Éste básicamente concluía en que *“una intervención nutricional basada en la Dieta Mediterránea durante el embarazo parece estar asociada con una reducción de los ingresos hospitalarios del niño que requieren tratamiento antibiótico y corticoides, y de los ingresos relacionados con asma/bronquiolitis, especialmente en mujeres con IMC pregestacional <25 kg/m² y tolerancia normal a la glucosa (TNG).”*

Parafraseando a la OMS, la proporción de lactantes con bajo peso al nacer es un indicador de un problema de salud pública multifacético que incluye desnutrición materna a largo plazo, mala salud y mala atención sanitaria durante el embarazo.

El estudio en cuestión, identifica factores de riesgo genéticos y epigenéticos que permiten la prevención del bajo peso al nacer. Entre estos factores se encuentran un conjunto de SNP maternos asociados al bajo peso al nacer en el recién nacido. La asociación está modulada por varias características maternas, que suelen ser monitorizadas durante el embarazo. El análisis global demuestra que las variantes genéticas dan lugar a clusters de proximidad, agrupados en subconjuntos de variantes estadísticamente asociadas a procesos biológicos subyacentes u otras características maternas, que, por su parte, permiten la prevención temprana del eventual riesgo de bajo peso al nacer.

El estudio identifica **33 variantes genéticas asociadas** con el bajo peso al nacer y permite concluir **que la prevención y reducción de la prevalencia del BPN debe lograrse mediante la atención a cuestiones como la observación cuidadosa de ciertos fenotipos maternos, así como la recomendación persistente a las mujeres embarazadas sobre una dieta y modus vivendi adecuados, junto con la eventual incorporación del análisis del genoma materno, que conduzca a un seguimiento más personalizado del embarazo.**

Artículos completos disponibles:

***“Maternal genomic profile, gestational diabetes control, and Mediterranean diet to prevent low birth weight”**
[https://www.cell.com/science/fulltext/S2589-0042\(24\)02601-4](https://www.cell.com/science/fulltext/S2589-0042(24)02601-4)

****Benefits of Adhering to a Mediterranean Diet Supplemented with Extra Virgin Olive Oil and Pistachios in Pregnancy on the Health of Offspring at 2 Years of Age. Results of the San Carlos Gestational Diabetes Mellitus Prevention Study.**
<https://www.mdpi.com/2077-0383/9/5/1454>

**UN TEST DIAGNÓSTICO CREADO
CON PARTICIPACIÓN ESPAÑOLA
EVITARÁ LAS BIOPSIAS PARA
DETECTAR CÁNCER DE
ENDOMETRIO**



EP PerMed

European Partnership
for **Personalised Medicine**

CYTOMARK

Este nuevo test funcionará a través de la detección de biomarcadores en el fluido cervical, sobre los que se construirá un modelo matemático para determinar la presencia de la enfermedad.

En esta propuesta, se validarán biomarcadores proteicos en un estudio clínico retrospectivo coordinado por Fundació Hospital Universitari Vall d'Hebron (VHIR) (España) y con la tecnología más avanzada en proteómica dirigida, liderada por el socio LIH (Luxembourg Institute of Health).

Los marcadores moleculares se combinarán con datos clínicos por el socio Universidad de Santiago de Compostela a través del Centro de Investigación y Tecnoloxía Matemática de Galicia (CITMAga, (España)); los biomarcadores más prometedores se transferirán a una tecnología de anticuerpos por ICOSAGEN (socio PYME de Estonia) y SolarBiotec (socio PYME de Turquía). A lo largo del proyecto, el socio Hacettepe University (HU) (Turquía) y VHIR garantizará la validación clínica de la herramienta no invasiva desarrollada y la valorización del activo para satisfacer los requisitos de las partes interesadas.

La herramienta resultante es un **cambio en el paradigma** sobre cómo se manejan los pacientes con cáncer de endometrio y beneficiará a los pacientes, los médicos y el sistema de salud.

Actualmente no existen métodos de detección y el diagnóstico es un proceso de varios pasos que incluye pruebas mínimamente invasivas que, además, **requieren quirófano y anestesia. Este proceso de diagnóstico impreciso supone una carga para nuestro sistema de atención sanitaria.**

El cáncer de endometrio es el cuarto cáncer más común en mujeres y su incidencia está aumentando. La detección temprana es fundamental para la supervivencia de las pacientes.

En el momento presente no se dispone de métodos de cribado y las pruebas de detección solo se realizan en mujeres que presentan sintomatología. En consecuencia, es ideal contar con una prueba diagnóstica rigurosa, rápida, a la vez que sencilla, poco invasiva e indolora cuyo costo/beneficio es altamente positivo, ya que se realizará mediante un pequeño dispositivo para utilizar en las consultas, de forma que identificando **biomarcadores en el fluido cervical** se pueda conocer el diagnóstico en la propia consulta.

Este proyecto, iniciado en 2022 y que habrá finalizado este mes de febrero de 2025, está impulsado por la Asociación Europea para la Medicina Personalizada (EP PerMed) cuyos objetivos son mejorar los resultados sanitarios dentro de sistemas de atención sanitaria sostenibles a través de la investigación, el desarrollo, la innovación y la implementación de enfoques de medicina personalizada en beneficio de los pacientes, los ciudadanos y la sociedad.

Más información: (EP PerMed) European Partnership for Personalised Medicine
<https://www.eppermed.eu/funding-projects/projects-results/project-database/cytomark/>

FRUCTOSA ARTIFICIAL, ¿NUEVO ENEMIGO DE LA GESTACIÓN?



La fructosa podría ser un nuevo factor de riesgo de preeclampsia para gestantes y sus descendientes

Se ha observado en modelo animal. Si se confirma en humanos, su consumo -en envases y zumos procesados-, debería desaconsejarse en el embarazo.

La fructosa es un azúcar natural presente en frutas, verduras y miel, pero que también se utiliza de manera muy amplia en la industria alimentaria, especialmente en refrescos azucarados y alimentos procesados industrialmente, que van desde salsas a bollos, por ejemplo. A pesar de ser más dulce que la sacarosa o la glucosa, tiene un índice glucémico más bajo, hecho que puede ser uno de los factores por los que su empleo está cada vez más extendido al considerarse una opción más saludable.

Sin embargo, cada vez son más los datos científicos que advierten del peligro de considerar la fructosa como un agregado neutro o beneficioso en una sociedad en la que, además, su consumo -fundamentalmente a través de bebidas y comidas procesadas- es cada vez mayor y, en la que, paralelamente, se observa un incremento de la prevalencia de enfermedades metabólicas como la obesidad y el síndrome metabólico y patologías cardiovasculares.

El GRUPO DE Nutrigenómica y Programación Fetal (NUTRIPRO), dirigido por Carlos Bocos, catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Farmacia, Universidad CEU San Pablo, está altamente especializado en el análisis de la influencia de la fructosa en la gestación, tanto para la madre como para su descendencia, sobre lo que ha publicado ya numerosos y robustos estudios en los que se alerta de los riesgos del consumo de fructosa "artificial" en esta fase concreta de la vida.

El papel de la fructosa en la epidemia mundial de obesidad y síndrome metabólico es ampliamente reconocido. Sin embargo, su consumo está permitido durante el embarazo. Nuestro grupo ya ha demostrado previamente que la ingesta materna de fructosa en ratas induce efectos perjudiciales en los fetos. Sin embargo, estos efectos solo aparecieron en los descendientes adultos después de una reexposición a la fructosa. El embarazo es un estado fisiológico que conduce a cambios profundos en el metabolismo y la respuesta hormonal. Un anterior informe de este grupo, "Cardiac Hypertrophy in Pregnant Rats, Descendants of Fructose-Fed Mothers, an Effect That Worsens with Fructose Supplementation", publicado en *Food*, ya añadía una nueva alerta al consumo de fructosa en el embarazo al demostrar que no sólo provocaba hipertrofia cardíaca en las descendientes, sino que este efecto se agravaba cuando consumían fructosa durante su propia gestación.

En el estudio que hoy presentamos, los investigadores querían establecer si el embarazo en la progenie de madres alimentadas con fructosa también era capaz de provocar una situación no saludable. Se estudiaron ratas preñadas de madres alimentadas con fructosa (10% p/v) sometidas (FF) o no (FC) a una suplementación de fructosa y se compararon con ratas de control preñadas (CC). Se realizó una PTGO el día 20 de gestación y se sacrificaron el día 21.

Se analizaron el plasma y los tejidos de las madres y los fetos. Aunque las madres FF mostraron mayores valores de AUC de insulina después de la prueba de tolerancia a la glucosa oral en comparación con las ratas FC y CC, la ISI fue menor y la leptinemia fue mayor en las ratas FC y FF que en el grupo CC. En consecuencia, se observó una acreción de lípidos tanto en el hígado como en la placenta en los grupos FC y FF. Curiosamente, los fetos de madres FC y FF también mostraron el mismo perfil observado en sus madres en cuanto a acumulación de lípidos, leptinemia e ISI. Además, la peroxidación lipídica hepática fue incluso más aumentada en los fetos de madres FC que en los de madres FF. La ingesta materna de fructosa produce en la progenie femenina cambios que alteran su propio embarazo, lo que lleva a efectos nocivos en sus fetos.

Los resultados de este último estudio revelan que la ingesta de fructosa durante el embarazo genera un fenotipo programado en la descendencia que inicialmente está oculto, pero que se hace evidente cuando estos descendientes se embarazan demostrando que el embarazo es suficiente para revelar dicho fenotipo programado. De hecho, el embarazo produce efectos perjudiciales en estos descendientes como alteraciones de las vías de señalización de la insulina y la leptina, y acumulación de lípidos. Por lo tanto, la ingesta de fructosa durante el embarazo provoca algún tipo de programación fetal que afecta a la salud metabólica de la descendencia cuando sea adulta y, aún más preocupante, también puede afectar al desarrollo normal del embarazo en los descendientes. De hecho, sus fetos (futura generación F2) mostraron los mismos efectos deletéreos encontrados en sus madres.

Hasta donde sabemos, esta es la primera vez que se ha descrito un efecto intergeneracional de la ingesta de fructosa (10% p/v) solo en el embarazo. Curiosamente, y de acuerdo con nuestros estudios previos, el fenotipo programado inducido por la ingesta materna de fructosa existe y se revela ya sea por una re-exposición a la fructosa en descendientes no gestantes, o solo con el embarazo. Los efectos encontrados en madres que no recibieron fructosa (FC) fueron tan impresionantes que la ingestión de fructosa por parte de estas crías gestantes (FF) solo pudo producir una gravedad ligeramente mayor, en términos de función de leptina y esteatosis.

Estos resultados confirman el papel clave de la nutrición durante el embarazo y la clara relación entre la dieta materna y el desarrollo de enfermedades metabólicas en la descendencia.

Artículo completo disponible: (*"Pregnancy Is Enough to Provoke Deleterious Effects in Descendants of Fructose-Fed Mothers and Their Fetuses"*) <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/10/3667>

LAS EMBARAZADAS ESPAÑOLAS CON 35 AÑOS O MÁS PRESENTAN DÉFICITS NUTRICIONALES QUE PODRÍAN AFECTAR A LA SALUD DE LA MADRE Y DEL FETO



Una investigación de la Universidad de Granada (UGR) señala los problemas de nutrientes que sufren las gestantes de España. Este trabajo “Effects of advanced maternal age on mother-neonate transfer pathways: placenta, human breast milk and microbial diversity”, está financiado por el proyecto de Excelencia de la Junta de Andalucía.

Los expertos apuestan por el diseño personalizado de pautas de alimentación.

Investigadores del Departamento de Fisiología de la UGR, en colaboración con especialistas en Ginecología y Pediatría de los hospitales Materno Infantil Virgen de las Nieves de Granada y Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, han estudiado las repercusiones que puede tener la edad de la madre primeriza sobre la salud materna, fetal y del bebé.

Los investigadores principales del estudio, y de la línea de investigación de edad avanzada y salud materno-neonatal (GESTAGE), destacan que la nutrición es un factor clave para la gestación y que resulta crucial tanto para el desarrollo fetal como para la salud de la madre, siendo capaz de ejercer un efecto programador del metabolismo y la salud posterior al parto, además de tener repercusiones para el recién nacido en etapas posteriores de su desarrollo.

Sin embargo, “hasta la fecha no se ha valorado el perfil nutricional de estas madres de edad avanzada”, explican los investigadores. En esta publicación se ha evaluado la ingesta de nutrientes y polifenoles en mujeres gestantes de 35 años o más y se ha comparado con la presentada por un grupo de gestantes jóvenes, estudiándose también asociaciones con medidas antropométricas neonatales. En la investigación han participado 200 mujeres embarazadas, divididas en dos grupos (edad materna avanzada y controles de edad joven).

La edad a la que las mujeres son madres por primera vez ha aumentado de manera significativa en países desarrollados en las últimas décadas. Esto se debe a diversas razones como la situación económica y laboral de los jóvenes o la priorización de la carrera profesional, entre otros factores.

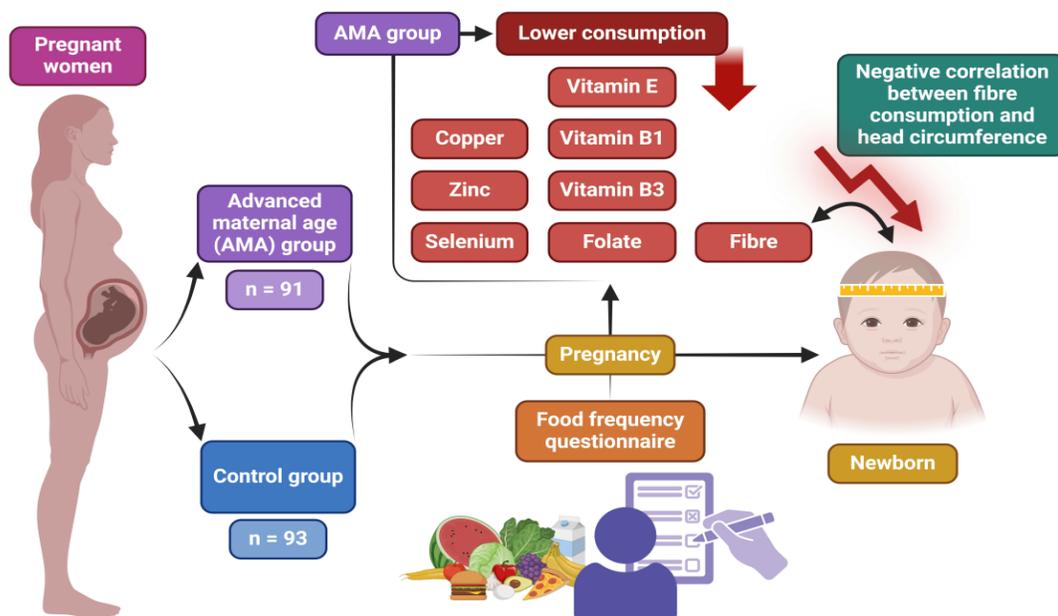
Se ha acuñado el término ‘Edad Materna Avanzada’ para definir a aquellas madres de 35 años o más en el momento del parto, lo cual se asocia con una mayor incidencia de resultados obstétricos y neonatales adversos. En concreto, la edad media en España se sitúa en torno a los 32 años, siendo el país con mayor porcentaje de madres primíparas mayores de 40 años de la Unión Europea.

La primera autora del artículo, María Puche Juárez, resalta que las mujeres embarazadas españolas (tanto jóvenes como de edad avanzada) “*presentan deficiencias de micronutrientes al compararse con las recomendaciones dietéticas de referencia de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Estos déficits son mucho más pronunciados en mujeres de edad materna avanzada, a pesar de tener un patrón dietético similar al del grupo control*”.

Se ha observado que, para algunos micronutrientes como zinc, cobre y selenio, así como vitaminas C, B1, B3 y folato, el aporte mediante la dieta es bastante inferior en el grupo de edad materna avanzada, lo que puede afectar negativamente al desarrollo fetal y a la salud posterior al nacimiento.

También se ha identificado la ingesta de fibra como un factor predictor del perímetro craneal del recién nacido, siendo el grupo de madres mayores de 35 años el que tiene un menor consumo de fibra.

Los autores resaltan que es importante considerar la edad en el diseño de pautas nutricionales para embarazadas y abordar las necesidades únicas de las gestantes más mayores mediante políticas nutricionales y pautas clínicas, incluyendo recomendaciones dietéticas personalizadas y protocolos de suplementación adaptados a sus demandas fisiológicas específicas. Dichas medidas pueden ayudar a mitigar los riesgos asociados con las deficiencias de nutrientes y sus posibles consecuencias en la salud materna y neonatal.



Graf. Tomado de Puche-Juarez et cols en **Diet, Advanced Maternal Age, and Neonatal Outcomes: Results from the GESTAGE Study (Artículo Publicado en Nutrients)**
 Disponible: <https://www.mdpi.com/2072-6643/17/2/321#>

Fuente: canal /UGR



EL ESTRÉS DEL EMBARAZO Y LA SALUD MENTAL AFECTAN EL MICROBIOMA BUCAL

La cantidad y el tipo de microbios presentes en la saliva de las mujeres embarazadas difieren según si experimentan estrés vital y síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), según un estudio publicado en la revista *BMJ Mental Health*.

Aunque varios estudios han demostrado vínculos entre la diversidad de microbios en el tracto gastrointestinal y el estrés, la ansiedad y la depresión en mujeres embarazadas y madres primerizas, ningún estudio previo ha analizado la asociación entre el tipo y la cantidad de microorganismos en la boca y la garganta (microbioma oral) y la salud mental materna.

El estudio incluyó a 224 mujeres embarazadas inscritas en el Estudio sobre el estrés prenatal de Michigan, a las que se les evaluó si habían sufrido estrés recientemente y si habían tenido síntomas de salud mental durante el segundo trimestre. Se les pidió a las mujeres que proporcionaran muestras de saliva durante la semana de las evaluaciones.

Los resultados mostraron que el microbioma oral variaba según si las mujeres habían informado síntomas de estrés vital, ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático (TEPT) durante las evaluaciones.

Los microbiomas orales de mujeres con altos síntomas de ansiedad o depresión mostraron una alta diversidad alfa, lo que significa que incluían muchos tipos de especies de microbios presentes en niveles relativamente uniformes, es decir, era menos probable que una especie dominara.

En cambio, los microbiomas orales de mujeres con altos niveles de síntomas de TEPT mostraron una alta diversidad beta, lo que significa que las especies de microbios específicos en su saliva diferían notablemente de las especies encontradas en mujeres con bajos síntomas de TEPT.

Los rasgos específicos de estrés y salud mental también se asociaron con niveles elevados de ciertas especies de microbios. Las mujeres que habían experimentado estrés en su vida reciente tenían una mayor abundancia de especies del filo Proteobacteria, mientras que Spirochaetes era más abundante en mujeres con niveles elevados de síntomas de depresión. Se observaron mayores cantidades de especies de Dialister y especies del filo Firmicutes en mujeres con niveles elevados de síntomas de ansiedad y depresión, y las especies del género Eikenella estaban elevadas en mujeres con niveles elevados de ansiedad, depresión o TEPT.

Se investigaron veintidós posibles covariables para ver si influían en los cambios en el microbioma. Este análisis reveló que el tabaquismo podría explicar el 7,2 % de la varianza observada en los microbiomas bucales, los problemas dentales podrían explicar el 3,1 %, la violencia de pareja podría explicar el 4,1 % y el embarazo no planificado podría explicar el 2 %.

Los autores destacan varias limitaciones del estudio, entre ellas, la falta de datos para examinar otras posibles covariables relacionadas con la dieta y el peso corporal, y el hecho de que el estudio se centrara en un único momento del embarazo. Las mujeres informaron sobre medidas de ansiedad y depresión que podrían haber afectado a su precisión, y no se investigaron las posibles fuentes de microbios, como el intestino delgado y la salud bucal a largo plazo.



ENTREVISTA A SACRAMENTO CANDAU CACERES ("SACRI")

Nuestra entrevistada es una mujer bizarra, entregada, trabajadora infatigable, con ideales honestos y simpática, con ese grajejo sevillano que pone luz hasta en las circunstancias más grises.

P. Para quienes la conocen es " Sacri", forma reducida de ese nombre tan contundente con que la bautizaron... pero ¿de dónde te viene el nombre de pila ?

R. Es un nombre que heredo de mi familia paterna, Sacramento se llamaban mi bisabuela, mi tía y bueno... me tocó a mí!!! En mi pueblo me llaman Sacramento, con el pareado que le sigue.... ¡Sacramento, un momento!, pero los amigos y en el hospital me llaman Sacri, y aquí ni te cuento cuando llegué... ¿Sacrificio?, ¿Sacrilegio?, ¿Sacristía?. Así que tuve muy claro que no seguiría la tradición del nombre familiar y mi hija se llama Lola.

P. A renglón seguido me llama la atención tu apellido, Candau que, si no me equivoco es de origen francés, y sin embargo, tienes un revoleo de palabras y expresiones con ese dulce seseo sevillano que nada indica que hayas pasado por Francia más que de turista. ¿Cuál es tu origen pues?

R. El apellido Candau efectivamente es de origen francés; procede de un comerciante afincado en la Sierra Sur Sevillana en el S. XIX, tierra en la que nací yo, Montellano, frontera con la provincia de Cádiz, cuna de mi familia paterna. Mezclo este origen con el del Aljarafe sevillano, ya que mi madre es de Benacazón, mi segundo pueblo. He vivido en diferentes lugares por motivos familiares, incluso, de pequeña, 5 años en Villanova i la Geltrú (Barcelona). Actualmente resido en Montellano, a una distancia de unos 50 minutos del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), donde trabajo.

P. Trázanos en palabras una reseña de los inicios de tu formación en Enfermería ¿por qué? ¿dónde?

R. Siempre tuve claro que lo mío era la medicina, lo tenía muy presente en la familia, pero al final la nota de corte de medicina, me llevó a la enfermería. Realicé mis estudios en la Escuela "Salus Infirmorum" de Cádiz, promoción 82-85.

P. Más tarde Matrona, ¿por qué? ¿dónde?.

R. La especialidad de matrona la cursé en la misma Escuela durante el año 86, penúltimo curso antes de quedar suspendida la especialidad. En Cádiz, la única escuela donde se podía realizar la especialidad era en el "Salus". El paso por la planta de maternidad en las prácticas de enfermería fue decisivo para tener claro que quería continuar con la especialidad de matrona, aunque en aquellos tiempos no sabía si sería ese mi futuro, ya que anteponía trasladarme a Sevilla y dejar que el tiempo fuera marcando el destino. Y así fue como después de trabajar dos años como enfermera en urgencias

de traumatología en el “Virgen del Rocío” y simultáneamente titularme como enfermera puericultora, me llegó una llamada que sí cambió mi futuro. En Mayo del 90, me ofertaron una interinidad de enfermera con funciones de matrona en un centro de salud de nueva apertura en Montellano, como zona básica de salud . A los dos años accedí a una interinidad vacante de matrona para los pueblos de Morón de la Frontera y Montellano, quedándome sólo como matrona en Montellano desde el 97 hasta el 2006 que obtuve la plaza de matrona en el H. “Virgen del Rocío”. Como anécdota contaré que el Centro de Salud de Montellano se ubica anexo a la antigua maternidad que existió hasta 1962, la consulta que ocupé durante los 16 años como matrona, se encuentra en lo que era el quirófano de la maternidad, y el detalle, es que la última cesárea que se hizo en Noviembre del 62 fue la mía!!

P: ¿Cuál es el elemento motivador que encuentras en la profesión de Matrona?

R. Toda la motivación la encontré en atención primaria, los 16 años que atendí a las mujeres en todas sus etapas de salud, me dio un gran bagaje profesional, y toda una experiencia en lo personal; te das cuenta de la importancia de la prevención, la educación sanitaria, y el ser su referente en todos esos momentos que la mujer te necesita. El cupo de mujeres que tenía me permitía realizar todos los programas de salud con un alto nivel de autonomía, consiguiendo una fidelización muy alta de las mujeres a los distintos programas, por lo que iba ampliando la cartera de servicios con una muy buena aceptación.

A nivel hospitalario lo que más me gusta de esta profesión es vivir con la familia el momento más emocionante de la vida con la llegada de un nuevo miembro, es una profesión preciosa porque te permite compartir este momento único, no es comparable a nada, y con todos los años que llevo en esto, aún sigo emocionándome.

A nivel docente, me ilusiona y me motiva ver la progresión de los residentes, cómo avanzan a lo largo de los años de su formación, me motiva el equipo de tutores, somos una piña trabajando, con todos nuestros momentos y por supuesto me motiva los retos, los objetivos cumplidos y alguno que me queda por cumplir.

Me motiva el granito de arena que ponemos en cada uno de los cursos de simulación en emergencias obstétricas, formando a tantos residentes y profesionales, es muy gratificante.



Tutorizando a los residentes en las prácticas clínicas.

P. ¿ Cómo es un día de trabajo para ti?

R. Trabajo desde Marzo 2006 en el “Hospital de la Mujer” que forma parte del complejo hospitalario Virgen del Rocío

Mi trabajo semanal se divide en días de turno de 12 horas (8-20), cada 5-6 días en el servicio de Parto, en los que vamos rotando cada mes por las áreas de urgencias, unidad vigilancia del embarazo de bajo riesgo , unidad de vigilancia de alto riesgo y postparto inmediato. Y 3 mañanas de trabajo semanal para la UDM, gestión, reuniones, formación, etc.

P. La Unidad Docente de Matronas que coordinas y en la que, además ejerces como tutora, se encuentra ubicada en el Hospital “Virgen del Rocío de Sevilla”, ¿cuándo se inicia la formación de Matronas en esta hoy, UDM, antes UDENFOBG?

R. En efecto, nuestra unidad docente multidisciplinar(UDM) se encuentra ubicada en el Hospital “Vir-

gen del Rocío" de Sevilla calificado como el mayor complejo sanitario de Andalucía, con una alta consideración entre los hospitales de España y una larga trayectoria sanitaria y de formación que abarca desde los años 50 en que se inició con el nombre de Residencia Sanitaria García Morato y la que contó, a partir de 1.971, con Hospital Maternal.

Es de referencia regional específica para población de Andalucía, Extremadura, Ceuta y Melilla e Islas Canarias.



Plano del complejo hospitalario "Virgen del Rocío" en el que se incluye el Hospital de la Mujer claramente

En 1993 cuando se publicó la primera oferta de plazas para la reapertura de la formación de Matronas tras el cierre del 87, fue el Hospital Regional Materno-Infantil de Málaga quien abrió la primera UDENFOBG en Andalucía de entre las 8 comunidades que iniciaron la formación en España: Madrid (50 plazas), Cataluña (37 plazas.), C.Valenciana (35 plazas), (P. Albacete (15plazas), Tenerife (15 plazas), País Vasco (12 plazas) y Navarra (4 plazas). Al año siguiente, nos sumamos 3 UDENFOBG más, 2 en Granada, Hospital Clínico Universitario y Hospital "Virgen de las Nieves" y en Sevilla, nuestra unidad en el Hospital "Virgen del Rocío" en que se ofertaron dos plazas y en conjunto para toda la autonomía, fueron 10 las plazas ese año destinadas a formar matronas desde Andalucía. Actualmente tenemos acreditadas 20 plazas y ofertadas 20 plazas con 7 tutores.

P. ¿En qué cifras se ha movido la oferta de matronas en Andalucía?

R. La oferta de plazas formativas en la Comunidad de Andalucía ha evolucionado de forma creciente en unidades docentes y plazas pasando de las primeras 6 plazas acreditadas en la comunidad en 1993, hemos llegado a tener hasta 90, para este año 2025, Andalucía ha sido la Comunidad que más plazas ha ofertado, 79. Del total de plazas acreditadas (1824 plazas) a pesar de la necesidad demostrada, las que se han ofertados han quedado reducidas a 1621 plazas, lo que supone el 88,87% de las acreditadas. Esas 203 plazas que "se han quedado en el papel sin ofertar" en Andalucía, sumadas a las de tantas otras comunidades, de haber existido una visión y compromiso político real con la atención a las mujeres, hubieran destinado fondos las CC.AA. para que todas las plazas se hubieran ofertado y actualmente no estaríamos en la situación de precariedad con los efectivos de matrona en todo el país y se habría avanzado más en el desarrollo de las competencias de matrona, lo que revertiría directamente en la mejor atención a las mujeres y en el cumplimiento de la normativa competencial de las matronas evitando por ende, el intrusismo que las propias administraciones de salud, están favoreciendo y amparando.

P. Unidades Multiprofesionales ¿qué opinas sobre esta reconversión impuesta?

R. Progresivamente desde el arranque de la nueva formación a partir de 1993, se fueron abriendo por todas las provincias de la comunidad (y del país) UDENFOBG, muchas reconvertidas a partir de 2011 a UDM (Unidades Docentes Multidisciplinares), como la nuestra del Hospital "Virgen del Rocío" que pasó a ser Unidad Docente Multidisciplinar en 2012. En la actualidad Andalucía cuenta con 12 UDM y 13 UDENFOBG .

La Unidad Docente Multiprofesional supuso el fin de etapa de formación donde se priorizaba la formación pasiva del alumno, clases magistrales, con un perfil docente del profesor universitario

alejado de la actividad asistencial, sumándose como docentes, matronas que ejercían cargos de gestión, sin tutores de FSE. Este modelo se mantuvo hasta la publicación del POE, orden SAS Mayo 2009, marcando un antes y un después en la estructura y tipología de la formación, con una tutorización individual por parte del tutor de FSE, con el apoyo del Portal EIR como portafolio del alumno, encargado de la formación transversal y un programa de sesiones clínicas que mantiene al residente vinculado continuamente a la investigación. La formación pasó a desarrollarse plenamente por docentes clínicos, garantizando un 70% de formación por parte de matronas. Todo este cambio que exigía el POE, a mi manera de ver, fue positivo. Otro aspecto positivo que resaltar ha sido la formación conjunta que realizan nuestros residentes con los residentes de ginecología, el trabajo en equipo y el ambiente de colaboración que repercute muy positivamente en la asistencia.

La parte negativa bajo mi perspectiva, la paso a detallar:

Las UDM de obstetricia y ginecología se acreditaron incluyendo dos especialidades, una de las cuales, Enfermería Obstétrico-Ginecológica conlleva, por orden ministerial, transpuesta de normativa europea, un plan de estudios de 3600 h, con 900 h de formación teórica, 450 h. por curso, que se dejaba en manos de los tutores y la buena voluntad de compañeros, matronas expertas que iban ayudando en la formación en días de descanso ,sin ningún tipo de remuneración, ni horas exentas, al igual que los tutores. Con el tiempo los tutores tuvieron que ir asumiendo cada vez más cursos y talleres, hasta que el sistema no se pudo mantener y en 2016, conseguimos que la Comisión de Docencia reconociera las horas exentas asistenciales para formación realizada por tutores, con el apoyo de la dirección de enfermería. Seguimos sin poder contar con el apoyo de matronas expertas para la formación específica por falta de reconocimiento, a diferencia de la formación que imparten ginecólogos, a los cuales pueden liberar puntualmente de sus consultas.

A todo esto, añadimos que las UDM se ordenan con la figura de un Jefe asistencial, normalmente un Jefe de UGC, ginecólogo, sin que se reconozca oficialmente la figura del coordinador, fundamental en la organización de las Unidades Docentes de matronas, como se dejó constancia en el informe de la auditoria que nos realizó el ministerio en 2008, donde se solicitaba el compromiso de la Jefatura de estudios de tener un coordinador al frente de la organización de la Unidad.

P. ¿Desde cuándo eres coordinadora de la UDM , cómo accedes a esta ingente tarea y qué es lo que te supone?

R. Aterricé en el cargo cuando finalizó el proceso de la acreditación que realizó la anterior coordinadora, Cecilia Ruiz; yo era tutora desde Junio 2010 y estuve ayudándola con la Guía formativa y el proceso de acreditación. En octubre de 2011, ella pasó a la Universidad y me propuso que continuara con el proyecto y pusiera en marcha la UDM, en aquel momento me pareció todo un reto, ahora mirando atrás, creo que heredé un "marronazo" que, sin la ayuda de los tutores, matronas, jefes de estudio, coordinadores de las distintas UDM y cargos de gestión de



Parte del grupo de simulación obstétrica Sevilla (SOS) del HUVR

la UGC, no hubiera sido posible haber llegado hasta aquí. Como coordinadora no recibo ninguna retribución ni complemento, al igual que los tutores.

Además de la coordinación de la UDM, presido la subcomisión de enfermería de la comisión de docencia y formo parte de ella como vocal.

Coordino el Grupo de simulación obstétrica Sevilla (SOS) del HUVR, único grupo multiprofesional de simulación obstétrica en Andalucía, formado en 2019 por un grupo de matronas, ginecólogos, anestelistas y neonatóloga. Somos 17 instructores acreditados que formamos a residentes de 3 especialidades en emergencias obstétricas (EIR matronas, MIR Ginecología, y MIR anestesia), formamos igualmente a los profesionales del hospital y salimos a Hospitales públicos y privados de la comunidad que nos solicitan cursos. Ya hemos formado a más de 900 profesionales en las principales emergencias obstétricas, con resultados en salud que plenamente avalan esta formación.

P. En 2016 en una entrevista concedida a ABC contundentemente afirmabas que "Hoy, nuestras matronas están muy cotizadas" ¿ qué opinas unos años después?

R. Me mantengo en lo dicho, la formación que se les da en España es de las más completas de Europa, aunque ese aprendizaje va muy por delante de las competencias que nosotros podemos llevar a cabo, ya que en la mayoría de hospitales estamos prácticamente reducidas a la asistencia en los paritorios. En ese sentido, incido en que las competencias de las matronas abarcan toda la etapa reproductiva de la mujer: planificación familiar, embarazo, parto, puerperio, esterilidad, patologías (como el cáncer de cuello de útero o el de mama) y el climaterio, entre otras. Sin embargo, es triste saber que el sistema está invirtiendo mucho en la formación de las matronas, perfectamente conocedoras y capacitadas en los últimos avances médicos y utilizando las nuevas tecnologías aplicadas a la profesión, pero cuando se inician en el mundo laboral se frustran, porque ven que parte de su trabajo lo están desempeñando enfermeros sin especialización.

P. Ya sabemos que es una vergonzosa pero auténtica entelequia que en pleno siglo XXI, no se sepa ni las matronas con las que cuenta este país, incapaz el Ministerio de Sanidad desde 2012, aunque su génesis es de 2003 con la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de completar un Registro de Profesionales. A pesar de esto, sí hay evidencias de que Andalucía es una de las comunidades autónomas especialmente afectada por la carencia de matronas. ¿ Cómo vivís la situación?

R. Para situación general explicar que la comunidad autónoma de Andalucía, con sus 8 provincias, es la más poblada del país con 8.650.938 habitantes, de los cuales 4.400.990 son mujeres; tiene un índice elevado de emigración censados), 870.903 hab. de los cuales, 432.213 son mujeres; además es la segunda Comunidad más extensa después de Castilla León, lo que también condiciona la asistencia sanitaria. En cuanto al número de matronas por CC.AA. el último dato, emitido por el CGE en 2023, aunque es difícil establecer la proporción como ha hecho el CGE, cuando



Foto de "familia" en la finalización de un curso de simulación

nadie sabe a ciencia cierta el número de las matronas trabajando en el SNS, otra cosa son los datos que ofrece el INE que ni aporta todas las titulaciones, ni especifica las profesionales que están en activo. Bien, pues este dato al que me refiero situaba a Andalucía en el vagón de cola precedida de la Comunidad autónoma de Cataluña y por delante de la C. Valenciana con (61,37 matronas / 100.000 mujeres en edad fértil .

Aunque entiendo que es la forma autorizada de clasificación por tasas, matronas x 100.000 mujeres en edad fértil, reclamo desde aquí que las Administraciones recuerden que la salud sexual y reproductiva del resto de las mujeres de los demás rangos etarios no incluidos en la edad fértil, son también competencia de atención de las matronas ya que nos ocupamos de las mujeres en todo su ciclo vital.

Nuestros residentes se tienen que marchar fuera de la comunidad por precariedad laboral, es muy triste e incomprensible que se nos diga desde la administración que competencias de las matronas esenciales como el control de embarazo lo puedan hacer enfermeras de familia porque no hay matronas!!! Estamos nutriendo de matronas a otras regiones, matronas formadas en Andalucía, en el S.A.S, con un presupuesto de millones de euros.

P. En el 2020, la plantilla de Matronas del Virgen del Rocío "saltó" a la prensa reclamando la dotación completa de la estructura de la plantilla de Matronas ¿ cual es vuestra situación pasado el tiempo?

R. En 2020 reclamábamos la dotación total de 60 matronas para paritorios a tiempo completo y una matrona de lunes a viernes en turno de mañana para la consulta del Test de Bienestar Fetal, así como el mantenimiento del turno de 12 horas con una cadencia que asegurara grupos de trabajo de 10 matronas por turno para cubrir todos los servicios, contando cada miembro de la plantilla con una planilla anual con la programación de su jornada. Además, se pedía la implantación de medidas para mejorar la gestión de los turnos y horarios y la cobertura de las bajas y permisos reglamentarios del personal ya que en muchas ocasiones se estaba trabajado con un número de matronas por debajo de los servicios mínimos establecidos de 10 matronas. Tras la negociación, llegaron los acuerdos que se mantienen en la actualidad, aunque seguimos sin un retén de matronas que pueda cubrir imprevistos, en una plantilla de casi 80 matronas, entre titulares y reducciones de jornada.

P. La C. de Andalucía, probablemente sea una de las comunidades que con más fuerza y de forma más temprana (2005) ha introducido la Gestión por Procesos (PAI) como abordaje integral de cada uno de ellos desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, en que la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales, llama la atención que ya se incluyera la figura de la enfermera en el proceso de atención a la gestante y puérpera junto a la matrona, incluso en la Educación Maternal ¿ Qué puedes decir al respecto?

R. Efectivamente, llama la atención que en el PAI de embarazo-parto y puerperio del 2005, ya figuraba la enfermera, no se entiende como profesionales matronas y asociaciones científicas colaboraron y aceptaron que nuestras competencias fueran asumidas por profesionales sin especialización. Ahora se hace una revisión y según borrador presentado, continua la enfermera junto a la matrona para llevar el control de embarazo, con la justificación que hay centros de salud ¡¡¡sin matronas!!!, y ¿por qué hay C. de Salud sin matronas? Las matronas quedaron adscritas como dispositivos de apoyo en los distritos sanitarios, esto supuso dispo-



ner de matronas con movilidad, que permitía cubrir imprevistos, bajas de otros profesionales y repartir la actividad asistencial en distintos centros," matrona para todo", esto supuso tener que abandonar programas de salud, no poder realizar sus competencias y centrarse casi exclusivamente en control de embarazo, y esto se explica con el mantra de "no hay matronas"..... Este problema es el más grave que tienen las matronas de Atención Primaria: hasta que no haya una matrona por Zona Básica de Salud, no podremos atender a las mujeres en todas las áreas de salud reproductiva, somos las profesionales especializadas para ello, con una formación que nos capacita y lo hemos demostrado a lo largo de los siglos.

P. Explica a los lectores cual es la situación actual.

R. A finales de año se presentó en foro científico el boceto de la revisión del PAI embarazo-parto y puerperio de la Consejería de Salud por parte del grupo de trabajo encargado para ello, en esta revisión figura como he dicho anteriormente la enfermera comunitaria en el control de embarazo junto a la matrona, lo que volvió a producir el rechazo unánime de las matronas. A través de la Asociación Andaluza de Matronas (AAM), se remitió escrito a la coordinadora de la estrategia de cuidados de la Consejería, para frenar ese despropósito. Paralelamente a esta movida que se ha producido por el PAI, se ha creado un grupo de trabajo liderado por el departamento de estrategia de cuidados en atención primaria, dentro del desarrollo del punto 18. del Pacto de la Atención Primaria "Desarrollo competencial de la matrona en atención primaria", con representantes de la Consejería, la coordinadora del PAI (anterior Presidenta de la AAM), la actual presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas, una matrona del Consejo General de Enfermería, una Matrona/coordinadora de un distrito de AP y yo, como portavoz de la formación especializada. El grupo de trabajo ha realizado una encuesta muy amplia para que se cumplimente en todos los centros de salud y podamos hacer un mapa de las competencias que se están desarrollando en cada uno de los de AP de la comunidad y nos permita hacer un estudio real de las competencias que asume la matrona en cada centro y de las que no realiza y quien lo hace. Se ha solicitado que la matrona forme parte de los equipos básicos de salud y no sea dispositivo de apoyo, que es el origen del problema de la situación en la que se encuentran las matronas de AP en Andalucía.

Hemos plasmado la triste realidad del desarrollo de competencias de Matronas en Atención Primaria, hemos puesto sobre la mesa la falta de plazas de matronas en los CS, el hecho de estar formando matronas para otras comunidades y el peligro de la formación específica de residentes, si no se amplían la dotación de matronas que puedan desarrollar todos los programas en salud de la mujer, lo que sólo compete a la matrona como profesional especializado y cualificado para ello. Ya veremos qué pasa tras todo este laborioso trabajo que aún no hemos completado.....

....Tras la reunión mantenida hace unos días, la presidente de la AAM con la Consejera, tenemos el compromiso que se revisaran antes de su puesta en marcha, las competencias exclusivas de las matronas en la revisión del PAI.



Jornadas de Investigación

P. Sabemos que te involucras en numerosas actividades y nos ha llamado la atención el 'AULA DE PUERPERIO Y CRIANZA', que, una de tus compañeras en esta iniciativa definía muy acertadamente como UN ESPACIO EDUCATIVO PARA EMPODERAR A LA MUJER ¿qué nos puedes contar al respecto de esta actividad?

R. Bien, este proyecto, se inició como una colaboración de la Unidad de Gestión Clínica Materno-Fetal, Genética y Reproducción y la Unidad Docente de Matronas en el año 2012, como una escuela de padres en la que se ofrecían charlas en grupo a mujeres ingresadas, gestantes y púerperas, lo que llevado a la práctica generaba muchas dificultades organizativas y logísticas para la formación de grupos. En 2016, un grupo de matronas, enfermeras y residentes de Enfermería en Ginecología y Obstetricia elaboramos la Guía de atención al Aula de Puerperio y crianza, avalada por la Comisión Central de Calidad del Hospital Universitario Virgen del Rocío y por la Asociación Andaluza de Matronas. A partir de ahí se inició el actual modelo de 'Aula de Puerperio' donde la atención a la familia se hace individualizada con el apoyo del hospital, que dedicó un espacio, dentro de la hospitalización de puerperio, residentes de segundo curso de matronas y una matrona referente. Valga como dato asistencial, que en 2023 se atendieron un total de 2.900 mujeres, el 66% de las púerperas ingresadas. Esta actividad si no única, sí ha sido pionera en nuestro país y va destinada a mujeres ingresadas en las plantas de hospitalización de puerperio del Hospital de la Mujer e incluso ,púerperas con sus recién nacidos y sus familiares tras el alta hospitalaria desde sus domicilios, con la ventaja añadida de que damos a las familias la posibilidad de ser atendidos vía telefónica en horario de mañana, ofertando así otro punto de ayuda para la mujer en las difíciles 48-72 horas tras el parto, además de la atención de la matrona de su centro de salud que sigue su evolución puerperal y puede solventar las dudas que le surjan. El objetivo de esta actividad es empoderar a la mujer en este momento de su vida llena de cambios, novedades y descubrimientos, y ofrecerle recursos y claves que podrán utilizar en ese mismo instante y posteriormente .La primera información sobre la existencia este aula la reciben las mujeres en la educación maternal de los centros de salud que pertenecen al área de nuestro hospital, así tras el ingreso en el proceso de parto y postparto inmediato, se le informa de este recurso por parte de las matronas gracias a un díptico informativo. Por otra parte, el 'Aula de Puerperio y Crianza' representa la puesta en práctica de las competencias y nivel de autonomía que los residentes de segundo año han adquirido en su formación previa tutorizada a la atención de la mujer en el aula. Se trata de un servicio único que ofrece nuestro hospital del que se benefician tanto las familias que acuden a él como los propios residentes y profesionales. Constituye, además, una fuente de datos muy importante para la investigación, realizando estudios que han ayudado a través de sus resultados a realizar mejoras en la práctica clínica. Otro aspecto positivo que tiene el aula para la formación del residente es permitirle participar activamente en la gestión y realización de actividades utilizando las nuevas herramientas digitales de que dispone el hospital para prestar ayuda al máximo de familias, videos tutoriales, infografías, QR para acceso a información, etc.

**AULA DE
PUERPERIO
Y CRIANZA**



P. Desde 2022 formas parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico - Ginecológica (Matrona) del Ministerio de Sanidad, una experiencia más a sumar a tu larga trayectoria profesional en línea con tu actividad formativa ¿ Qué es lo que te reporta ser vocal de esta comisión, además de un trabajo ímprobo como me consta?

R. Está siendo una gran experiencia trabajar con matronas de tanta experiencia y prestigio, estoy aprendiendo en un aspecto fundamental para la docencia: garantizar que las unidades docentes que se van acreditando, cumplan los requisitos para poder formar matronas y a la vez aportando mi humilde granito de arena en todo lo que puedo, sobre todo del trabajo de campo en la Unidad Docente. Hay muchos temas importantes encima de la mesa; la CNENFOBG(Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, (Matrona) vive un momento igualmente complicado: se ataca la formación desde distintos ámbitos, sirva el ejemplo enfermeras que realizan un master en un país contiguo comunitario, que los titula en Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), y que les puede servir como trampolín para saltarse un examen EIR y 3600 horas de formación especializada y lo peor, que es evidente que al llegar a este país, tienen una falta de conocimientos y habilidades fundamentales para el ejercicio de la profesión; es un tema prioritario, saber la actitud del Ministerio sobre el reconocimiento y si las consejerías debieran aceptar estas titulaciones para contratar matronas.

Por otro lado, es necesario actualizar el programa formativo del 2009, se han producido muchos cambios en los programas de salud de la mujer, perspectiva de género, modelo de familia, etc.

Los programas formativos de distintas especialidades confluyen en actividades de promoción de la salud de la mujer y familia, esto debería generar áreas de mejora en AP y especializada, pero en la práctica real se produce un intrusismo claro de profesionales no especializados a las competencias que no se realizan por matronas, lo que supone una asistencia no cualificada hacia la mujer. De ahí la importancia que el CNENFOBG garantice que la formación de los residentes en AP se realice por matronas y que la formación teórica-práctica en hospitales será realizada por matronas en el 70% del contenido.

La estructura de la formación de matronas en España actualmente es muy complicada, coexistiendo UDENFOBGs con UDMs, donde cada una organiza la formación con formatos diferentes, con o sin apoyo económico de sus distintas consejerías, comisiones de docencia y unidades de gestión hospitalaria, con el único punto en común para todas que es el POE. La sensación mía es que hay muchas desigualdades en función de la comunidad que sea, y el apoyo que esa consejería dé a la especialidad y a sus profesionales, pongo un ejemplo, nuestros residentes solicitan rotaciones externas en Cataluña en AP, porque allí, en cada centro hay 1-2 matronas, desarrollando una cartera de servicios amplísima y esto, es una realidad.



P ¿Hay futuro para nuestra profesión?

R. Esta profesión siempre tendrá futuro, porque estaremos siempre donde esté una mujer, es la profesión más antigua del mundo, lo hemos demostrado durante siglos, eso lo sabemos todos, pero en pleno S. XXI las matronas tienen que estar a la altura de una profesión que nos exige una actualización continua, investigación en todas las áreas y divulgar el trabajo científico. Matronas también en la gestión, en la docencia, en la investigación....no sólo en la asistencia, todo esto, es lo que hace que una profesión progrese. Nos tenemos que centrar en lo que de verdad nos ayuda, y no es otra cosa que la excelencia en la formación y en la actividad diaria, es la forma objetiva de repetirles y demostrarles a los gestores lo que ya saben, aunque no lo pongan en práctica tantas veces: lo económico que resulta una matrona y la importancia que tiene en la salud de la mujer. Necesitamos matronas líderes que nos representen en todos los foros donde tenemos que estar, con verdadera vocación, ya estamos cansados de ver gente que se posiciona en organizaciones que dicen representarnos y lo que vemos son sillones ocupados, con intereses partidistas y poco interés general.



Con el grupo de simulación impartiendo un curso de emergencias obstétricas

P. Y después de hablar de vocación pasemos a hablar de "devoción", ¿Cuáles son tus hobbies?

R. Mis hobbies han ido cambiando, la mayor afición que he tenido ha sido a la guitarra, pasé muchos años que era mi compañera del alma, ¡jajajaja! Ahora, me encantan los viajes con la familia y los amigos, disfrutar los pocos momentos que me dejan. Me encanta hacer turismo gastronómico, me gusta el cine, conciertos..... y hacer puzles con mi hija.

P. ¿Con qué sueñas para tu jubilación, aunque te queden unos años de trabajo activo aun?

R. El día que deje la mochila!!!.... Uffff seguir disfrutando de mi familia, adaptarme a una vida más tranquila, no será fácil al principio, pero no creo que me aburra. Es difícil pensar en el descanso, tengo muchas cosas que hacer aún, ¡¡no me lo voy a creer el día que llegue!!

Sacri, en nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio, agradecerte que nos hayas concedido parte de tu tiempo y por todo lo aportado a la profesión. Sirva esta entrevista como el reconocimiento, muy merecido, que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando, para dar visibilidad a tantas personas, que han formado o forman parte de su historia, como en tu caso, trabajando por un mejor futuro para nuestra profesión y las mujeres. Gracias.

ILITIA. Redactora AEM

**¡ABIERTA NUEVA EDICIÓN DE
LOS CURSOS ON LINE 2025!**

Matriculación hasta: 4 Abril 2025

Inicio del estudio: 15 Mayo 2025

Duración: 2/3 meses online

Información y Formularios de Matriculación:

<https://sec.es/area-de-formacion/cursos/>



<https://sec.es/area-de-formacion/cursos/>

<https://sec.es/area-de-formacion/cursos-y-masters-creditos-formacion-continuada/curso-en-anticoncepcion-matronas-fc/>



EUROPEAN ASSOCIATION OF
PERINATAL MEDICINE



EUROPEAN MIDWIVES
ASSOCIATION



GRUPO DE ESTUDIO SOBRE MONITORIZACIÓN INTRAPARTO.

El grupo de estudio de monitorización fetal intraparto, fundado en 2012, es uno de los grupos de estudio más activos de la Asociación Europea de Medicina Perinatal (EAPM).

El objetivo principal de las actividades del grupo es promover la formación relacionada con la monitorización fetal intraparto (IFM) en los países europeos, fomentar la colaboración en la investigación y desarrollar estándares relacionados con la IFM.

La IFMSG organiza cursos y sesiones dentro de las reuniones de la EAPM y, junto con la EAPM y la Asociación Europea de Matronas (EMA), es responsable de la organización del Congreso Europeo sobre Cuidados Intraparto (ECIC) que se celebra cada dos años en diferentes países de Europa.

PRINCIPALES TEMAS DEL CONGRESO

- Inducción del trabajo de parto
- La primera etapa del trabajo de parto
- La segunda etapa del trabajo de parto
- Tercera etapa del trabajo de parto
- Monitorización fetal intraparto
- La comunicación en el trabajo de parto
- Organización de la atención intraparto
- Personalización de la atención
- Innovaciones en la atención intraparto
- Posición materna en el trabajo de parto
- Urgencias obstétricas
- Otros temas en Cuidados Intraparto

SEDE

Hotel Meliá Avenida América
27 – 29 de marzo de 2025
C. de Juan Ignacio Luca de Tena, 36, 28027 Madrid

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.mcascientificevents.eu/ecic/registration-information/>
<https://www.mcascientificevents.eu/ecic/scientific-information/>



INSCRIPCIONES

Médico (EN PERSONA o EN LÍNEA)	€ 480,00	€ 580,00
Enfermeras/Matronas (PRESENCIALES o EN LÍNEA)	€ 420,00	€ 520,00
Residentes/Estudiantes (PRESENCIAL o EN LÍNEA)	€ 380,00	€ 480,00

La inscripción incluye:

- Acceso a todas las Sesiones Científicas
- Acceso a la zona de Exposición – Coffee breaks
- Acreditación UEMS
- Credencial de asistencia
- Programa científico final electrónico
- Certificado de asistencia
- Dos talleres, con número limitado de participantes (por orden de llegada)

La solicitud de acreditación se hará a la Cámara Médica de Eslovenia y a la Asociación de Enfermeras y Matronas de Eslovenia.

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.mcascientificevents.eu/fetus-as-a-patient/scientific-information/>

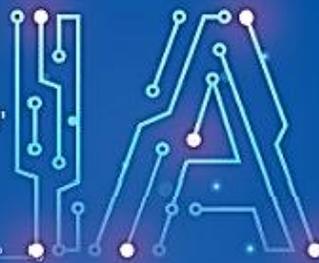
<https://www.mcascientificevents.eu/fetus-as-a-patient/registration-information/>

Il congreso nacional de inteligencia artificial en enfermería

'IA: La ola que viene'

3, 4 y 5 de abril de 2025

Centro de
Congresos
'Ciutat d'Elx'
Elche
(Alicante)



organiza:



CECOVA
Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana

Secretaría técnica:



info@npmcongresos.com

Telf.: 965 130 228



www.congresoiaenfermeria.com

entidades
patrocinadoras

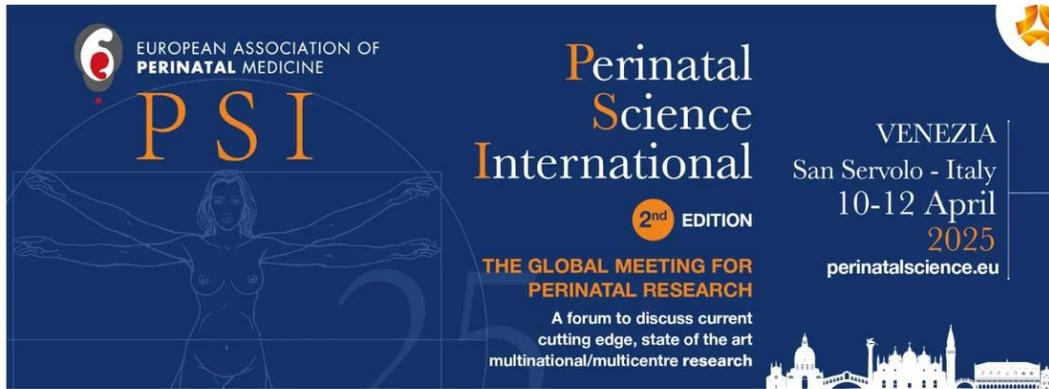


Excelentísimo
AYUNTAMIENTO
de ELCHE



Colegios de Enfermería de
Alicante, Castellón y Valencia

<https://congresoiaenfermeria.com/>
<https://congresoiaenfermeria.com/inscripciones>
info@npmcongresos.com
Telf.: 965130228



PSI 2025: Perinatal Science International

The Global Meeting for Perinatal Research

10-12 April 2025 • San Servolo - Venice, Italy

Congress Presidents: **Prof. Neena Modi, Prof. Bo Jacobsson, Prof. Diogo Ayres-de-Campos**

TODA LA INFORMACIÓN

https://europerinatal.eu/congresses/psi-2025/scientific-information/?utm_source=Newsletter&utm_medium=Email&utm_campaign=PSI_Newsletter

<https://mcaevents.eventsair.com/psi-2025/registration-form/Site/Register>

TALLER DE ÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL III EDICIÓN

7 de mayo de 2025
De 15:30 a 18:30 h.



TALLER DE ÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL III EDICIÓN

FECHA: 07 de mayo 2025

Horario: 15:30 a 18:30 h.

Formato Virtual

INSCRIPCIÓN

El Taller es gratuito para los socios de AEDP.

Si aún no eres socio, puedes hacerte socio, el precio del Taller equivalente a la cuota anual de Socio.

Hazte Socio y disfruta de este Taller de forma gratuita y muchas otras ventajas

SECRETARÍA TÉCNICA

SANICONGRESS®

Tel. +34 687 982 671

e-mail: sanicongress@jornadasaedp.com

https://jornadasaedp.com/inscripcion/inscripcion.php?utm_source=brevo&utm_campaign=AEDP-TALLER%20DE%20ÉTICA%20III%20EDICIN&utm_medium=email

1ª JORNADA ENFERMERÍA GINEONCOLÓGICA

28 de Marzo 2025 de 09:15 a 13:00 h.

Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia

<https://enfermeriagineonco.bocentium.com/>



<https://enfermeriagineonco.bocentium.com/programa/>

<https://enfermeriagineonco.bocentium.com/inscripciones/>



Sede: Palacio de Congresos de Jaén

INFORMACIÓN:

<https://3esalud.enfermeriajaen.com/>

protocolo@enfermeriajaen.com

Teléfono: 683685050



¿Cuánto sabes de la piel de los recién nacidos?

Responde a esta encuesta patrocinada por WaterWipes®, las primeras toallitas para bebés certificadas con el sello "Microbiome-friendly" de Mymicrobiome, y te enviaremos unas muestras a la dirección que nos facilites.

¡Muchas gracias!

waterwipes.com/es/es



El cuidado de la piel de los más pequeños es uno de los aspectos que más preocupa a los papás y a las mamás. No en vano, la piel del bebé presenta unas características diferentes a la piel de un adulto. Es una piel más fina, con una mayor sensibilidad y permeabilidad a los agentes externos. Por todo esto, la piel de los niños, requiere unos cuidados especiales que le permitan mantener y proteger la función de barrera que tiene.

Encuesta de WaterWipes® apoyada por la Asociación Española de Matronas

<https://docs.google.com/forms/d/15-hLbICQ7ia168E-YfIlkPuRJI3KvYg5GmzADXTNIFo/edit>

OFERTA DE TRABAJO

**Matrón/ Matrona (50%) - Hospital Universitario La Zarzuela (Temporal)**

Empresa: Sanitas Hospitales.

Seleccionamos una posición de Matrón/a para e el Hospital de la Zarzuela con jornada parcial al 50% en turnos de 24 h y 12 h para desempeñar funciones en consultas y paritorio.

¿Que Ofrecemos?

Número de plazas: 1

Lugar físico del centro de trabajo:

Hospital Universitario La Zarzuela (Aravaca). Duración del contrato: Temporal (Sustitución)

Jornada laboral:

Parcial. Jornada parcial (%): 50

Requisitos:

Puesto requerido: Enfermera/o Especialista Especialidad:
Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona)

Persona contacto: Ester Deogracias Herrera Teléfono: 639253868

Email: seleccionhospitales@sanitas.es

**CURSO HIBRIDO
GRATUITO SOBRE
ADOLESCENCIA
EN RIESGO**



Jornadas de Pediatría

Una mirada integral a la adolescencia y sus familias

📅 7 y 8 de Marzo 2025
🕒 09:00h a 19:30h
09:30h a 18:00h

📍 **Hospital Universitario HM Sanchinarro**
Auditorio Reina Sofía
C/ de Oña,10, 28050 Madrid

Organizan



Accede aquí:

🖥️ **Enlace Online**

📍 **Presencial**

Coordinadores

Dra. Matilde Velasco.
Coordinadora Pediatría HM Hospitales de Madrid.
Dra. Patricia Gimeno Pita.
Pediatra. Codirectora de la UMIA (Unidad de Medicina Integral del Adolescente)
Dr. Jesús García Pérez.
Coordinador del Grupo de Pediatría Social de La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Pediatra Social y Afectólogo. Presidente del Instituto Madrileño de Pediatría (IMPe). Codirector de (UMIA)



Dirigido a profesionales
Formato presencial y online



*** Pendiente de acreditación**

https://hmhospitales.zoom.us/webinar/register/WN_4mtXTkSR7mEuHvY4OB6cA#/registration

SEIDIGYN ÓVULOS

La **solución integral** para la sequedad vaginal

Calma

VITAMINA E
ACEITE DE MELALEUCA
ÁCIDO GLICIRRETÍNICO

Hidrata

ÁCIDO HIALURÓNICO
POLICARBÓFILO
VITAMINA A

Equilibra

ÁCIDO LÁCTICO



NOVEDAD

FÓRMULA ÚNICA



MEDICAL DEVICE CE 0425

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

SEID  LAB



UN NUEVO CANAL DE COMUNICACIÓN PARA MATRONAS

Te presentamos **KyCARD**, la **tarjeta digital que te mantiene informada** sobre novedades científicas, publicaciones, webinars, congresos, talleres de formación...



Descárgala en tu móvil y recibe mensualmente notificaciones push con información relevante para la comunidad de matronas.

Regístrate para estar siempre informada de las últimas novedades sobre contracepción intrauterina de un modo **completamente gratuito** haciendo clic [aquí](#).

Una vez rellenado el formulario, podrás añadir la KyCARD a Apple Wallet (iPhone) o a PassWallet (Android).

En BAYER, hemos pensado en ti, porque te lo mereces.

¡Mantente al día con **KyCARD**!

KyCARD es un servicio gratuito proporcionado por Laboratorios Bayer, sin publicidad de ningún tipo.



PP-PF-WHC-ES-0530-1 (02/2025)



INVITACIÓN

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



¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

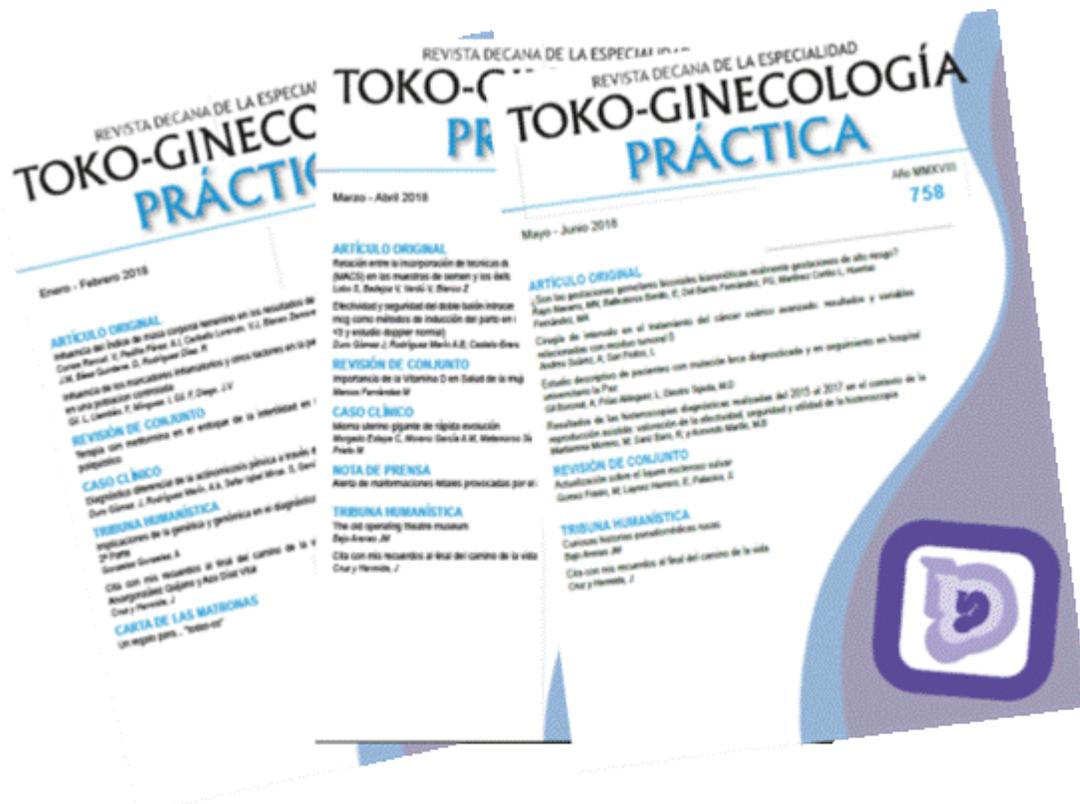
¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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



¿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.



matronas hoy
 TERCERA ETAPA. VOLUMEN 12 N° 3 AÑO 2024
 REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
 ISSN: 2340-0161

SUMARIO

Editorial

Originales

- Influencia de la obesidad en mujeres gestantes sobre el trabajo de parto y crecimiento fetal en la comunidad autónoma de Cantabria
- Estudio descriptivo sobre la opinión anónima de las mujeres acerca del rol de la matrona en consulta preconcepcional en Atención Primaria

Revisiones

- Cuidados de las matronas: impacto en la salud materna, neonatal y costes económicos: una revisión paraguas
- Microbiota vaginal, reflejo de la salud del tracto reproductor femenino: un nuevo elemento a considerar en la atención prestada por matronas
- Cambios psicológicos durante el embarazo y el posparto: evidencia científica reciente sobre sus manifestaciones en mujeres de Iberoamérica

Echando la vista atrás
 Demanda de la AEM contra la Orden SAS/1729/2010, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

Entrevista
 Entrevista a M^o Jesús Gutiérrez Martín

Agenda

- Conflicto generado por el manifiesto de FAECAP con el resto de especialidades enfermeras. La AEM se dirige al Secretario de Estado de Sanidad
- La AEM convocada a la reunión en Bruselas para posible modificación de la Directiva 36/2005 relativa a Matronas
- La AEM redama al Colegio de Córdoba
- Reclamación al Ministerio de Sanidad por el error en la expedición de los títulos de Matrona

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

DAE EDITORIAL



NUEVA CAMPAÑA DE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO



Las campañas de **Salud Oral y Embarazo** vienen siendo habituales. Concretamente, hasta el presente se han organizado 4 campañas, siendo la última en 2021. La acogida de estas campañas ha sido siempre muy buena, tanto por parte de los Colegios de Dentistas, como de los profesionales y las embarazadas participantes. Estas campañas permiten acercarse, no solamente a la embarazada en materia de educación sanitaria, sino también a los primeros cuidados del recién nacido y lactante. Por todo ello, ya está en marcha la Vª edición de la campaña en 2025.

Las Matronas son una pieza clave de estas campañas, nuestro trabajo con las mujeres embarazadas, cuidando del binomio madre-hijo y nuestro compromiso ético y profesional con la mejora de la salud materno-fetal, nos convierte en el más fuerte nexo con las mujeres y por tanto, somos especialmente necesarias para desarrollar esta campaña con éxito, como en ediciones anteriores.

La Asociación Española de Matronas asume este compromiso una vez más con ganas, porque la educación sanitaria es uno de nuestros objetivos para lograr el fin último que es el mayor bienestar y salud de las mujeres y sus hijos.

La salud buco-dental no es una cuestión baladí en ningún momento de la vida, pero en el caso del embarazo concretamente, los conocimientos que se van sumando, cada vez en mayor cantidad y con mayor grado de evidencia, han demostrado que el control de las enfermedades orales en la mujer embarazada reduce la transmisión de bacterias orales desde la madre hacia el recién nacido, así como la prevención del parto prematuro y muchas otras situaciones de importancia.

En ediciones siguientes iremos avanzando esta campaña para la que, desde aquí, solicitamos el apoyo de todas las matronas de España. Se está confeccionado **material divulgativo** (libreto de educación sanitaria) para distribuir a una amplia muestra representativa de Centros de Atención Primaria, **así como una encuesta para las mujeres embarazadas y en cuya recogida las matronas son fundamentales para canalizar los datos**, conocer la situación de la salud buco-dental en las embarazadas españolas y realizar proyectos de mejora, ¡y muchas más cosas.....!

¡MATRONAS, la salud de mujeres son el objetivo de nuestros cuidados, demostremos una vez más nuestro compromiso con ellas y apoyemos esta campaña!



LA COMUNIDAD DE MADRID RECUPERA LA FORMACIÓN TEÓRICA PRESENCIAL DE LAS FUTURAS MATRONAS TRAS EL CORONAVIRUS



La Comunidad de Madrid recupera la formación teórica presencial de las futuras matronas de 13 hospitales públicos de la región después de que la pandemia de coronavirus obligara a impartirla de manera virtual desde mayo del año 2020.

Los enfermeros internos residentes recibirán este aprendizaje en 13 hospitales públicos de la región: 12 de Octubre, La Paz, Clínico San Carlos e Infanta Leonor, en la capital, Fundación Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe, Infanta Cristina (Parla), Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes), Móstoles, Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares), Puerta de Hierro Majadahonda, y Severo Ochoa (Leganés). El día 3 de febrero han comenzado las clases sobre Obstetricia y Ginecología que se impartirán en el Centro de Especialidades Periférico de Moratalaz, en Madrid, en un espacio cedido por el Hospital público Universitario Gregorio Marañón. Se iniciará con 88 alumnos, si bien a lo largo de 2025 serán 132 los participantes, pertenecientes a tres promociones diferentes.

Inicio de las clases en Moratalaz

Con esta medida, los residentes podrán beneficiarse de una enseñanza más cercana y participativa. De las 3.600 horas de formación (distribuidas a lo largo de dos años) que precisan estos profesionales, la parte teórica supone el 26% (936), mientras que el resto corresponde a la parte clínica (2.664).

La Dirección General de Investigación y Docencia, a través de la Unidad Técnica de Formación Sanitaria de Grado y Especializada, ha asumido desde mayo de 2022 las funciones de presupuestar, coordinar y evaluar todos los cursos teóricos que se imparte a las EIR de esta especialidad sanitaria en los centros citados.

Fuente: *Portal de la Comunidad de Madrid*

COMPETENCIA BÁSICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA: TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO CAPA



Autores: Víctor Romero-Domínguez, Anna Ponjoan, Mireia Vidal, Lia Alves-Cabratos , Anna Pol-Pons
Título del estudio: Breastfeeding Basic Competence in Primary Care: A Spanish Translation and Cross-Cultural Validation of the CAPA Questionnaire
Revista de publicación: *Jornal of Human Lactation*
Fecha de publicación: septiembre de 2024
DOI: 10.1177/08903344241271360

El artículo aborda la traducción al español y la validación transcultural del cuestionario CAPA (**Competencia en Atención Primaria sobre la Lactancia Materna**), diseñado originalmente en catalán, para evaluar la competencia básica en lactancia materna de los profesionales de Atención Primaria. Este instrumento, que incluye 24 ítems con una respuesta en escala tipo Likert, demostró ser una herramienta válida, fiable y de estructura unidimensional, con un alto nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach 0,852) y buena reproducibilidad (coeficiente de correlación intraclass de 0,890). La adaptación cultural al español se realizó de manera rigurosa mediante traducción, retrotraducción y consenso de expertos, con ajustes mínimos para asegurar la equivalencia semántica y conceptual.

Los resultados mostraron que las matronas obtuvieron las puntuaciones más altas en el cuestionario, reflejando su formación especializada y su rol crucial en el apoyo a la lactancia materna. Sin embargo, solo el 26,5% de los profesionales sanitarios evaluados alcanzaron un nivel básico de competencia en lactancia, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar la capacitación en esta área, particularmente en otros grupos como médicos de familia, enfermeras no pediátricas y pediatras. El cuestionario CAPA se presenta como una herramienta útil para identificar carencias formativas, diseñar programas de capacitación específicos y medir la eficacia de estas intervenciones.

En el contexto de la práctica clínica de las matronas, este cuestionario tiene implicaciones positivas al proporcionar una base objetiva para evaluar sus conocimientos y habilidades, identificar oportunidades de mejora y fortalecer su liderazgo en la promoción de la lactancia materna. Al permitir la estandarización en la evaluación de competencias, esta herramienta facilita también una atención más uniforme y de alta calidad en la Atención Primaria, contribuyendo a mejorar las tasas de lactancia y el apoyo integral a madres lactantes, sus familias y la comunidad.

Acceso a la publicación:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39297356/>

LAS MATRONAS CUALIFICADAS MEJORAN LA SALUD DE LA MADRE Y DEL BEBÉ Y AHORRAN MILLONES DE EUROS A LOS SISTEMAS SANITARIOS



La Universidad de Granada lidera una revisión internacional del trabajo de las matronas

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Granada (UGR), en colaboración con la Asociación Andaluza de Matronas, ha determinado que la atención sanitaria ofrecida por estas profesionales cualificadas tiene un impacto positivo en la salud y en el funcionamiento de los sistemas sanitarios a nivel internacional.

La revisión paraguas se ha basado en una muestra de 228509 mujeres embarazadas, 72388 mujeres durante el puerperio y 7931 matronas de diferentes países: Australia, Irán, España, Estados Unidos, Reino Unido, México, Canadá y China. El artículo, publicado en la **revista Matronas Hoy, de la Asociación Española de Matronas**, ha sido realizado por el investigador del Departamento de Enfermería de la UGR Rafael Caparros González, junto a su equipo.

“La matrona es una profesional reconocida internacionalmente en todos los sistemas sanitarios, considerándose una figura esencial en la salud sexual y reproductiva durante toda la vida de las mujeres, y de la salud integral del recién nacido hasta los 28 días tras el nacimiento”, señala Caparrós.

En el mundo ocurren más de 134 millones de partos y nacimientos todos los años con un impacto positivo de la atención de las matronas cualificadas. El investigador de la UGR apunta que los cuidados sanitarios ofrecidos por las matronas favorecen el parto eutócico (normal) y disminuyen las intervenciones médicas. Además, las matronas son capaces de reducir el número de partos inducidos (provocados). En este sentido, existe evidencia científica que avala que aquellos niños y niñas que nacieron mediante un parto provocado tienen un riesgo elevado de presentar alteraciones neurológicas a los 12 años de edad.

“Además, las mujeres atendidas por matronas cualificadas presentan una mayor tasa de mantenimiento de lactancia materna a los seis meses tras el parto, lo que ha demostrado ser un neuroprotector para los bebés, según la Organización Mundial de la Salud”, indica Caparrós.

Por otro lado, esta atención profesional presenta un impacto positivo en la salud mental perinatal, es decir, en la salud mental de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto: reduce los niveles de tocofobia (miedo al parto), ansiedad y estrés, lo que disminuye el uso de epidural y de instrumentación médica durante el parto. Según este macroestudio, la matrona cualificada es capaz de detectar y cribar algunos problemas de salud mental perinatal.

La investigación indica que estas profesionales permiten ahorrar millones de euros a los sistemas sanitarios de todo el mundo. *“Se ha cuantificado que en Australia las matronas producen un ahorro de 12 millones de dólares al año. En relación a lactancia materna en España, el ahorro podría alcanzar los 5,6 millones de euros al año por cada mes de lactancia materna. Y en Inglaterra, el ahorro proveniente de la mejora de la salud mental perinatal generaría un ahorro de 6,6 millones de libras esterlinas al año”,* concluye Rafael Caparrós.



Programa de Actualización en Salud de la Mujer



Fundación Iberian LiveMed Institute

- La Fundación promueve actividades de investigación, formación continuada y prevención de la enfermedad.
- Institución creada por LIVEMED IBERIA, organización que contribuye a la actualización de conocimientos para la práctica profesional, con el objetivo de mejorar la atención sanitaria a los ciudadanos.

Entre los objetivos de la Fundación, destaca:

- Establecer áreas de colaboración para el mecenazgo que permita contribuir al desarrollo profesional continuo.
- Detectar necesidades de formación y promover actividades.
- Acordar convenios en colaboración con entidades públicas, privadas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

La Asociación Española de Matronas fue invitada a la presentación del programa de formación continuada para el próximo 2025 y 2026 para participar en el diseño de los mismos, sobre la salud de las mujeres dirigidos a matronas.



La salud de la mujer contemplada de manera integral, será prioritaria en la formación de los profesionales sanitarios en España durante los próximos años



Montserrat Angulo, Silvia González y José Luis Neyro.

La Fundación Iberian Livemed Institute presentó el pasado 16 de enero el Programa ASAMU (**Actualización en Salud de la Mujer**) de formación continuada que con carácter multidisciplinar será desarrollado en las diferentes CCAA, en este año y siguientes.

En el transcurso de la presentación, intervino la doctora Silvia Pilar González Rodríguez, de la sección de Menopausia de la SEGO, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y presidenta electa de la AEEM, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, quien señaló el incomprensible déficit de formación en menopausia en las facultades de medicina, teniendo en cuenta que en España, existen más de 8.000.000 de mujeres que se encuentran en esta condición y el hecho de que con las mejores perspectivas de esperanza de vida de las mujeres españolas, éstas se están viendo ya cómo, a lo largo de la misma, pasarán más años después de este periodo que en el resto de las etapas de su existencia. La Fundación Iberian Livemed Institute presentó el Programa ASAMU (Actualización en Salud de la Mujer) de formación continuada que con carácter multidisciplinar será desarrollado en las diferentes CCAA.

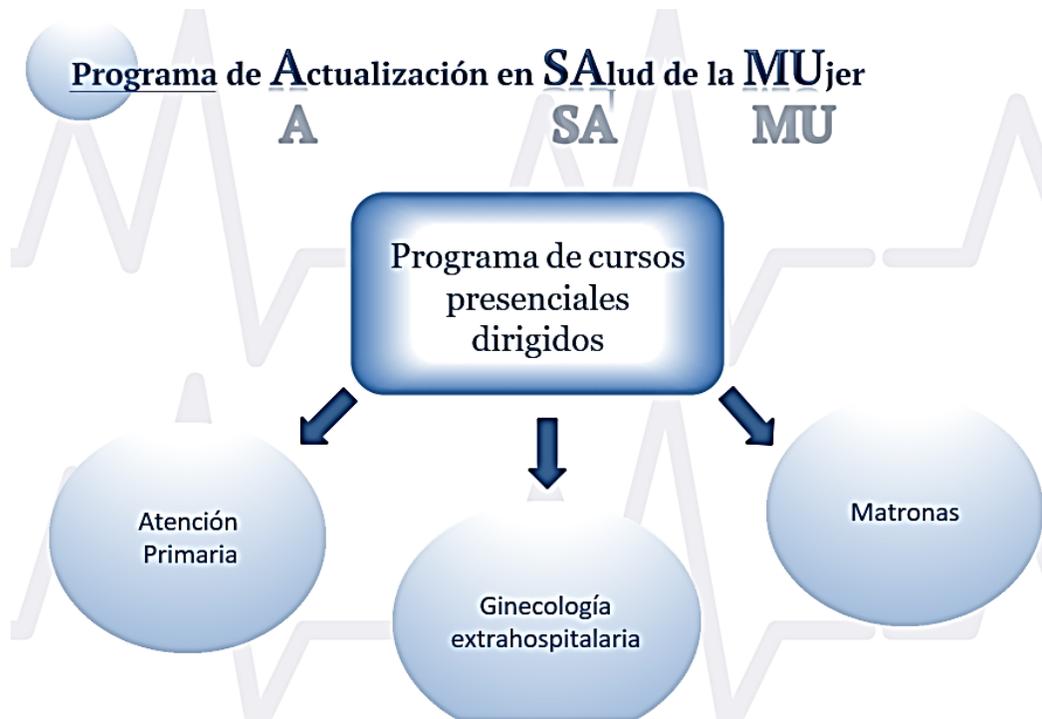
Además, y como factor negativo en la situación actual, señaló que la importancia de prestar una adecuada atención a la salud de la mujer, no está siendo suficientemente valorada por los responsables sanitarios en sus diferentes competencias e incluso en las propias protagonistas que, a menudo, no encuentran el suficiente apoyo por parte de los profesionales.

Por su parte, Montserrat Angulo Perea, Vocal de Matronas del Consejo General de Enfermería y presidenta del Colegio de Enfermería de Alicante valoró el hecho de que la matrona es el primer contacto de las mujeres con el Sistema nacional de salud en las consultas, en relación con la salud sexual y reproductiva de la mujer, más allá de la atención al parto y por tanto es la derivación natural del médico en relación con la concepción, el embarazo y el climaterio.

Expresó también Montserrat Angulo su preocupación por la alarmante falta de profesionales en este nivel asistencial en nuestro país, que hace difícil una adecuada atención a la mujer junto al riesgo de elegir emigrar a otros países por una insuficiente valoración de su perfil profesional en el nuestro.

El Dr. José Luis Neyro Bilbao, ginecólogo, director científico de ASAMU y presidente de SIBOMM, Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral, puso énfasis en resaltar la calidad y carácter eminentemente práctico de la formación continuada que ofrece Livemed Iberia en sus distintos programas formativos que reúnen cada año a más de 5.000 profesionales y su confianza en que ASAMU supondrá un antes y un después en su formación con la intervención de los mejores expertos que intervendrán en el abordaje de las condiciones de salud y patologías que afectan a la mujer en la adolescencia, la juventud, transición a la menopausia y a partir de los cincuenta años.

Se abordarán las principales patologías en cada grupo edad, enfatizando en la prevención de las mismas y la conservación de la salud, desde la mejor evidencia científica internacional.



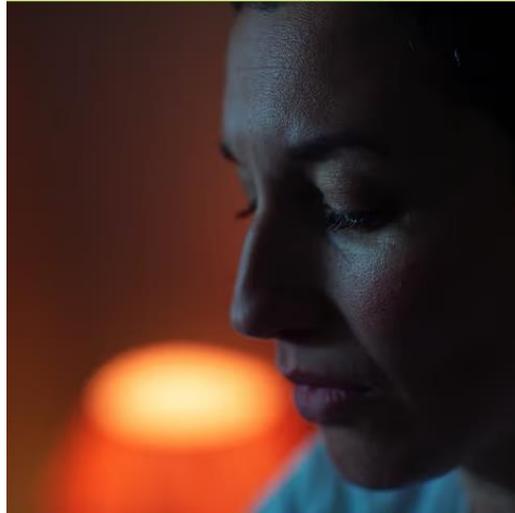
TEMAS

- MENSTRUACIÓN
- CONTRACEPCIÓN Y DE EMERGENCIA
- OSTEOPOROSIS
- PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA
- INSOMNIO
- SALUD MENTAL Y DEPRESIÓN
- ÁREA CARDIOVASCULAR
- ALOPECIA Y SALUD DEL CABELLO
- CEFALEAS Y MIGRAÑAS
- DOLOR
- ITS
- DIAGNÓSTICO PRECOZ CÁNCER DE MAMA
- DERMOCOSMÉTICA
- EQUILIBRIO DE LA MICROBIOTA VAGINAL
- CANDIDIASIS VULVOVAGINAL
- OBESIDAD
- COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN LA MENOPAUSIA
- SUELO PÉLVICO
- EMBARAZO POSPARTO

BLOQUES

1. ADOLESCENCIA – JUVENTUD
2. ANTICONCEPCIÓN A LO LARGO DE LA VIDA
3. EMBARAZO SALUDABLE
4. ENFERMEDADES DE LA MUJER
5. TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA
6. SALUD DE LA MUJER A PARTIR DE LOS 50 AÑOS

INFOMATRONAS COMUNICARÁ LA INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE CRONOGRAMA, MATRICULACIÓN Y CONTACTO SOBRE LOS CURSOS, CUANDO SE RECIBA.



CAMPAÑA:

“Hablemos de la menopausia”

INVITACIÓN

El día 5 de marzo se presentará la campaña en el Ministerio de Sanidad a las 11:30h. en el Salón de Actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad, Paseo del Prado 18-20.

INSCRIPCIÓN EN:

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=VYLjJEIsOEwZnF_VPoRW0pWwe0PjAyFNja9BxgPZ3PxUQUdNNIdQSEhInzVVQjZBV0FOV0pMTUROQi4u

Info MATRONAS



<https://hablemosdelamenopausia.es/>

CRONICA DEL III CONGRESO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DUELO PERINATAL Y SALUD MENTAL

BILBAO, 24 Y 25
OCTUBRE 2024



Los días 24 y 25 de octubre de 2024 se celebró el III Congreso de Violencia Obstétrica, Duelo Perinatal y Salud Mental en Bilbao que reunió a un grupo diverso de profesionales y activistas comprometidos con visibilizar estas temáticas. Fue organizado por Esku Hutsik, (Asociación de Duelo Gestacional, Perinatal y Neonatal).

APERTURA Y OBJETIVOS DEL CONGRESO

La inauguración estuvo a cargo de María González, presidenta de Esku Hutsik, quien destacó la importancia de generar espacios de reflexión y acción para abordar las problemáticas de la violencia obstétrica y el duelo perinatal. Paloma Serrano, del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, subrayó la necesidad de crear redes de apoyo entre madres y asociaciones para visibilizar estas temáticas y generar cambios en las políticas públicas.

PONENCIAS:

“A propósito de un caso: Mi parto robado”-Nahia Alkorta y Daniel Soler.

Una ponencia clave fue la de Nahia Alkorta, cuyo testimonio personal fue reconocido por la ONU como un caso de violencia obstétrica. A través de su experiencia, se analizaron las tipologías de esta violencia, incluyendo la falta de consentimiento, el uso inadecuado de procedimientos y la discriminación estructural que perpetúan estas prácticas. El mensaje central fue la necesidad urgente de transformar las dinámicas patriarcales en la atención sanitaria.

“Violencia obstétrica y duelo Perinatal: el duelo desautorizado en los ámbitos políticos, sociales y sanitarios”- Nerea Azkona

Presentó las dificultades que enfrentan las mujeres al vivir un duelo perinatal desautorizado, especialmente en contextos políticos, sociales y sanitarios que aún estigmatizan estas pérdidas. Su propuesta se centró en crear modelos de acompañamiento respetuosos y humanizados, tanto desde las instituciones como en la sociedad.

“Xenofobia, racismo y violencia obstétrica en nuestros paritorios ¿cómo evitarlos?”-Afaf Malainin

Abordó el impacto de la xenofobia y el racismo en la atención obstétrica, especialmente hacia mujeres migrantes. Expuso cómo estas discriminaciones agravan la vulnerabilidad de estas mujeres y urgió a los sistemas sanitarios a adaptarse para ofrecer una atención equitativa y respetuosa.

“El duelo a la fertilidad perdida”-Nagore Uriarte

Presentó en su ponencia el impacto emocional del diagnóstico de infertilidad, subfertilidad y esterilidad. Explicó cómo estas condiciones generan duelos vinculados a la maternidad perdida, afectan la autoestima, aumentan el aislamiento social y demandan una atención integral que priorice la salud mental además de la física.



"Investigación doctoral antropológica sobre el uso de los rituales en las pérdidas gestacionales en España (1936- 2022)"- Lynne McIntyre.

Compartió su investigación sobre los rituales relacionados con las pérdidas gestacionales en España entre 1936 y 2022. Encontró que, aunque históricamente estos rituales fueron limitados, su uso está aumentando y resultan fundamentales para el proceso de duelo de las familias.

"La incógnita en la ecuación: el impacto en el bebé"-Berta Muñoz

Analizó cómo la salud emocional de las madres influye en el desarrollo del apego en los bebés. Subrayó la importancia de apoyar a las madres emocionalmente para prevenir la transmisión de inseguridades y promover relaciones saludables. Los estilos de apego y su impacto a largo plazo en la vida de los niños también fueron discutidos.

"Violencia obstétrica e institucional "legalizada" que rodea la muerte prematura"-Itziar Eizmendi.

Abordó la violencia obstétrica e institucional que afecta a las mujeres en casos de muerte prematura, analizando las desigualdades legales y la falta de reconocimiento institucional hacia las muertes gestacionales y neonatales. También presentó las limitaciones legales relacionadas con el registro civil, la recuperación de los cuerpos y las prestaciones, concluyendo con la necesidad de reformar estas prácticas para garantizar los derechos y la dignidad de las familias afectadas.

"Comunicación de malas noticias y acompañamiento en el proceso de pérdida perinatal"- Nereida Barrikarte

Destacó la importancia de la comunicación empática al transmitir malas noticias relacionadas con la pérdida perinatal. Proporcionó herramientas prácticas para el personal sanitario, como el uso de rituales y la creación de espacios de despedida para las familias.

"Cómo acompañar el duelo perinatal en niños y niñas"-María Moreno

Exploró el impacto del duelo perinatal en los niños y adolescentes dentro de la familia. Subrayó la importancia de adaptar el apoyo según la etapa evolutiva de los menores y brindarles un espacio para expresar sus emociones y entender la pérdida.

"Microbiota y duelo: el impacto del estrés en tu segundo cerebro"-Montse Robles.

La ponencia de Montse Robles, presentada en el III Congreso de Violencia Obstétrica, abordó cómo las mujeres experimentan desigualdad estructural y discriminación en contextos de salud reproductiva, destacando la necesidad de visibilizar estas prácticas y promover cambios sistémicos. Analizó testimonios y estudios bibliográficos para identificar las tipologías de violencia obstétrica, proponiendo estrategias para combatir estas injusticias desde la educación, formación y defensa de los derechos humanos.

"Nutrientes de amor: lactancia materna en duelo"-Ainara Fernández.

La ponencia de Ainara Fernández aborda el impacto de la violencia obstétrica en la salud emocional de las mujeres, destacando su origen estructural y cómo perpetúa desigualdades de género. Mediante casos concretos, analiza las diferentes tipologías de violencia obstétrica y resalta la importancia de visibilizar y erradicar estas prácticas, proponiendo estrategias para una atención más respetuosa y equitativa

"Derecho al aborto voluntario y legal: antecedentes, contexto actual y marco jurídico"-Marta Busquets.

Abordó cómo la violencia obstétrica afecta a los derechos humanos de las mujeres, en particular durante el embarazo y el parto, centrándose en la falta de reconocimiento del duelo perinatal y el estigma del aborto. Además, propuso estrategias para mejorar el acompañamiento social, sanitario y político, promoviendo una atención más humanizada y respetuosa.



"Duelo y violencia obstétrica en los procesos de reproducción asistida"-Lucía Martínez

Analiza cómo las experiencias de duelo y violencia obstétrica afectan a las personas que recurren a técnicas de reproducción asistida. Destaca el impacto emocional de la infertilidad, la pérdida gestacional y las prácticas médicas deshumanizantes, subrayando la importancia de visibilizar estas situaciones. Propone enfoques respetuosos y humanizados para mejorar el acompañamiento y reducir estas formas de violencia estructural.

"Características específicas del duelo perinatal en una interrupción del embarazo por motivos médicos en función de la atención sanitaria recibida"-Cristina Cruz

Abordó la violencia obstétrica como una forma de violencia machista que vulnera los derechos humanos, especialmente durante el embarazo, parto y posparto. Destacó la necesidad de visibilizar estas prácticas y su relación con el estigma social, las políticas de salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además, propuso estrategias para un modelo humanizado en la atención sanitaria y el acompañamiento político y social.

"Maternidades neurodivergentes: violencias y pérdidas silenciadas"-Ione Esquer

abordó el vínculo entre la violencia obstétrica y el contexto social estructural que perpetúa estas prácticas. Propuso un análisis crítico sobre la discriminación y el patriarcado en los servicios de salud reproductiva, destacando la necesidad de educación, formación y respeto a los derechos humanos para erradicar estas formas de violencia y promover un modelo de atención más humanizado.

"Concepción con gametos ajenos: duelos y dilemas"-Laura Rabinab.

Aborda la violencia obstétrica como una forma de discriminación estructural y patriarcal que vulnera los derechos de las mujeres. Se centra en analizar casos concretos, el impacto de estas prácticas en las pacientes, y propone estrategias educativas y formativas para erradicar este problema desde el ámbito sanitario, legal y social. Su enfoque busca visibilizar estas desigualdades y promover cambios en las políticas de salud y derechos humanos.

La no maternidad por circunstancias. Un duelo socialmente desconocido y desautorizado"-Miriam Aguilar.

Abordó la violencia obstétrica como una manifestación de violencia machista y vulneración de derechos humanos. Puso énfasis en las experiencias de mujeres durante el embarazo, parto y posparto, incluyendo casos de aborto y pérdidas perinatales, destacando el estigma y la falta de apoyo institucional y social. Propuso estrategias para promover una atención humanizada y respetuosa que proteja los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

"Viaje por el periodismo humano y sus retos. ¿Adiós al tabú?"-Ane Ontoso

Se centró en la intersección de la violencia obstétrica con otros ámbitos como el social, sanitario y jurídico. Analizó las vulneraciones de derechos humanos de las mujeres en situaciones de aborto y muertes perinatales, abordando estrategias para eliminar estas violencias y garantizar acompañamientos respetuosos, en línea con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

CONCLUSIONES FINALES

El congreso concluyó con un llamado a la acción para seguir trabajando en la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, así como en la implementación de políticas públicas inclusivas y respetuosas de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Este evento fue un paso significativo para avanzar hacia una atención más humana y consciente de las realidades del duelo perinatal y la violencia obstétrica.

BIOMECÁNICA PERINATAL PARA MATRONAS.

Guía de supervivencia de una matrofisisio

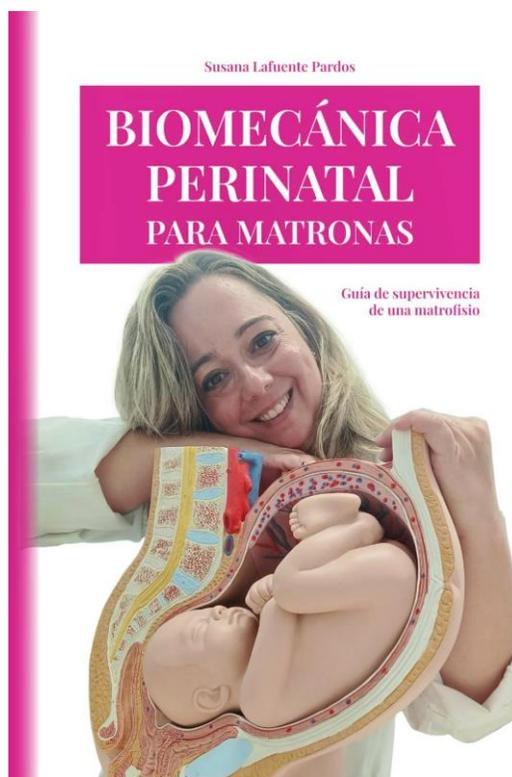
Susana Lafuente Pardos
1ª Edición Octubre 2024
Español
419 pags.

ISBN 9798338407226
Editorial AUTOR-EDITOR

Comprar:

<https://axon.es/ficha/libros/9798338407226/biomecanica-perinatal-para-matronas-guia-de-supervivencia-de-una-matrofisisio>

<https://www.amazon.es/Biomec%C3%A1nica-perinatal-para-matronas-supervivencia/dp/B0DJZ7SHH7>



Nota de la autora:

“Después de gastar mucho dinero en libros, seminarios, formaciones, etc. te das cuenta de que sigues casi en el mismo punto en el que estabas.

Por eso, te concentro en este libro toda mi andadura y la visión especial que veo desde la intersección como matrona y fisioterapeuta, que ha trabajado en paritorio y en Centro de Salud. Después de veinticinco años de carrera, con la evidencia de los últimos cinco años, quiero llevarte de la mano a través de un libro por el camino que me costó mucho tiempo y dinero recorrer. Quiero que puedas ayudar desde la primera página y sentir que eres mejor matrona y seas más feliz cada día.

He detectado un vacío muy grande entre las competencias que tenemos otorgadas en España como matronas y la formación que recibimos. A nivel profesional es muy frustrante y en el día a día tenemos la sensación de que un techo de cristal no nos deja volar en nuestra profesión.

Este libro es para ti si...

- Te llama la atención la biomecánica, pero no sabes por dónde empezar.
- Eres residente de matrona o estás preparando el EIR.
- Eres matrona titulada hace tiempo y no recibiste estos temas en tu formación básica.
- Quieres desarrollar tus competencias, pero tienes dificultades para ello.
- Llevas mucho dinero gastado en libros y formaciones, pero sigues pensando que “te falta algo”.
- Has dedicado toda tu vida a la maternidad y desde la madurez de la experiencia sientes punzadas de curiosidad”.

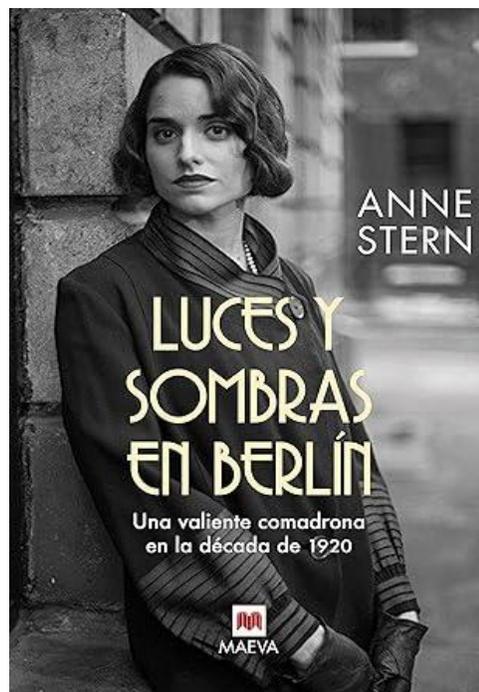
LUCES Y SOMBRAS EN BERLÍN: UNA VALIENTE COMADRONA EN LA DÉCADA DE 1920 (DUOLOGÍA BERLÍN Nº 1)

Desde Alemania, de mano de su autora, Anne Stern, nos llega esta duología con una matrona de protagonista. Anne Stern nació en Berlín, donde vive en la actualidad. Completó los estudios de Filología Alemana e Historia con un doctorado en Literatura Alemana, y trabajó formando a profesores en escuelas de Berlín. Al comienzo de su carrera, Anne Stern autopublicó con éxito 2 sagas familiares históricas y varias novelas, lo que ha permitido que, a día de hoy, dedique todo su tiempo a su pasión por la escritura.

Una apasionante novela histórica ambientada en el Berlín de la década de 1920, época de nuevos comienzos, con una protagonista inolvidable.

Berlín, 1922. **Hulda Gold** es una comadrona intrépida, tenaz y muy apreciada en el barrio donde reside. La Primera Guerra Mundial ha dejado a su paso profundas heridas y, aunque la joven República se caracteriza por una atmósfera de renovación, también está marcada por una gran pobreza.

Caracterizada por su talante comprometido, Hulda es propensa a meterse en problemas. Hulda es una matrona que resuelve misterios en este periodo histórico de Berlín, donde desde los patios más mugrientos hasta las mansiones más lujosas se entera de muchas cosas y se encuentra con la misteriosa muerte de una prostituta en el Landwehrkanal. Cuando una de sus pacientes se muestra muy afectada por la muerte accidental de una vecina, la joven no puede evitar inmiscuirse. ¿Por qué el distante comisario de la Policía Criminal se interesa por este caso? Al contrario que la policía no cree que se trate de un suicidio y empieza a seguir el rastro de esta mujer para averiguar qué ha pasado de verdad.



Ella inicia sus propias pesquisas y desciende poco a poco a las profundidades de una ciudad en la que las luces y las sombras están estrechamente unidas.

En aquel momento los seguros médicos no abonaban nada por prestar la polémica asistencia a la maternidad, sino solo por la ayuda en el parto propiamente dicho, cuando las mujeres daban a luz.

También, menos mal, por los posteriores cuidados al recién nacido con los que las matronas ayudaban a las jóvenes madres en los primeros días después del alumbramiento. Y eso porque la gran mortandad infantil parecía preocupar al Estado, pues cada niño muerto debilitaba de forma innecesaria el Cuerpo Nacional. Con el fin de mejorar esa situación insostenible, sobre todo en las ciudades, se habían establecido por todas partes centros de información maternal que asesoraban sobre la higiene y la alimentación. Sin embargo, nadie respondía a las preguntas y urgencias de las embarazadas antes de dar a luz.

Hulda sabía por propia experiencia que un parto se realizaba con más calma cuando las personas que participaban en él se conocían, así que renunciaba a sus honorarios y visitaba a las familias por cuenta propia.



Matronas , relieve en el antiguo edificio de la antigua clínica de mujeres y niños inaugurada en 1914, hoy parque residencial St. Marien, Mariendorfer Weg, Neukölln, Berlín, Alemania

Sentía que su función como matrona era determinante, que de verdad podía marcar la diferencia, y aquello le daba la sensación de hacer algo útil.

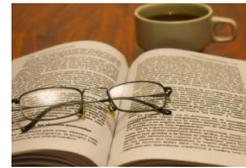
La autora relata que la idea para esta novela se le ocurrió un día cuando paseaba por el barrio de Schöneberg donde trabaja por entonces. Al pasar por la plaza Winterfeldt-platz, donde actualmente se celebra el mercado, se preguntó cómo sería la plaza hace cien años, qué pensaba y sentía la gente de entonces, qué deseaban.....Y por algún motivo le vino a la mente un personaje femenino que, en un principio no sabía bien cómo sería, ni qué trabajo tendría, pero tenía que ser una mujer fuerte que pudiera mostrar desde su punto de vista esta época fascinante de los años 20 en Berlín, algo que ella no había visto en ningún libro y que siempre le atrajo. La década de 1920 , como vemos ahora en el tirón que tiene en la cultura popular, da una impresión glamurosa, con muchas fiestas y optimismo, pero

es una época de contrastes, con las deudas que pesaban sobre el gobierno tras la Primera Guerra Mundial que, ni se olvidó ni se perdonó, y mucha gente vivía con el trauma que arrastraban. Por eso le parecieron especialmente interesantes estos contrastes.

Anna Stern afirma : *“han pasado cien años y creemos que la emancipación de las mujeres ya fue un gran avance y nos damos palmaditas en la espalda, pero si pensamos en cómo, aún hoy, tratamos el momento más importante de la vida, el nacimiento y a las personas que lo acompañan, tengo que decir que no hemos llegado tan lejos como nos gustaría”* .

Redacción

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



Parteras de tiempos modernos

Vamos a mudarnos al extranjero. En Inglaterra, en la primera mitad del siglo XVI, mencionaremos a **Alice Massy**, partera de Isabel de York (1503), esposa de Enrique VII. Su salario ascendía a 250 francos al año. Nos ha quedado un detalle bastante singular sobre **Elizabeth Gaunsforde**, del mismo siglo. Ésta administraba el bautismo a los niños cuyas cabezas permanecían demasiado tiempo en el canal de parto recitando: En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, yo te bautizo, Denis. Fue como un homenaje al apóstol de París, tan conocido por la milagrosa historia de su líder.

Johane HAMULDEN asistió a las esposas de Enrique VIII y fue deshonrada por haber cuestionado la fidelidad de la reina Ana, quien más tarde perecería bajo la acusación de adulterio e incesto.

Jane Scarisbrycke era una papista convencida; tuvieron que obligarla a asistir al parto de mujeres de religión reformada, bajo pena de que le retiraran la licencia para ejercer.

En el siglo siguiente se menciona a **Alice Dennis**, partera de Ana de Dinamarca, esposa de Jaime I. Por cada nacimiento recibía 100 libras esterlinas, 2.500 francos. Durante el parto de esta princesa, varias otras parteras estaban en la habitación contigua, para caso de emergencia.

La reina Enriqueta de Francia, esposa de Carlos I, la misma mujer a la que Bassuet debía ilustrar con su oración fúnebre, no tomó esta precaución y le fue mal: en 1628, cuando nació el príncipe Jacques-Charles, sólo estuvo acompañada por una comadrona de edad avanzada, que se desmayó durante el parto.

En 1615, **Margaret Mercer** fue llamada a Heidelberg para asistir al parto de la princesa Electra Palatina, hija del rey de Inglaterra. Recibió 2.105 francos por su viaje y cuidados. A estas alturas, la ciencia inglesa ya sabía cómo cobrar.

Alrededor de 1665, al otro lado del Canal vivía una practicante de increíble destreza: la señorita **WILLUGHBY**. Un día dio asistió a la hija de un relojero que no creyó que el parto estuviera terminado hasta que vio a la niña. Tenemos como garante el hecho de que el propio padre de la partera, el Dr. Percwall Willughby, escuchó el anuncio. Esta no es la única maravilla que cuenta de su hija. Llamada a la asistencia de una dama que sufría, la señorita Willughby notó la presentación en posición de nalgas y le pidió a su padre que acudiera y confirmara su diagnóstico; la petición era escabrosa, pues en Inglaterra, un país modesto, las mujeres eran las únicas que realizaban los partos y los médicos sólo intervenían si era necesaria la aplicación de un instrumento (1). Sin embargo, el médico corrió el riesgo. La mujer estaba de cara al cabecero de la cama; el médico entra en la habitación gateando y realiza el tacto en lugar de su hija, que estaba junto a la parturienta y simulaba explorarla ella misma; pero, ya fuera demasiada la prisa en el examen, o demasiada emoción, o que el padre tuviera menos habilidad que la hija, el hecho es que el médico diagnosticó presentación de cabeza, el nacimiento, dio la razón a su hija.

En 1671, **Jane Sharp** publicó un tratado sobre el parto que tuvo muchas ediciones; Junto con algunos preceptos útiles, Jane Sharp ofrece algunas fórmulas extrañas, varias de las cuales parecen tomadas de la

(1) En este caso, se creó una oscuridad total: la mujer se colocó del lado izquierdo, de espaldas al operador y, a partir de entonces, nunca más volvería a ver a este último.



Colección de Secretos de Loyse Bourgeois.

Casi al mismo tiempo, **Elisabeth Cellier**, se hizo famosa por sus desgracias políticas y legales. El 30 de abril de 1680 fue acusada de «haber conspirado diabólica y traidoramente contra el rey Carlos II y haber intentado introducir la religión católica en el reino». Elisabeth Cellier presentó su propia defensa y fue absuelta. En esta ocasión se hizo la siguiente cuarteta:

“Enseñaste a los jueces a interpretar las leyes; Le mostró al sargento Maynard cómo defender una causa; Te volviste y los heriste, y los derrotaste a tu antojo: fue una prueba, no de vida o muerte, sino de habilidad.

Enseñaste a los jueces a interpretar las leyes; le mostraste al abogado Maynard cómo argumentar un caso; los habéis engañado, les habéis encantado, los habéis enredado en vuestras artimañas, siguiendo vuestro capricho”.

Lejos de ser un proceso del que dependiera la vida o la muerte, no fue más que un asunto a la habilidad. Siguiendo la costumbre inglesa, los jurados exigieron sus honorarios, que ascendieron a 26 francos por cabeza. Elisabeth Cellier respondió a esta petición con una carta al presidente del jurado en la que ofrecía sus servicios a este honorable "caballero", a sus colegas, a sus "damas", negándose en redondo a pagar por haber obtenido justicia.

Quizás eso hubiera sido suficiente para el. Cometió el error de publicar posteriormente un memorándum de apoyo, lo que la llevó a ser citada nuevamente a los tribunales por “desacato al gobierno”. Fue condenada a la picota, con una multa de 1.000 libras; en cada exposición, el verdugo debía quemar sus obras delante de ella. Fue muy difícil ejecutar esta sentencia. Cuando llegó el día de la picota, se enfermó tomando una fuerte dosis de vomitivo. Otra vez, aunque tenía cincuenta años, dijo que estaba embarazada; incluso se insertó una vejiga llena de sangre en su cuerpo para simular una hemorragia. En resumen, tuvieron que llevársela por la

fuerza y así consiguieron no ejecutar su sentencia el 11 de septiembre de 1683 (1).

La multitud furiosa la abrumó con insultos y proyectiles; hubo que poner una especie de parapeto en las manos de la condenada para que pudiera protegerse. Hubo muchos versos satíricos, he aquí una muestra, mediocre en verdad:

Pobre Cellier, sería mejor que te llevaras a la cama cualquier cosa, antes que hacer un complot triunfal dirigido y ser así recibida en los brazos del mundo con tierra y piedras y otras armas bélicas.

Pobre Cellier, más te valdría haber dado a luz cualquier cosa que haberte puesto a la cabeza de una conspiración y ser acogida así en los brazos del mundo por inmunidades, piedras y otras armas de guerra.

Si, en lugar de dedicarse a la política, Elisabeth Cellier hubiera utilizado su actividad e inteligencia para intentar mejorar la suerte y la educación de las parteras inglesas, habría sido la “La Chapelle” de Gran Bretaña. El memorándum que dirigió al rey para las reformas necesarias da testimonio de sus opiniones sabias y amplias.



Elisabeth Cellier en la picota

+ de 46 AÑOS + de 46 LOGROS



