



Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas de matronas de España, de forma gratuita en formato "on line".

Con una periodicidad mensual 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 demás, 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 Fragüas
- Rosario Sánchez Garzón
- Ana Martínez Molina
- Andrea Herrero Reyes
- Pilar Medina Adán
- Lucía Moya Ruiz

En éste número...

- ESPECIAL I:**
 - LA ESTIGMATIZACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS
- ESPECIAL II:**
 - ...Y LOS TEST PARA SANITARIOS ¿PARA CUANDO?
- ESPECIAL III:**
 - LA INCOHERENCIA DE UNA CAUSA
- HEMOS LEÍDO:**
 - SCREENING UNIVERSAL PARA SARS-COV-2 EN MUJERES INGRESADAS PARA PARTO
 - GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD APLICA LA LEY MORDAZA
- MUY INTERESANTE: ACTUALIDAD COVID-19**
 - INFECCIÓN POR ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 ENTRE MUJERES ...
 - SOBRE MASCARILLAS FACIALES
 - PARALELISMOS BÉLICOS: LA CRISIS DEL CORONAVIRUS Y LA GUERRA CIVIL
 - VACUNAS
 - EN TORNO A 70.000 ENFERMERAS PODRÍAN HABER TENIDO SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19, SEGÚN LA MACROENCUESTA DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
 - CORONAPEDIA
- BREVES:**
 - LAS COSAS QUE NO TIENEN PERDÓN
 - NOTICIAS DE SIMAES
- BUENAS NOTICIAS:**
 - A LA POLÍTICA CONVENCIONAL LE SOBRA TESTOSTERONA
 - LAS MATRONAS LO DAN TODO POR LAS GESTANTES
 - PROYECTO SOLIDARIO DE LAS MATRONAS VALENCIANAS
 - COMUNICADO DEL MINISTERIO: ATENCIÓN PSICOLÓGICA.
 - PUBLICACIÓN: "EDUCACIÓN DEL PARTO: ANÁLISIS COMPARATIVO"
 - PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON UN REGISTRO NACIONAL DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON COVID 19.
 - CONVOCATORIA URGENTE DE EXPRESIONES DE INTERÉS DEL ISCIII PARA LA FINANCIACIÓN EXTRAORDINARIA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL SARS-COV-2 Y LA ENFERMEDAD COVID-19
 - NUEVA CONVOCATORIA PREMIOS METAS
 - 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM
 - AYUDAS Y SUBVENCIONES POR ASISTENCIA DE LOS COLEGIADOS A CONGRESOS
- LECTURA RECOMENDADA:**
- AGENDA A.E.M.**
- CURSOS 2020**
- XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS**



DE CORAZÓN...

A todas las matronas y matrones que en esta situación tan crítica estáis dándolo todo desde el primer día...

¡GRACIAS!

A todas y todos los que habéis contraído esta enfermedad...

¡PODREIS CON ELLA! ¡ VAMOS!

A todos los que habéis perdido a familiares y seres queridos sin la oportunidad de elaborar un proceso de duelo normal...

TODO NUESTRO CARIÑO



LA ESTIGMATIZACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS

No son estos los momentos en los que nadie pueda celebrar ningún acontecimiento feliz, ni siquiera en los que una pareja pueda compartir el nacimiento de su hijo o hija con la familia si no es mediante una tablet, ordenador o teléfono, con una foto o una videoconferencia. Son momentos en los que el dolor por la pérdida de tantas vidas, la enfermedad en tantas personas y el confinamiento de TODO el mundo está llegando a su sexta semana, casi 42 días. Días en los que cada tarde-noche, puntualmente como los relojes suizos, a las 20.00h, sale la población a sus balcones o ventanas a aplaudir a todos los profesionales, sanitarios o no, quienes están dando lo mejor de cada uno en su labor particular por cuidar de los ciudadanos, sanos o enfermos. A saber, desde las cajeras de supermercados hasta los médicos de las UCIs pasando por policías, camioneros, limpiadoras, ejército, y como no, enfermeras y matronas.

GRACIAS, solo hacemos lo que mejor sabemos hacer, ejercer nuestra profesión lo mejor que sabemos y podemos, como el resto de los días y años, salvo que asumimos un riesgo añadido por lo desconocido de la situación. Pero como ya dije en el artículo de abril, lo mejor y lo peor, son las dos caras de una misma moneda de esta sociedad que hemos creado entre todos. A una hora se nos aplaude en un balcón y a la mañana siguiente hay un cartel en el ascensor que te “invita”, con palabras no muy amables, a irte de la finca o del barrio porque trabajas en un hospital, independientemente de la labor que realices en él.

Si compañeras y compañeros, ahora estamos en la fase en la que los profesionales sanitarios, en general, sufrimos una “estigmatización” por el mero hecho de trabajar en un hospital o centro de salud, donde todas esas personas enfermas luchan por sobrevivir o curarse del maldito virus, o incluso pueden ser familiares de las mismas personas que nos insultan en una pared o con una pintada en nuestro coche. Quiero pensar o creer, que es el miedo el que gobierna sus hechos, pero me preocupa más su ignorancia, como dijo Nietzsche, “no miente solo el que habla en contra de lo que sabe, sino el que habla de lo que no sabe o desconoce”. El miedo puede ser irracional, y puede, mal gestionado, abocar hacia actitudes violentas o más agresivas como mecanismo de defensa ante el riesgo de ser “contagiado” ante el hecho de compartir la misma entrada al edificio.



No sé si las mismas personas que rechazan a sus vecinos en esa finca, mantienen el más estricto confinamiento y no visitan una tienda, farmacia o estanco, debe ser que no, porque en ese caso, el riesgo también está presente y deberían saber “proteger al resto de vecinos” con todas las medidas recomendadas. Sea como sea, lo que está presente aunque no visible en los medios, salvo excepciones muy sangrantes, es que si ya es duro estar en una UCI, urgencias o en nuestro caso, hacer un parto toda equipada con EPI, a veces, durante un prolongado tiempo, se le añade el rechazo de tu vecindario.



MARCO CONCEPTUAL

Os preguntareis el porqué de ese título, sencillo, porque toda acción que conlleva un rechazo, señalización hacia una persona por el mero hecho de ser enfermera-o o matrn/ matrona, que trabaja en un centro de salud u hospital, se llama "estigmatización".

Definición

Si nos remitimos a la Real Academia, palabra latina "stigma" que significa "marca hecha en la piel con un hierro candente", nos encontramos con otras palabras sinónimas: afrentar o infamar, cuyo significado sea más comprensible, "ofender el honor o dignidad, quitar méritos o valor de alguien"¹.

En sociología, estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores.

En psicología, es el conjunto de reacciones cognitivas, afectivas y conductuales (actitud) de los estigmatizadores hacia los estigmatizados, de manera implícita y automática, o explícita y controlada.²

Tipos de estigma

- Autoestigma: impacto social y psicológico del estigma público sobre las personas estigmatizadas, que puede ser percibido o sentido por la propia persona o por experiencia e internalización de la discriminación previa.
- Estigma por asociación: son las reacciones sociales y psicológicas negativas de la gente asociada a una persona estigmatizada
- Estigmatización estructural, aquella que un organismo o institución o ideología dominante de una sociedad legitiman o perpetúan y exacerbaban el estatus del estigmatizado.



ARGUMENTACIÓN

Vuelve a surgir la palabra discriminación, sinónimo de excluir y en este caso no por las razones habituales en las que se utilizan como puede ser la religión, raza, etc. y que por cierto, contra la que nos protege nuestra Constitución,³ sino por ser profesionales de la salud.

La discriminación percibida está relacionada con el bienestar psicológico, de manera negativa con la autoestima y directamente relacionada con la ansiedad y la depresión, más grave en niños que en adultos.

Y esto, de manera individual, y en general en el colectivo, se solapa con todo el estrés que cada enfermera o matrona vive cada día, sin saber si será esta mujer o la siguiente la que le pueda contagiar o incluso, tal cual está el déficit en la realización de los test o pruebas a los profesionales, si será la que contagie a una gestante en el siguiente parto o en la siguiente consulta.

Pero desgraciadamente, por si no fuera suficiente, la extensión de la estigmatización llega a los conyugues o parejas, de manera que en el trabajo te llegan a aislar en un despacho o departamento porque la persona con ➤



la que compartes el confinamiento trabaja en un hospital.

Creo que os podéis hacer una idea, si no es que ya habéis vivido la experiencia, lo que ésta o éste profesional tendrá que recuperar cuando todo esto pase.

Todos y todas las y los profesionales sanitarios que estamos confinados unos días a la semana y el resto trabajando en el hospital o centro de salud, hemos pasado de ser unos completos desconocidos en el vecindario a ser “señalados” con carteles en el ascensor, o en cualquier otro lugar. Lo que podía ser una oportunidad para abrirnos y compartir unos momentos en el balcón o ventana conociendo a las personas que conviven en nuestra misma finca o barrio, se ha convertido en una pérdida de la intimidad (todo el mundo sabe qué hace o en qué trabaja el del 5ºB) y con ello un mal mayor, la estigmatización.

No queremos nada que no demos, no compañeras, solo queremos lo que por ética profesional estamos obligadas a ofrecer, el deber de no discriminación y no estigmatización hacia las personas que atendemos y cuidamos, tal cual refleja el art.4 del Código de Ética y Deontología de la Enfermería en la Comunidad Valenciana, o los art. 4 y 5 del Código Deontológico de la Enfermería Española del Consejo General.



CONCLUSIÓN

Solo queremos un comportamiento cívico, y ser respetadas y respetados, tratadas o tratados con la dignidad que toda persona merece por el hecho de serlo. La ignorancia y el miedo irracional de unos pocos “desinformados” se sumará a esa factura, carísima por cierto, a la que muchos profesionales nos tendremos que enfrentar cuando todo esto pase.

También tenemos miedo, por nosotras y nuestras familias, por las personas que cuidamos, mujeres y hombres, gestantes o no, y por cómo será la futura sociedad a la que salgamos, poco a poco, eso sí, si no hemos aprendido a recolocar no sólo las prioridades vitales, sino los valores que mejoran al ser humano.

Para finalizar como siempre, una frase de un autor que he citado ya alguna vez. A. Einstein, al que cada día que lo leo, le descubro más mérito, porque además de ser un gran físico, era un gran filósofo de la vida y dice: *“No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo. La crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas o países, porque la crisis trae progreso.”* Solo me queda decir, ¡¡ojalá!!.

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

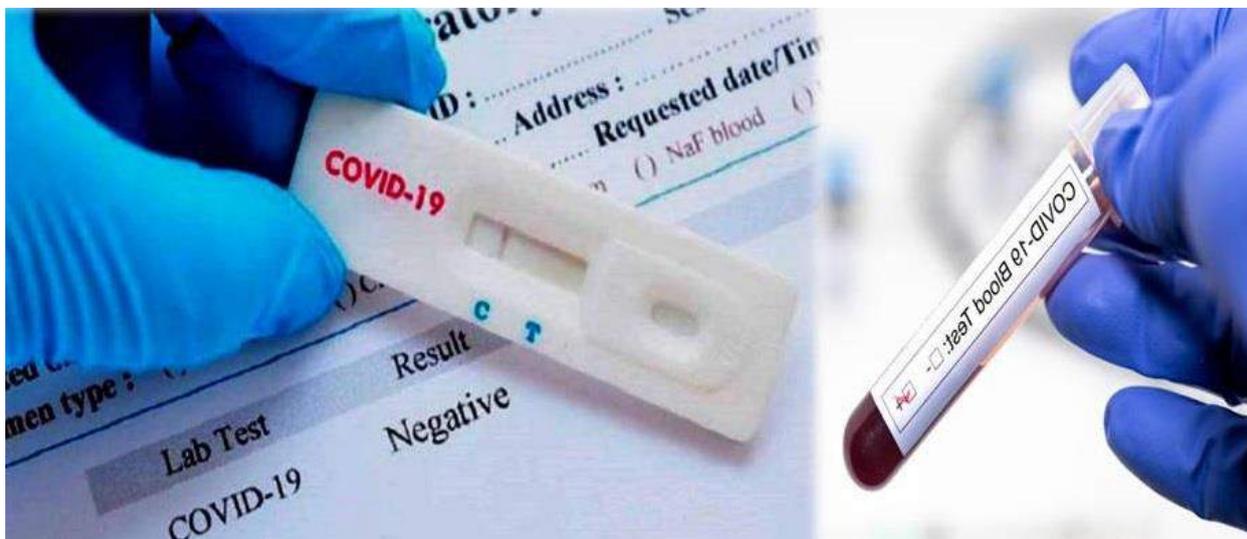
Referencias

1. Fuente: <https://www.definiciones-de.com>
- 2.-Estigmatización Social. Psicología de Grupos. Tema 8 UNED
- 3.-Constitución Española. Art.14

...Y LOS TEST PARA SANITARIOS ¿PARA CUANDO?

Me dirigía de buena mañana a mi trabajo el que, por razones obvias no se ha suspendido sino que se ha incrementado en complejidad y peligrosidad y a estas alturas de la cuarentena impuesta por la pandemia (más de 40 días) me iba haciendo preguntas sobre cómo y cuando se pondría el punto final a esta triste historia. Sumida en mis pensamientos escucho en la radio: " esta mañana se reanuda la producción de las factorías de Seat de Cataluña ya que unos 3000 trabajadores de la firma automovilística han sido sometidos esta semana a los test para Covid19 , detecciones que se mantendrán a un ritmo de 3000 semanales hasta que hayan pasado por ellas los 15.000 empleados de la plantilla"

¡Imaginaos! A qué velocidad me cruza la mente la pregunta que me produce una irritación extrema **¿ para cuándo los sanitarios estaremos testados?** porque con todos mis respetos a los empleados de SEAT y a los de cualquier otra empresa, estos han estado la mayoría de ellos en sus casas cumpliendo la impuesta cuarentena y yo, como todos los sanitarios españoles, hemos ido a trabajar en medio del virus y, a día de hoy, desconocemos nuestro estado frente a él. Ya sé que es lo que nos toca porque efectivamente no somos operarios de una fábrica, sino garantes de la salud pública, ¡claro que sí !. Pero la realidad es que nosotros, asumiendo con responsabilidad nuestra condición profesional, seguimos batallando en primera línea del frente y eso ha convertido incluso a nuestras familias en reos y condenados de esta situación, a nosotros en temerosos de contagiarlos también a ellos y en ocasiones depositarios de sentimientos sobreañadidos de culpabilidad pensando que muchas personas pudieran haberse contagiado siendo nosotros el propio vehículo del contagio también.



Me respondo a mi misma que no es una cuestión de merecimiento el que nos hagan los test que, de sobra nos hemos ganado con la criminal exposición a la que nos ha sometido este gobierno. O resulta que el pago ¿ son los diarios aplausos de las 20h de la población que mayoritariamente, al menos ahora, reconoce, la importante labor de la sanidad pública que sostenemos entre todos? Pues perdonad pero a mi esta efusión "folklorico-festiva" no me ha gustado en ningún momento, más bien me ha parecido una cortina de humo para tapar en parte la crudísima realidad y conste que no pongo en entredicho la buena voluntad de la población, pero detrás de esto yo percibo ese trasfondo que no me gusta nada.....



Como tantas otras cosas que este Gobierno desconoce o parece no importarle en absoluto, es que seguro que ningún sanitario aspiramos al martirio impuesto, por eso reclamamos medidas de protección personal que a día de hoy todavía no tenemos en cantidad suficiente en muchos centros de atención sanitaria; y lo hacemos porque la enfermería en general tenemos conocimientos de epidemiología y medicina preventiva y por eso sabemos perfectamente el primer axioma de estas disciplinas que es que la prevención es el seguro del éxito para evitar contagios y propagar cualquier enfermedad. Desgraciadamente seguimos sufriendo la incompetencia y desfachatez de quienes, por poner un ejemplo, no solo no han sido capaces de suplir la carencia de equipos de protección básica con medidas extraordinarias de producción en el propio país; y tarde y mal nos hacen llegar aún insuficiente material defectuoso comprado no se sabe donde ni a quién, o procedente de la caridad de otros países. Estos mismos que ordenan incorporarse a los sanitarios contagiados sin prueba alguna olvidando o sin querer saber, en un acto supremo de menosprecio hacia nosotros y la sociedad en general, que nosotros mismos podemos habernos convertido en enlaces de propagación de la viremia en la cadena social, aunque "no hayamos caído en combate". Esta última afirmación no requiere de conocimientos epidemiológicos, aunque no será por falta de asesores científicos, sólo requiere de lógica y de decencia.....¡ bueno lo dejaré en lógica porque la decencia es una cualidad moral que parece que está reñida con la condición de la mayoría de la clase política que sufrimos!

España ni siquiera está entre los diez países del mundo que más tests de coronavirus por habitante haya realizando pese a que el Presidente del Gobierno dijera en el Pleno del Congreso del 22 de Abril "*España, quiero recordarlo señorías, es de los países del mundo que más test realiza a su población*" y que días más tarde apareciera en los gráficos de la OCDE España situada en 8º lugar de lo que se vanagloriaba nuestro gobierno raudamente y aceptaba complacida las felicitaciones de la OCDE. **Pues no, mentira** una vez más porque según las cifras entregadas por el ministro de Sanidad el pasado 16 de abril, en España se habían realizado 930.230 tests desde que empezara la crisis, lo que equivale a 20 test por cada mil habitantes, pero el Gobierno envió datos inflados a la OCDE sobre el número de test del coronavirus realizados a la población (nº test PCR+ nº test rápidos cuando solo se contabilizan los PCR). **Desvelado el "error" y rectificado por la OCDE, el puesto de España realmente es el 17º.**

Es imposible no hacer comparaciones y veo que Islandia (porque soy de las que miro hacia arriba no hacia abajo) tiene una tasa 6 veces mayor con 135,01 test por cada mil habitantes y por cierto **¡vaya que bien les ha ido!**, porque por supuesto contando como es preceptivo con la diferencia poblacional, solo han tenido 10 muertos y 1.792 contagiados, frente a los 23 190 muertos y 229. 422 contagiados en España (o más de unos y otros que, hasta en eso hay incertidumbre general) a día de redactar este artículo .

Por otra parte los españoles seguimos esperando "**los 6.000.000 de test rápidos no ya de China, sino de países europeos para detectar el coronavirus**", promesa que hacia nuestro Gobierno días atrás con el objetivo de "**solucionar el problema de sobrecarga asistencial mediante un diagnóstico precoz de los pacientes que acuden al hospital y ¡Eureka! ahora se han acordado de lo más importante, que ! " también nos sirve para garantizar que los profesionales sanitarios estén disponibles para trabajar"**- en palabras del Director de Coordinación de Alertas y emergencias Sanitarias, el ya archiconocido Fernando Simón.

Pero bien, no vayamos al fondo de esta nueva falacia y desmentido subsiguiente, volvamos a los sanitarios y a los test de detección rápida para Covid 19 y los empleados de SEAT. No me queda otra que alabar la planificación preventiva de esta empresa como la de algunas otras, para intentar garantizar la seguridad de sus empleados y por extensión de la cadena social consiguiendo los test que no consigue el Gobierno de una nación con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, por cierto, y con sanitarios reconocidamente superiores a los de la mayoría de los países; y para redoble es que el propio gobierno a SEAT no les hayan confiscados los kits, que ya se han dado casos.....



Tedros Adhanom , director general de la OMS ha dicho reiteradamente en sus intervenciones públicas que **"la forma más eficaz de prevenir las infecciones y salvar vidas es cortar las cadenas de transmisión . Y para lograrlo hay que hacer pruebas y aislar"** . Para explicar esto ha utilizado un símil muy claro **" no puedes combatir un incendio a ciegas, no podemos frenar esta pandemia si no sabemos quién está infectado. Tenemos un mensaje muy sencillo para todos los países: pruebas, pruebas, pruebas!"**. La propia OMS asegura que **"las medidas de contención mediante el confinamiento no han ido acompañadas, en el caso de España " de un incremento lo suficientemente urgente en las pruebas, el aislamiento y el rastreo de contactos que es la columna vertebral de la respuesta"**

Y volvemos al punto de partida **¿y nuestros test para cuando?** la razón científica ya está dada, muchos la sabíamos sin necesidad de que nos la recordara la OMS.

Entonces descartada la posibilidad **"del mérito"**, ahora voy a barajar la posibilidad del **"trato de favor"** porque digo yo, que los trabajadores de una institución sanitaria podríamos tener algún trato de favor llegado el caso ¿no?; no sería la única empresa que favorece a sus trabajadores con descuentos en sus productos, incluso añadiendo un extra con lo que han dado en llamar **"pago emocional"**: clases de yoga, relajación, jornadas intensivas en épocas veraniegas y un sin fin de posibilidades.....Pues parece que en nuestro caso ni siquiera siendo no ya nominados, sino elegidos como héroes, nos sirve para que nos realicen el análisis tampoco por esta vía cuando falla la de la razón.

¿Que más tiene que pasar para que a los sanitarios este gobierno nos empiece a tratar con verdadera dignidad?
 ¿No es ya suficiente que hayan condenado por su negligencia a la enfermedad a más de 37.000 de nosotros (que se sepa), a muerte a un buen número y sigan poniendo en riesgo no solo a nuestras propias familias sino a todos aquellos a los que atendemos?

¡Basta ya de frases y aplausos gratuitos, de explosiones de emotividad incontenida!, ¡claro que nos lo merecemos la mayoría, pero desde siempre, no ahora! y sin embargo, nunca se nos ha tratado bien y menos por parte de los políticos: por no remontarnos demasiado en el tiempo **somos los primeros a quienes nos recortaron emolumentos dinerarios y no dinerarios que todavía no hemos recuperado desde la última crisis**, por ejemplo, y lejos de valorar nuestra contribución, nos retrataron frente a la opinión pública como privilegiados del sistema, por no seguir contando el chorro de miserias a las que nos ha condenado a lo largo de los años la indolencia política a la enfermería en general y a las matronas en particular.

En esta crisis, cuando todas las manos eran necesarias, hasta se ha podido prescindir de determinados especialistas médicos, pero no de enfermeras matronas que hubiéramos podido incluso ejercer como enfermeras generalistas que somos, si no siguiéramos teniendo otro cometido igual o más importante en este tiempo de crisis. Sin quitar importancia a la labor médica tan necesaria, desde luego, somos las enfermeras-os quienes estamos a pie del cañón las 24 horas del día al lado del enfermo, dándole algo más incluso que cuidados sanitarios en sentido estricto porque nuestra formación técnica, científica y humanística, nos dota de una visión integral de la salud. **Me consta que en estos duelos tan ignominiosos** por falta del amparo familiar y otras circunstancias, han sido muchas enfermeras-os quienes también han dado su mano al enfermo en la despedida, en un intento desesperado porque su propio calor, su sentimiento de amparo, traspasara la frialdad de sus guantes y sus trajes de plástico , a la que el moribundo pudiera asirse para dar el salto hacia la otra vida .

Acuérdense señores políticos cuando esto pase, que son necesarios **menos respiradores y aparatos biomédicos y más enfermeras-os (y matronas-es) bien formados y motivados, porque sin ellos lo demás sobra.**

Aunque soy de naturaleza optimista no espero nada bueno cuando pase esta pandemia que, al ritmo que vamos, ➤



tardará; nuestros políticos se dieron cuenta de cuan necesarios somos los sanitarios cuando les ha apretado bien el gaznate el COVID19, cuando nos libremos , veremos cuál es el agradecimiento que recibimos.

Mientras tanto, imagino que como yo, el resto de sanitarios, solo pedimos que actúen con juicio en la gestión de esta crisis y ni por mérito , ni por favor, sólo por cordura, urjan testar a todos los sanitarios y no se cansen de seguir haciéndolo con toda la mayor cantidad de población posible. Esta es una inversión necesaria, obligada y nada comparable con el gasto incuantificable que ya llevamos a la espalda entre muertos y enfermos que, por cierto ya no tiene remedio y **además de pesar por amor en el corazón de quienes son sus deudos, tendrán que pesar en alguna conciencia por los errores cometidos.**

Espero que cuando menos, el inconmensurable precio que han pagado ellos los primeros y después el resto de españoles, sirva para cambiar el rumbo de la planificación sanitaria de esta pandemia y en un futuro, de la valoración y apoyo a la sanidad pública de este país.

iiiiii Test para todos ya!!!!!!!

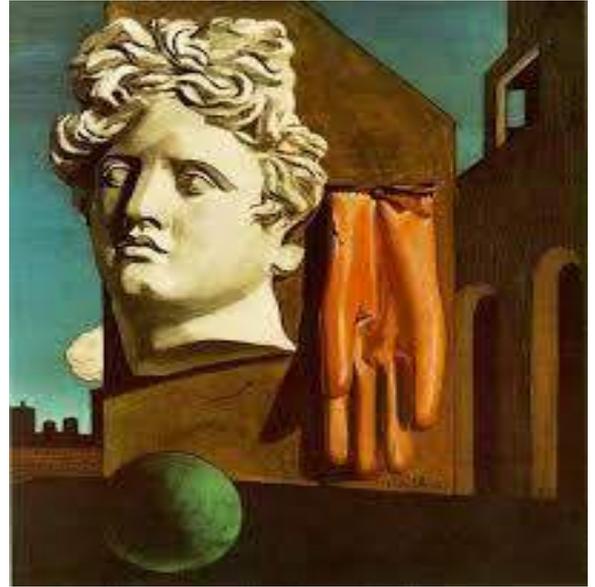
Rosa M^a Plata Quintanilla
Presidenta AEM

*"El incremento lo suficientemente urgente en las pruebas, el aislamiento y el rastreo de contactos , es la columna vertebral de la respuesta.
(OMS)*



LA INCOHERENCIA DE UNA CAUSA

Sentada en mi sofá, un día cualquiera de abril, frente al televisor. Seguimos confinados, seguramente quince días más. Son días oscuros, grises, lluviosos, a pesar de ser primavera. Las calles están desiertas, silenciosas, solo escucho desde mi ventana a los pájaros por la mañana y algún ladrido de mis perras cuando escuchan a algún vecino que sale a coger su coche para ir a trabajar, supongo que a algún lugar que se considera esencial. Soy profesional de la salud, aunque últimamente parezca que sea de la enfermedad, pero por suerte, matrona. Esto no me exime del riesgo aunque no esté en una UCI. Me debo de cuidar, confinarme y sólo voy de mi casa al hospital, tengo dos vidas que cuidar, además de la propia y la de mi pareja. Suena el móvil, bendito artilugio que nos permite comunicarnos con los demás. Ah! Es un whatsapp, no!! Tengo la pantalla llena y ¡¡solo son las diez de la mañana!!!.



Sorpresa! Acabo de recibir de diferentes grupos de compañeras y compañeros de profesión unos videos de sus respectivos lugares de trabajo. Miro perpleja. En el móvil suena una música, muy pegadiza, por cierto, y sobre todo muy bailable. Empiezan a salir profesionales, deduzco que de todos los estamentos, vestidos con equipos de protección individual, algunos completos, tipo buzo de astronauta y otros con una simple bata finísima o simples bolsas de basura hechas delantales improvisados.

Anda!, llega otro, esta vez es de un servicio de paritorio de un hospital en el que trabaja una amiga y compañera. Salen bailando al ritmo de la última canción de moda “Resistiré”, casi convertido ya, a estas alturas de pandemia, en todo un himno. Sonríe, intento identificar a María, mi amiga, pero con la bata, el gorro, la mascarilla, las gafas, los guantes no consigo identificarla. Busco los zuecos tan monos que me dijo se iba a comprar. Por fin, creo que la reconozco bajo ese nuevo “uniforme”.

Y así, cada día recibo varios más, unos con bailes otros con cartelería variada, elaborada con divertidos colores, algunos hasta han hecho pancartas con dibujos de arcoíris y una nube. Entiendo el mensaje: la vida tiene colores aunque aparentemente no brille el sol y las nubes cubran el cielo, hay esperanza, saldremos de esta.

Tras una semana, salta a los medios la alarma, no hay equipos suficientes, falta material, las mascarillas son un fraude, no se hacen test a casi nadie, bueno a los políticos sí, ellos los primeros claro, ¡son imprescindibles!. Se genera el caos en los diferentes centros sanitarios. ¿Qué hacemos? ¿Cómo lo solucionamos? No nos llega el material y seguimos cada día afrontando lo que nos depare este desconocido virus. Amenazan que aún queda por venir lo peor. En mi servicio todo el mundo está tenso, nervioso, rayando lo histriónico. Por fortuna trabajamos en la parte más “rosa” de la sanidad, el nacimiento de un ser humano, por lo general sano, de una madre feliz y deseosa de tenerlo en sus brazos. Nos empollamos toda la información que recibimos cada día de los diferentes organismos, con “autoridad sanitaria”, por así decirlo.

Sigue sonando el “clin” de mi teléfono. Otro video, otro baile, otro servicio, otro hospital ,otros profesionales. ➤

Ya no me río, ni siquiera me sonrío.

Creo que nos hemos pasado. Siento que todo esto es ya un postureo, no me parece serio, ni profesional.

Miro el perfil del grupo y para colmo, alguien tiene la foto del perfil con la mascarilla puesta. ¡Horror! Pero ¿qué es esto?

Me entristezco, ¿cómo puede ser?. Nos hemos cargado en 2 min. que puede durar un video de esos, lo que nos costó mucho conseguir: el respeto de la gente, de otros colegas, otros profesionales. Esto ya no me gusta. Entiendo que se necesite, liberar la tensión y el miedo, pero no de esta manera. Siento que desprestigia a la profesión, igual estoy equivocada, no sé. Simplemente siguen habiendo muertos cada día, cientos de contagiados

y muchas entidades denunciando a los gobiernos autonómicos, incluso al estatal por todo lo ocurrido con el material y los más de 33.000 profesionales contagiados. ¿Y nosotros haciendo un video con coreografía al ritmo de cualquier canción pegadiza?. Lo siento, no, eso no es lo que yo creo que debemos mostrar a quienes nos aplauden cada día. Bajo la vista al suelo, algo me duele en el alma, oigo una cosa y veo otra, críticas y quejas por un lado, baile y música por el otro, ya sé...MALDITA INCOHERENCIA!!



Yamalai. Una matrona perpleja



TITULARES DEL DIARIO MEDICO

EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA SE QUERELLA CONTRA SÁNCHEZ, ILLA Y SIMÓN POR UN DELITO CONTRA LA SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES

La querella se ha presentado ante la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo. También se imputan otros delitos relacionados, como sería la imprudencia grave con resultado de lesiones o de muerte.

LA TELEMEDICINA SE REINVENTA PARA EVITAR LA SATURACIÓN DEL SISTEMA

Hospitales, profesionales, empresas y pacientes están optando por las conexiones remotas para ayudar a cumplir el aislamiento social y evitar la congestión de la asistencia.

COVID-19: EL ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA COMENZARÁ ESTE LUNES EN TODA ESPAÑA

El ministro de Sanidad, Salvador Illa, ha comparecido tras su 7ª reunión con los presidentes autonómicos, donde ha explicado que el estudio de seroprevalencia se producirá en tres oleadas, separadas por intervalos de 21 días.

UGT RECLAMA UNA AUDITORÍA DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES

El sindicato denuncia las condiciones extremas de los empleados de las residencias (el 90% son mujeres) y las carencias de personal y problemas laborales que sufrían ya antes de la pandemia y ahora se ven aumentadas.

LAS MATRONAS SE ENFRENTAN A LA PANDEMIA CON UN DÉFICIT DE ESPECIALISTAS

Las matronas de atención primaria y hospitalaria se están enfrentando a esta pandemia con las mismas carencias de 1994: déficit de especialistas y ninguneo por parte de la Administración.

LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO HA INFORMADO DE LA EXISTENCIA DE 38 DILIGENCIAS

Diligencias de investigación penal abiertas respecto a la situación existente en residencias de ancianos, sin perjuicio de las investigaciones previas ya abiertas en diferentes juzgados de toda España. Un total de 19 casos corresponden a la Comunidad de Madrid y 7, a Cataluña, las dos regiones más golpeadas por la pandemia.

COVID-19 EN RESIDENCIAS: "PEDIMOS RETROVIRALES Y NOS ENVÍAN MORFINA Y SEDANTES"

Ignacio Fernández-Cid, presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia (FED), con más de 2.400 residencias de mayores en toda España, da su versión sobre la muerte de más de 11.300 ancianos por Covid-19.

Covid-19: el estudio de seroprevalencia comenzará este lunes en toda España.

EL MINISTRO DE SANIDAD, SALVADOR ILLA, ANUNCIA EL INICIO DEL ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA SE PRODUCIRÁ EN TRES OLEADAS, SEPARADAS POR INTERVALOS DE 21 DÍAS.

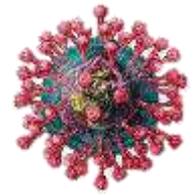
El estudio se hará en 50 provincias, según una muestra diseñada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 36.000 hogares (con 2,5 miembros por hogar), lo que implica una franja de entre 60.000 y 90.000 personas que participarán de forma voluntaria.

SANITARIOS DE TODO EL MUNDO PIDEN AL G20 QUE GARANTICE DE FORMA "INMEDIATA EL SUMINISTRO DE EPIS

La Alianza Internacional de las Profesionales Sanitarias ha solicitado al grupo de países que deje "la geopolítica a un lado" y asegure el abastecimiento de estos equipos.

CASTILLA Y LEÓN: MÉDICOS Y ENFERMEROS DE ÁREA PIDEN PRUEBAS DEL CORONAVIRUS PARA EVITAR SER VECTOR DE CONTAGIO

Los médicos y enfermeros de Área de Castilla y León piden test para evitar que puedan diseminar el coronavirus al no tener un destino fijo.



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CORRESPONDENCE

SCREENING UNIVERSAL PARA SARS-COV-2 EN MUJERES INGRESADAS PARA PARTO.

Al Editor: En las últimas semanas, la Covid-19 se ha extendido rápidamente por la ciudad de Nueva York. La población obstétrica presenta un desafío único durante esta pandemia, ya que estas pacientes tienen múltiples interacciones con el sistema de atención médica y, finalmente, la mayoría son ingresadas en el hospital para el parto. Primero diagnosticamos un caso de Covid-19 en una paciente obstétrica el 13 de marzo de 2020, y previamente informamos sobre nuestra experiencia temprana con Covid-19 en mujeres embarazadas, incluidas dos mujeres inicialmente asintomáticas en las que se desarrollaron síntomas y dieron positivo por SARS. CoV-2, el virus que causa Covid-19, después del parto. ^{1,2} Después de identificar estos dos casos, implementamos pruebas universales con hisopos nasofaríngeos y una prueba cuantitativa de reacción en cadena de la polimerasa para detectar la infección por SARS-CoV-2 en mujeres que ingresaron para el parto.

Entre el 22 de marzo y el 4 de abril de 2020, un total de 215 mujeres embarazadas dieron a luz a bebés en el Hospital Presbyterian Allen de Nueva York y el Centro Médico Irving de la Universidad de Columbia. Todas las mujeres fueron examinadas al ingreso por síntomas de Covid-19. Cuatro mujeres (1.9%) tenían fiebre u otros síntomas de Covid-19 al ingreso, y las 4 mujeres dieron positivo para SARS-CoV-2 (Figura 1). De las 211 mujeres sin síntomas, todas estaban afebriles al ingreso. Los hisopos nasofaríngeos se obtuvieron de 210 de las 211 mujeres (99.5%) que no tenían síntomas de Covid-19; de estas mujeres, 29 (13.7%) fueron positivas para SARS-CoV-2. Por lo tanto, 29 de las 33 pacientes que fueron positivas para SARS-CoV-2 al ingreso (87,9%) no tenían síntomas de Covid-19 al ingreso.

De las 29 mujeres que habían sido asintomáticas pero que fueron positivas para SARS-CoV-2 al ingreso, 3(10%) desarrollaron fiebre antes del alta posparto (media de la estancia, 2 días). Dos de estas pacientes recibieron antibióticos para la presunta endomiometritis (aunque una paciente no tenía síntomas de localización), y se presumió que una paciente tenía un cuadro febril debido a Covid-19 y recibió atención de apoyo. Una paciente con un test negativo para SARS-CoV-2 al ingreso se convirtió en sintomática posparto; repetida la prueba de SARS-CoV-2 3 días después de que la prueba inicial fuera positiva.

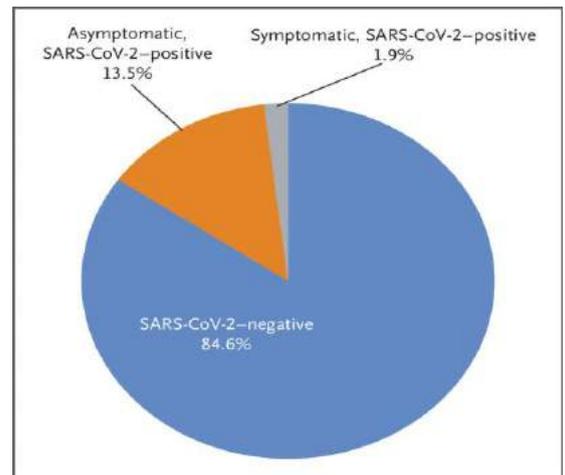


Figura 1. Estado de los síntomas y resultados de la prueba de SARS-CoV-2 en 215 pacientes obstétricas que ingresaron para el parto.

Nuestro uso de la prueba universal de SARS-CoV-2 en todas las pacientes embarazadas que se presentaron para el parto reveló que en este punto de la pandemia en la ciudad de Nueva York, la mayoría de las pacientes que dieron positivo para SARS-CoV-2 en el momento del parto eran ▶



asintomáticas, y más de una de las ocho pacientes asintomáticas que ingresaron en la unidad de parto y parto, dieron positivo para el SARS-CoV-2. Aunque esta prevalencia tiene una generalización limitada a las regiones geográficas con tasas más bajas de infección, subraya el riesgo de Covid-19 entre las pacientes obstétricas asintomáticas. Además, la verdadera prevalencia de infección puede no ser reportada debido a los resultados de falsos negativos de las pruebas para detectar el SARS-CoV-2. ³

Los beneficios potenciales de un enfoque de prueba universal incluyen la capacidad de usar el estado de Covid-19 para determinar las prácticas de aislamiento hospitalario y las asignaciones de camas, informar la atención neonatal y guiar el uso de equipos de protección personal. El acceso a dichos datos clínicos brinda una oportunidad importante para proteger a las madres, los bebés ya los equipos de atención médica durante estos tiempos difíciles.

Desmond Sutton, MD
Karin Fuchs, MD, MHA
Mary D'Alton, MD
Dena Goffman, MD
Universidad de Columbia Irving Medical Center,
Nueva York, NY

Los resultados proporcionados por los autores están disponibles con el texto completo de esta carta en NEJM.org.

Esta carta fue publicada el 13 de abril de 2020 en NEJM.org.

1. Breslin N, Baptiste C, Miller R, et al. COVID-19 in pregnancy: early lessons. *Am J Obstet Gynecol MFM* (in press).

2. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM* (in press).

3. Ai T, Yang Z, Hou H, et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology* 2020 February 26 (Epub ahead of print). DOI: 10.1056/NEJMc2009316

Correspondence Copyright © 2020 Massachusetts Medical Society.

Disponible (Inglés) :

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2009316?articleTools=true>

Traducción (Asociación Española de Matronas)



GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD APLICA LA LEY MORDAZA

Provincia Ronda (Málaga)
Eski Macías

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha prohibido a los profesionales sanitarios andaluces que ofrezcan información a los medios de comunicación acerca del coronavirus y la incidencia que cause en sus correspondientes distritos sanitarios. Algo que los sindicatos han calificado como una "amenaza".

En una carta enviada por parte del director del SAS, Miguel Ángel Guzmán, se indica a estos profesionales que las informaciones con respecto a la pandemia, es decir, información de número de contagios, fallecimientos, altas médicas o necesidad de recursos humanos o materiales de protección, recaen exclusivamente en el Ministerio de Sanidad.

Guzmán hace referencia a la Ley General de Sanidad y Ley de Salud de Andalucía en las que se habla de salvaguardar la intimidad de los pacientes y otorgan una especial protección a toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas. El mandatario del SAS habla de la posibilidad de emprender medidas legales contra aquellos profesionales que no sigan estas pautas.

Esta actuación ha llevado a al Sindicato Médico Andaluz y al Sindicato de Enfermería SATSE a calificar el escrito como "una amenaza a los que damos información o denunciemos escasez de medios". "Calladitos estamos más guapos" han manifestado ante esta emisora algunos representantes sindicales quienes aseguran que "nosotros somos los primeros defensores del derecho a la intimidad del paciente y respetuosos con la LOPD, pero los datos impersonales (y no identificables) sobre la epidemia, nos parecen parte del derecho fundamental a la información".

Y detrás de todos razonamientos jurídicos la gran verdad: impedir la difusión de imágenes y datos sobre la desprotección que padecemos los profesionales sanitarios.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

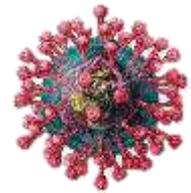
Circular: 01/2020

Fecha: 1 de abril de 2020

De: Dirección Gerencia Servicio Andaluz de Salud

A: Todos los/as profesionales, sanitarios/as y no sanitarios/as del Servicio Andaluz de Salud

Asunto: Prohibición de comunicar datos sobre pacientes de Coronavirus COVID-19.



INFECCIÓN POR ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 ENTRE MUJERES EMBARAZADAS ASINTOMÁTICAS Y SINTOMÁTICAS: DOS SEMANAS DE CASOS CONFIRMADOS EN UN PAR DE HOSPITALES AFILIADOS DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

Resumen

La nueva enfermedad por coronavirus 2019 se está extendiendo rápidamente por toda el área metropolitana de Nueva York desde su primer caso reportado el 1 de marzo de 2020. El estado ahora es el epicentro del brote de la enfermedad por coronavirus 2019 en los Estados Unidos, con 84,735 casos reportados al 2 de abril de 2020. Previamente presentamos una serie de casos tempranos con 7 pacientes embarazadas con enfermedad por coronavirus 2019, 2 de las cuales fueron diagnosticadas con enfermedad por coronavirus 2019 después de una presentación inicial asintomática. Ahora describimos una serie de 43 casos positivos de enfermedad por coronavirus 2019 que se presentaron a un par de hospitales afiliados de la ciudad de Nueva York durante más de 2 semanas, desde el 13 de marzo de 2020 hasta el 27 de marzo de 2020. Un total de 14 pacientes (32.6%) se presentaron sin síntomas virales asociados a la enfermedad por coronavirus Covid-19 y se identificaron después de que desarrollaron síntomas durante el ingreso o después de la implementación de pruebas universales para todos los ingresos obstétricos el 22 de marzo. Entre ellas, 10 pacientes (71.4%) desarrollaron síntomas de coronavirus enfermedad 2019 en el transcurso de su admisión al parto o tempranamente después del alta posparto. De las otras 29 pacientes (67.4%) que presentaron enfermedad por coronavirus sintomática 2019, 3 mujeres finalmente requirieron admisión prenatal por síntomas virales, y otra paciente volvió a presentar un empeoramiento del estado respiratorio que requirió suplementación de oxígeno 6 días después del parto después de una inducción de parto exitosa. No se detectaron casos confirmados de enfermedad por coronavirus 2019 en recién nacidos en las pruebas iniciales el primer

día de vida. Según las características de gravedad de la enfermedad de coronavirus 2019 de Wu y McGoogan, 37 mujeres (86%) presentaron enfermedad leve, 4 (9,3%) enfermedad grave y 2 (4,7%) enfermedad crítica; estos porcentajes son similares a los descritos en adultos fuera del embarazo con enfermedad por coronavirus 2019 (alrededor del 80% de enfermedad leve, 15% grave y 5% crítica)..

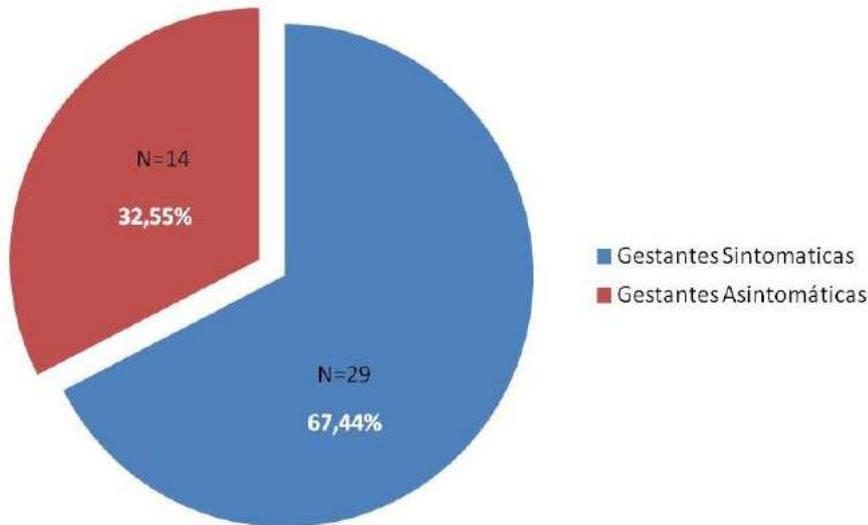
Resultados

Un total de 43 mujeres embarazadas dieron positivo para COVID-19 desde el 13 de marzo de 2020 hasta el 27 de marzo de 2020. Esto incluyó a 7 mujeres identificadas antes de la prueba universal de PCR SARS-CoV-2 y 36 diagnosticadas dentro del período de prueba.

Discusión

Hallazgos principales

Descubrimos que las mujeres embarazadas con COVID-19 que presentaron problemas obstétricos o ingresaron para el parto, a menudo son asintomáticas, lo que sugiere un protocolo de prueba universal para mujeres embarazadas admitidas en la unidad de trabajo de parto. Descubrimos además que, aunque muchas de estas mujeres finalmente desarrollaron síntomas, la gravedad de la enfermedad en esta pequeña cohorte de pacientes embarazadas (86% leve, 9,3% grave y 4,7% crítica) parecía similar a lo que se describe en la literatura para personas no embarazadas.



Resultados perinatales

Características del parto

Entre las 18 mujeres que dieron a luz se incluyeron 4 mujeres sintomáticas en la presentación inicial y 14 inicialmente asintomáticas, como se describió anteriormente. De estos, 8 mujeres (44.4%) tuvieron un parto por cesárea. Los partos por cesárea se realizaron por alteraciones en el RCTG (n = 3), cesárea reiterativa (n = 2), detención del descenso fetal (n = 1), detención de la dilatación (n = 1) e inducción fallida del parto (n = 1).

Las 10 mujeres restantes (55.5%) tuvieron partos vaginales normales sin complicaciones.

Consideraciones de anestesia

Las 18 mujeres recibieron anestesia neuroaxial (ya sea usando analgesia epidural intraparto o anestesia espinal o combinada espinal-epidural). Ninguno tenía contraindicaciones (como trombocitopenia o sepsis) al procedimiento neuroaxial, y no se observó inestabilidad hemodinámica ni complicaciones neurológicas en ninguno de los casos. Una gestante requirió conversión intraoperatoria a anestesia general debido a hemorragia intraoperatoria.

Traducción: Asociación Española de Matronas

Ver texto completo (Inglés):

Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;100118. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100118

SOBRE MASCARILLAS FACIALES: SOLUCIONES INGENIOSAS EN TIEMPO DE CRISIS.

En este momento se conoce que el coronavirus COVID-19 utiliza dos rutas principales de transmisión: respiratoria y de contacto.

Como es sabido las gotas respiratorias se generan cuando una persona infectada tose o estornuda. Cualquier persona que esté en contacto cercano con alguien que tenga síntomas respiratorios (por ejemplo, estornudos, tos) está en riesgo de exposición a gotas respiratorias potencialmente infecciosas. Podría ser posible que haya propagación incluso antes de que las personas presenten síntomas; ha habido informes sobre esto con relación a este nuevo coronavirus, aunque no se cree que esta sea la principal forma en que se propaga el virus. Concretamente en Yang Liu, CMMID nCov working group, Sebastian Funk & Stefan Flasche "The Contribution of Pre-symptomatic Transmission to the COVID-19 Outbreak" Last update: 16-03-2020, estimaron que alrededor del 25 por ciento de las transmisiones de coronavirus podían haber ocurrido en etapas pre-sintomáticas, lo que significa que puede propagarse por personas que aún no saben que lo tienen. Este hallazgo nos reafirma más en el interés de que todos porten mascarilla como medida preventiva de diseminación del virus. De hecho los CDC recomiendan que se sigan las precauciones estándar cuando se atiende a cualquier paciente, independientemente de la sospecha o confirmación de COVID-19. De otro lado, la OMS no recomienda el uso de máscaras médicas en personas asintomáticas pero por una cuestión crematística: porque puede ocasionar costos innecesarios y una carga de adquisición y crear una falsa sensación de seguridad que puede conducir al descuido de otras medidas preventivas esenciales.

Por tanto, es imprescindible el uso correcto de mascarillas, para el personal preferentemente PFF2, porque aseguran una filtración del 95%, (PFF3 si el diagnóstico es positivo y produce aerosoles la enferma)

Es probable que de las anteriores no se disponga salvo en casos excepcionales, y de las mascarillas



quirúrgicas desechables, de un solo uso, de cambio necesario cuando se humedecen, **probablemente ni siquiera haya a disposición suficiente cantidad.**

Por este motivo, investigadores de las ESCUELAS DE INGENIERÍA Y MEDICINA de la Universidad de Stanford han encontrado una manera de poder usarlas de nuevo, ante la escasez de productos médicos. *"Para ser útil, un método de descontaminación debe eliminar la amenaza viral, ser inofensivo para los usuarios finales y conservar la integridad de la mascarilla"*, aseguran en el estudio. Por eso proponen calentar la mascarilla en un horno durante 30 minutos a 70°C/158°F o en vapor de agua hirviendo durante 10 minutos, aunque esto último da como resultado una disminución de la eficacia de filtración en comparación con el calentamiento en el horno. Sus pruebas fueron realizadas con un modelo específico, las mascarillas N95, y subrayan que su trabajo va dirigido únicamente a profesionales de la sanidad. Aunque no se recomienda la reutilización de máscaras quirúrgicas, la realidad es que muchos trabajadores médicos de primera línea, han tenido que reutilizar las suyas en repetidas ocasiones debido a la escasez aguda, mientras que otros simplemente se han quedado sin ellas con un gran riesgo personal.

En esto momentos este mismo equipo ha desarrollando la conversión de una máscara de snorkel de cara completa" modificada como EPI reutilizable para trabajadores de la salud. Los propios científicos del proyecto aseguran que los EPI y concretamente la máscara es una de las protecciones más importantes para los trabajadores de la salud en todo el mundo en una crisis como la COVID-19. Muchos hospitales ya se han quedado sin máscaras N95 y otros equipos de protección personal, que incluyen máscaras faciales y protectores faciales. El personal sanitario está tratando de reutilizar y racionar las máscaras. La cadena de suministro industrial no puede producir para satisfacer las demandas actuales. ➤



En los Estados Unidos y en todo el mundo, existe una necesidad urgente de soluciones rápidas para satisfacer las demandas actuales de EPI.

Por tanto este grupo ha elaborado proyecto cuyo objetivo ha sido modificar una máscara de snorkel de "cara completa" y agregar una parte impresa en 3D en el puerto de ventilación del escudo de snorkel. Esta parte impresa en 3D será un accesorio personalizado que actuará como un reemplazo para el tubo de snorkel. Al igual que con un tubo de snorkel, todo el aire inhalado pasará a través del accesorio; se puede agregar un filtro al accesorio para la filtración de aire. La integración de un filtro de máscara N95 para partículas de 0.3 um en el accesorio personalizado permitiría que la máscara de snorkel funcione como un simple protector facial y brinde el mismo nivel de protección a un trabajador de la salud médica que una combinación de una máscara N95 y un protector facial. Además, están probando exhaustivamente esta solución para la descontaminación y la reutilización utilizando tratamientos térmicos, autoclave, blanqueadores y otros protocolos estándares de descontaminación.

En el resumen del citado trabajo se afirma que la desinfección con cloro y microondas fueron fallidas en el punto de atención porque los gases del cloro (irritantes de la piel y las vías respiratorias) permanecieron después de que se usaron múltiples estrategias para eliminarlos, el microondas derritió las máscaras y remojarlas primero condujo a una filtración reducida. La descontaminación con EtO, UVGI y peróxido de hidrógeno fue segura y efectiva en los modelos probados, pero no se sabe si retendrían la filtración, la resistencia del material y la integridad del flujo de aire con el uso repetido.

Las limitaciones de EtO, UVGI y peróxido de hidrógeno incluyen el tiempo desde la descontaminación hasta la reutilización y el espacio y los materiales disponibles para descontaminar en un entorno hospitalario. El calentamiento a 70 ° C / 158 ° F en un horno tipo cocina durante 30 minutos, o el vapor de agua caliente del agua hirviendo durante 10 minutos, son métodos adicionales de descontaminación efectivos. Preferentemente el primero, por lo ya expuesto.

MASCARILLAS CASERAS

Médicos sin fronteras ha afirmado que los

¿Pueden desinfectarse las máscaras faciales para su reutilización? (Resultados de medición de 4C Air Inc.)					
MUESTRAS	Melt blow medio filtrante		Algodón con carga estática		E. Coli Desinfección Eficiencia
	Eficiencia de filtrado %	Caída de presión (PA)	Eficiencia de filtrado %	Caída de presión (PA)	
70° C aire caliente en horno 30'	96,60	8,00	70,16	4,67	>99%
	95,50	7,00	77,72	6,00	>99%
75% alcohol remojo y secado	56,33	7,67	29,24	5,33	>99%
Desinfección a base de cloro 5 min.	73,11	9,00	57,33	7,00	>99%
Vapor de agua caliente de agua hirviendo, 10 min.	94,74	8,00	77,65	7,00	>99%
Muestras iniciales antes del tratamiento	96,76	8,33	78,01	5,33	

Conclusiones: NO use métodos de desinfección a base de alcohol y cloro. Esto eliminará la carga estática en las microfibras en las máscaras faciales N95, reduciendo la eficiencia de filtración. Además, el cloro también retiene gas después de la descontaminación y este puede ser dañino.

Tabla 2: Datos proporcionados por cortesía del profesor Yi Cui | Ciencia e Ingeniería de Materiales, Universidad de Stanford y Profesor Steven Chu | Física y fisiología molecular y celular, Universidad de Stanford en nombre de 4C Air Incorporated.

trabajadores de la salud infectados con COVID-19 aumentaban donde la escasez de EPIs es generalizada. En Españaañadimos, por el mismo motivo se ha producido el contagio de profesionales más de 37.500 (aprox.18% de todos los casos declarados) y por la tardanza en iniciar las medidas de prevención y todavía actualmente, la insuficiencia de EPIs .

Los CDC sugieren que las enfermeras y otros proveedores de atención médica pueden "usar una máscara casera (por ejemplo, pañuelo, bufanda) para el cuidado de pacientes con COVID-19", pero admiten que se desconoce la capacidad de protección.

La misma Universidad de Standford está buscando alternativas a partir de materiales existentes utilizados en la elaboración de mascarillas caseras, los autores midieron la capacidad de estas para filtrar partículas del tamaño del virus. (Ver Tabla) Puesto que hay que hacer algo para protegerse como mejor podamos con lo que dispongamos, sin duda es una buena aportación, de cara a tener que hacerse las propias mascarillas:

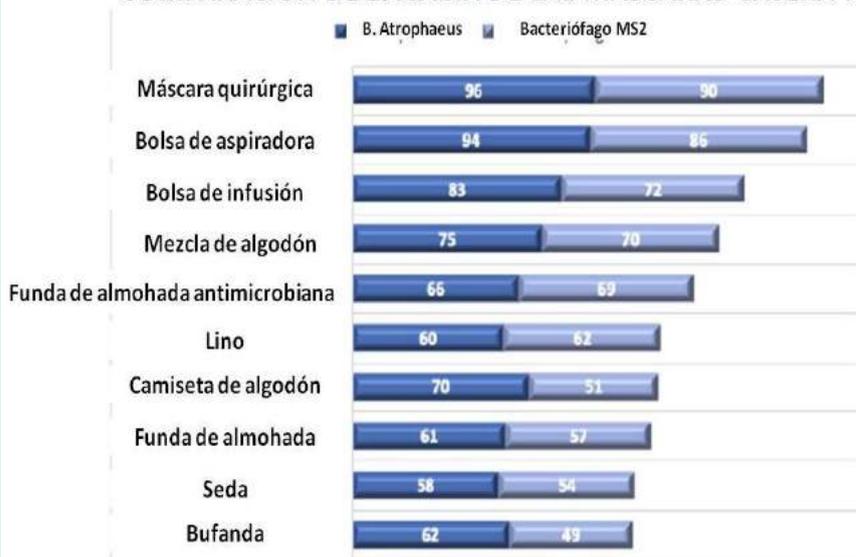
Similares datos hemos recogido de un estudio anterior realizado en la Universidad de Cambridge en 2013 con motivo de la Pandemia de Influenza: Testing the Efficacy of Homemade Masks: Would They Protect in anInfluenza Pandemic?.

Su conclusión:

Las máscaras faciales reducen la exposición a aerosoles mediante una combinación de la acción de filtración de la tela y el sello entre la máscara y la cara. La eficiencia de filtración del tejido depende de una variedad de factores: la estructura y composición del tejido, y el tamaño, la velocidad, la forma y las propiedades físicas de las partículas a las que está expuesto. Aunque cualquier material puede proporcionar una barrera física a una infección, si como máscara no se ajusta bien alrededor de la nariz y la boca, o si el material deja pasar libremente los aerosoles infecciosos, entonces no será beneficioso.

Una máscara protectora puede reducir la probabilidad de infección, pero no eliminará el riesgo, particularmente cuando una enfermedad tiene más de 1 vía de transmisión.

COMPARACIÓN DE EFICACIA DE LAS MÁSCARAS CASERA %



Fuente: Traducida por la AEM de Learnly Anesthesia | Stanford AIM Lab COVID-19 Evidence Service Report

Tabla 1: * La efectividad de la máscara se compensa con la dificultad de respirar a través del filtro, las bolsas de vacío se calificaron altamente pero el esfuerzo para respirar lo hizo menos seguro.

** No se recomienda el uso de filtros internos como productos de higiene femenina para las máscaras N95, ya que una vez contaminada la mascarilla N95 retiene el 99.8% de los patógenos

*** Otros materiales, como las bolsitas de té que son antimicrobianos, pueden usarse o combinarse con otros materiales

Por lo tanto, cualquier máscara, sin importar cuán eficiente sea la filtración o cuán bueno sea el sello, tendrá un efecto mínimo si no se usa junto con otras medidas preventivas, como el aislamiento de casos infectados, la inmunización, la buena etiqueta respiratoria y la higiene regular de las manos. Una mascarilla facial improvisada debe verse como la última alternativa posible si no se dispone de un suministro de mascarillas comerciales, independientemente de la enfermedad contra la cual se requiera protección. Se pueden usar máscaras faciales caseras improvisadas para ayudar a proteger a aquellos que podrían, por ejemplo, estar en riesgo laboral por contacto cercano o frecuente con pacientes sintomáticos. Sin embargo, estas máscaras proporcionarían a los usuarios poca protección contra los microorganismos de otras personas infectadas con enfermedades respiratorias.

MASCARILLAS DE PAPEL y MASCARA PROTECTORA

Ante la carencia generalizada de mascarillas y en un intento por ayudar al público a combatir el virus y aliviar la ansiedad en la búsqueda de máscaras quirúrgicas, se ha formado un grupo de trabajo compuestos por científicos del Hospital de la Universidad de Hong Kong-Shenzhen (HKUSZH), el Consejo del Consumidor, el Instituto de Investigación de Ciencia y Tecnología Aplicada de Hong Kong (ASTRI) del Parque Científico de Hong Kong (HKSP) y el Departamento de Arquitectura e Ingeniería Civil de la Universidad de la Ciudad de Hong Kong (CityU). En las últimas semanas, este grupo ha realizado pruebas de laboratorio sobre la eficacia de la máscara quirúrgica después del lavado y la esterilización. El análisis científico de la seguridad y la eficacia también se realizó en las máscaras faciales de bricolaje que podrían proporcionar una alternativa para que el público alivie la escasez aguda de máscaras faciales.

El Grupo de trabajo recomienda los siguientes materiales para una mascarilla :

1. Capa externa resistente al agua. Una carpeta de archivos de plástico transparente es una opción

óptima para el protector facial (use visera u otro elemento plástico transparente hecho de material seguro). Para lograr la función resistente al agua como máscara quirúrgica, Taskforce recomienda una carpeta de archivos de plástico transparente para usar como protector facial. En la prueba que simula la tos con una solución fluorescente, la máscara facial de bricolaje puede evitar las gotas. Esta pantalla hecha con una carpeta de archivos de plástico transparente debe esterilizarse con lejía doméstica diluida 1:49, desinfectante a base de alcohol, solución de lavado de manos o platos y enjuagar con agua antes de volver a usarla.

Por tanto es reutilizable.

2. Capa intermedia para filtración - Toallas de papel de cocina. En general, las toallas de papel de cocina cumplen con el estándar de higiene en el manejo de alimentos. HKSP escaneó una toalla de papel de cocina bajo un microscopio electrónico y reveló que el tamaño de la tela, los espacios y la disposición de la toalla de papel de cocina son similares a los de la capa intermedia de la máscara quirúrgica.

3. Capa interna para absorción de humedad: pañuelo de bolsillo / de 3 capas / 4 capas

El pañuelo de bolsillo de papel es higiénico y suave con una fuerte absorción de agua. Es adecuado para su uso como capa interna de la máscara facial. Una vez que se eligió el tejido facial, el Equipo de trabajo inspeccionó la filtración de las máscaras faciales de bricolaje que estaban hechas de diferentes tejidos faciales. Está científicamente comprobado que la máscara facial de bricolaje con un tejido facial (capa interna en la cara) y dos capas de papel de cocina como capa externa logró más del 90% de la función de la máscara quirúrgica en términos de filtración de aerosol de 20-200 mm. El Grupo de trabajo recomienda que el público pueda considerar el uso de los materiales anteriores para hacer una mascarilla en tiempo de escasez de mascarilla quirúrgica.

VER VIDEO:

https://www.consumer.org.hk/ws_en/news/special/2020/mask-diy-tips.html



OTRAS PROPUESTAS DE SOLUCIONES ALTERNATIVAS DE PROTECCION

En la prestigiosa revista JAMA Livingston E, Desai A, Berkwits M. en su editorial "Sourcing Personal Protective Equipment During the COVID-19 Pandemic. publicada el 28 de Marzo *, los autores explicaban que "A medida que la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se acelera, los sistemas mundiales de atención médica se han visto abrumados por pacientes potencialmente infecciosos que buscan pruebas y atención. La prevención de la propagación de la infección hacia y desde los trabajadores de la salud y los pacientes se basa en el uso efectivo de equipos de protección personal (EPI): guantes, máscaras faciales, respiradores purificadores de aire, gafas protectoras, protectores faciales, respiradores y batas. Se prevé que se desarrolle una escasez crítica de todo esto o que ya se haya desarrollado en áreas de alta demanda. El EPP, anteriormente ubicuo y desechable en el entorno hospitalario, ahora es un bien escaso y valioso en muchos lugares cuando más se necesita para atender a pacientes altamente infecciosos. Un aumento en el suministro de EPI en respuesta a esta nueva demanda requerirá un gran aumento en la fabricación de EPI", por eso proponían:

Reutilizar

- Máscaras prefabricadas: snorkel y buceo, impresiones en 3D, máscaras de soldador, máscaras de gas, gafas de esquí.....
- Protectores oculares y faciales: protectores oculares deportivos, cascos de motocicleta con viseras.....
- Batas: ponchos y delantales de plástico o bolsas de polietileno,

*. doi:10.1001/jama.2020.5317



PARALELISMOS BÉLICOS: LA CRISIS DEL CORONAVIRUS Y LA GUERRA CIVIL

Desde que ha comenzado la emergencia sanitaria nos hemos acostumbrado a oír y a utilizar un lenguaje propio de un escenario bélico. Del personal sanitario y los cuerpos de seguridad decimos que están en “primera línea” o en “las trincheras”. Los pacientes y personal sanitario “luchan” contra la enfermedad. Otras personas están “en la retaguardia”. “Esta es una batalla que vamos a ganar”, se oye decir muchas veces. Y los periodistas nos dan “partes de guerra”.

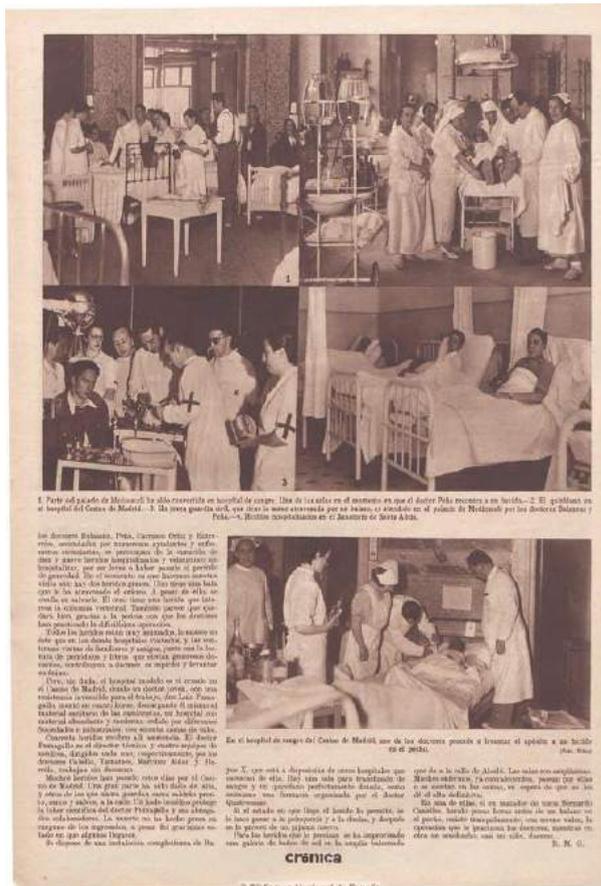
Hay muchas personas expertas asesorando a los mandos que están al frente de la crisis. Profesionales de la Medicina, de la Epidemiología, del Ejército. Pero no de la Historia, a pesar de que la historia de las epidemias y la historia general tanto tienen que enseñarnos. Tampoco hay enfermeras asesorando aunque se las considere profesionales indispensables en crisis como esta.

España, desde la Guerra Civil (1936-1939), no había vivido una situación parecida a la actual. Las similitudes con aquella etapa son innumerables. En los primeros días de la contienda mucha gente llevó una vida normal, antes de reparar en lo que se les venía encima. Igual que ahora, cuando al principio pensábamos que la COVID-19 no era más grave que una gripe.

El papel del voluntariado

Todo cambió cuando casi en cada casa empezó a saberse de alguna persona cercana, muerta o herida. Ante esta situación desconocida mucha gente quiso ayudar. Igual que ahora: multitud de personas se ofrecen voluntarias en las redes para ayudar en lo que pueden. Donando su sangre, por ejemplo, como miles lo hacen y miles lo hicieron.

El sistema sanitario también estuvo sobrepasado. Se improvisaron numerosos centros, que se denominaron “hospitales de sangre”, para acoger a personas heridas o enfermas. Muchos de ellos fueron hoteles, como el Ritz de Madrid. También ahora se improvisan hoteles medicalizados y hospitales de campaña.



1. Parte del pabellón de Maternidad ya adaptado en hospital de sangre. Una de las salas en el momento en que el doctor Páez muestra a un niño. - 2. El quinián en el hospital de Casas de Madrid. - 3. Una mesa puesta en un salón, que sirve de sala de espera para los heridos. - 4. El primer de Maternidad por los Doctores Bateman y Páez. - 5. Heridos transportados en el Asistencia de Santa Aña.

Los Doctores Bateman, Páez, Carrasco Oñate y Barrera, auxiliados por numerosas ayudantes y enfermeras voluntarias, en particular de la Maternidad de San Juan y parte de las auxiliares y voluntarias auxiliares, que se fueron a labor cuando el período de gestación. En el momento en que Bateman muestra a un niño en las salas de Maternidad. Una mesa puesta para que se las sirvan de espera. A pesar de todo, se puede ver a los heridos. También parece que cuando hay heridos se les venían a dar la bienvenida. Los heridos que se les venían a dar en las salas de Maternidad, y las voluntarias de Maternidad y auxiliares, como una familia de parientes y otros, que venían a darles el abrazo, recibimiento o incluso se alegraban y lloraban de alegría.

Una de las hermanas que se venían a dar la bienvenida en las salas de Maternidad, y las voluntarias de Maternidad y auxiliares, como una familia de parientes y otros, que venían a darles el abrazo, recibimiento o incluso se alegraban y lloraban de alegría.

Una de las hermanas que se venían a dar la bienvenida en las salas de Maternidad, y las voluntarias de Maternidad y auxiliares, como una familia de parientes y otros, que venían a darles el abrazo, recibimiento o incluso se alegraban y lloraban de alegría.

En el hospital de Casas de Madrid, uno de los doctores muestra a los niños a su hijo en el jardín.

En el momento en que Bateman muestra a un niño en las salas de Maternidad. Una mesa puesta para que se las sirvan de espera. A pesar de todo, se puede ver a los heridos. También parece que cuando hay heridos se les venían a dar la bienvenida. Los heridos que se les venían a dar en las salas de Maternidad, y las voluntarias de Maternidad y auxiliares, como una familia de parientes y otros, que venían a darles el abrazo, recibimiento o incluso se alegraban y lloraban de alegría.

crónica

Reportaje sobre hospitales de sangre en la revista Crónica del 8 de agosto de 1936. BNE - Biblioteca Digital Hispánica, CC BY-SA



Hotel Ritz de Madrid convertido en hospital de sangre durante la guerra civil española



Cinco empresas que están desarrollando una vacuna para el coronavirus: ¿cuál será la primera en comercializarse? Mientras se propaga la pandemia de COVID-19 por el planeta y los países tratan desesperadamente de contener el virus, fabricar una vacuna es de imperiosa necesidad. Y hacerlo pronto resulta fundamental. Las empresas siguientes trabajan actualmente contra reloj para desarrollar una vacuna para el coronavirus que pueda comercializarse lo antes posible.

Sanofi

Este fabricante de medicamentos francés cuenta con un equipo de científicos en Estados Unidos que trabaja en colaboración con Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) en una vacuna que aprovecha avances realizados anteriormente por la empresa cuando trabajó en la vacuna para el SARS. El SARS también pertenece a la familia del coronavirus, lo que puede darle ventaja a Sanofi para el desarrollo de una vacuna contra el COVID-19.

Gilead Sciences

Gilead trabaja en un tratamiento para pacientes infectados con COVID-19, que ya ha ayudado a un paciente en Estados Unidos y que pronto se enviará a Asia para realizar pruebas de fase avanzada más completas. Allí, estos estudios determinarán si el tratamiento puede invertir la infección, ayudar a los pacientes a recuperarse con mayor rapidez y darse antes de alta en el hospital.

GlaxoSmithKline

El gigante farmacéutico británico GSK es uno de los principales fabricantes de vacunas del mundo, muy conocido por haber comercializado la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y la gripe estacional. GSK proporciona ahora la tecnología necesaria a una empresa china de biotecnología para desarrollar una vacuna para el COVID-19.

Regeneron La empresa neoyorquina de biotecnología está desarrollando un tratamiento que podría evitar que las personas contrajeran el coronavirus. El tratamiento utiliza anticuerpos procedentes de ratones que se han modificado genéticamente con sistemas inmunes que imitan a los de los humanos. La empresa afirma que podría estar lista para probarse en humanos en el mes agosto.

Johnson and Johnson

Johnson and Johnson se ha asociado con Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) para desarrollar tratamientos contra el COVID-19. Este gigante farmacéutico estadounidense emplea su tecnología de plataforma de vacunas anteriormente desarrollada para obtener una vacuna experimental contra el ébola. Aún así, los expertos dicen que nos falta al menos un año para que la vacuna contra el coronavirus esté disponible para el público; entretanto, si alguna de estas empresas lograra avances en el desarrollo de la vacuna, su acción seguramente fluctuaría al alza. No olvide añadirlas a su lista de vigilancia para mantenerse informado.

EN TORNO A 70.000 ENFERMERAS PODRÍAN HABER TENIDO SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19, SEGÚN LA MACROENCUESTA DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

Publicado por: Diario Enfermero

REDACCIÓN.- El primer avance de la macroencuesta “Impacto del COVID-19 en la profesión enfermera”, impulsada por la Organización Colegial de Enfermería de España, ya ha alcanzado una muestra de más de 7.500 participantes. Y el análisis preliminar de los resultados arroja datos extremadamente preocupantes (la encuesta todavía está abierta y se puede participar aquí):

El 27,9% de los profesionales encuestados asegura haber tenido o tener síntomas de COVID-19 lo que podría suponer que en torno a 70.000 enfermeras y enfermeros en España podrían haber estado potencialmente contagiados.

El 22,7% de las enfermeras y enfermeros encuestados aseguran que ya se han hecho el test de detección, y de todos ellos ha dado positivo el 32,2%, lo que podría suponer que en torno a 18.400 habrían dado positivo en las pruebas realizadas hasta el momento y que, consecuentemente 1 de cada 3 enfermeras ha dado positivo en el test.

El 76,2% de los profesionales con test positivos cree haberse contagiado prestando asistencia sanitaria: el 35,1% por la falta de equipo de trabajo o material adecuado y el 41,1% por el cuidado de pacientes no diagnosticados.

El 5% asegura haber superado ya la enfermedad, el 7,9% se encuentra en cuarentena fuera de la asistencia (lo que podría suponer en torno a 19.700 profesionales) y un 5% refiere tener síntomas y sigue trabajando. En este sentido, debemos considerar que no a todos estos profesionales se les ha realizado el test, por lo que no se puede confirmar si son positivos o no.

La macroencuesta “Impacto del COVID-19 en la profesión enfermera” es una iniciativa de la Organización Colegial de Enfermería para conocer a fondo cuál es la realidad que están viviendo las enfermeras y enfermeros españoles en su lucha diaria contra la pandemia de COVID-19 en los hospitales, centros especiales de atención (como es el caso de IFEMA), centros de salud y residencias y centros sociosanitarios, etc. El objetivo final es poder profundizar en el análisis de la situación, evaluar riesgos y contagios y adoptar todas las medidas que sean necesarias, además de las ya iniciadas, en defensa de los profesionales de enfermería. Se ha desarrollado a través de un cuestionario remitido por email a toda la base de datos colegial de enfermeras y enfermeros. Tal y como han anunciado, en los próximos días se harán públicos todos los resultados de esta macroencuesta realizada a nivel de todo el Estado.



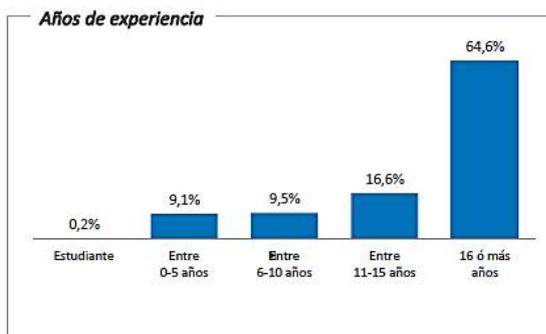
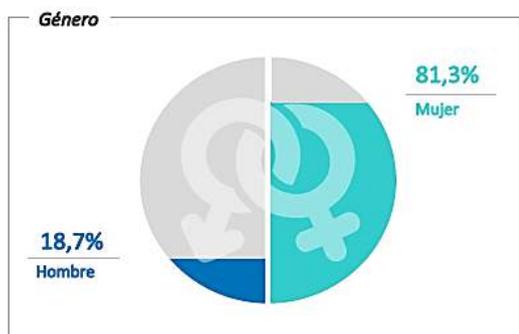
VER GRÁFICOS





RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

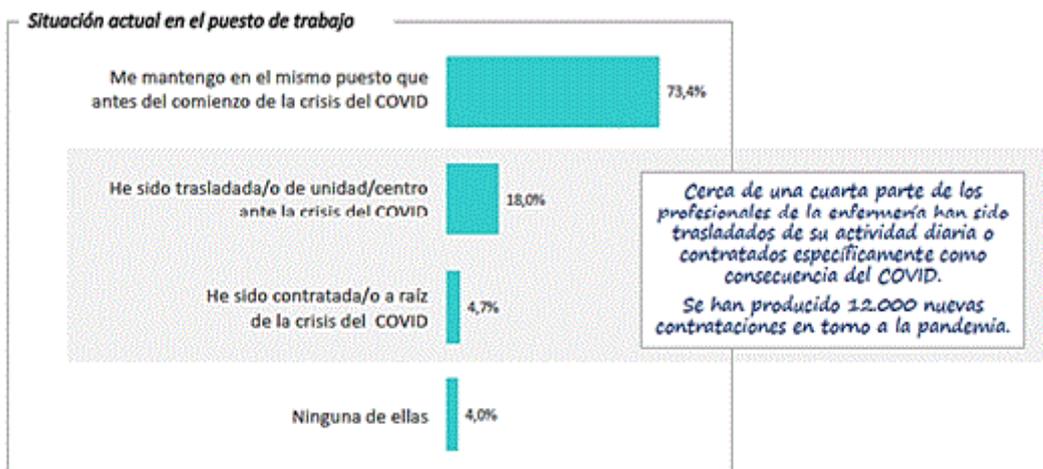
Caracterización de la muestra



Base total muestra
P2. Género | P3. Años de experiencia

Análisis e Investigación **6**

El COVID en el trabajo diario de las enfermeras



Base total muestra
P.5. Selecciona la respuesta que mejor describe tu situación en estos momentos:

Análisis e Investigación **10**

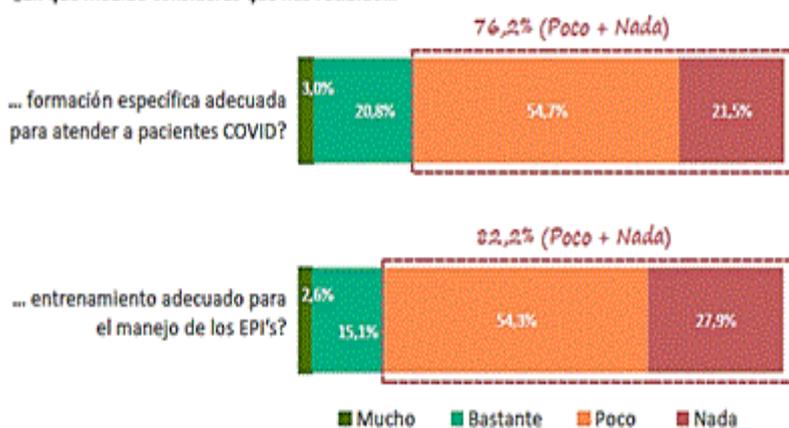


RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

Formación y entrenamiento de las enfermeras en el contexto de la crisis del COVID



¿En qué medida consideras que has recibido...



Las profesionales se han enfrentado a la pandemia con poca o nula formación específica en la atención de pacientes con COVID (76,2%) y en entrenamiento en el manejo de los EPI's (82,2%)

Base total muestra

P.7 ¿En qué medida consideras que has recibido la formación adecuada para atender a pacientes COVID? | P.8 ¿En qué medida consideras que has recibido entrenamiento adecuado para el manejo de los EPI's?

Análisis e Investigación

12





RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

Formación para atender pacientes COVID Según CCAA



¿En qué medida consideras que has recibido...
... formación adecuada para atender a pacientes COVID?



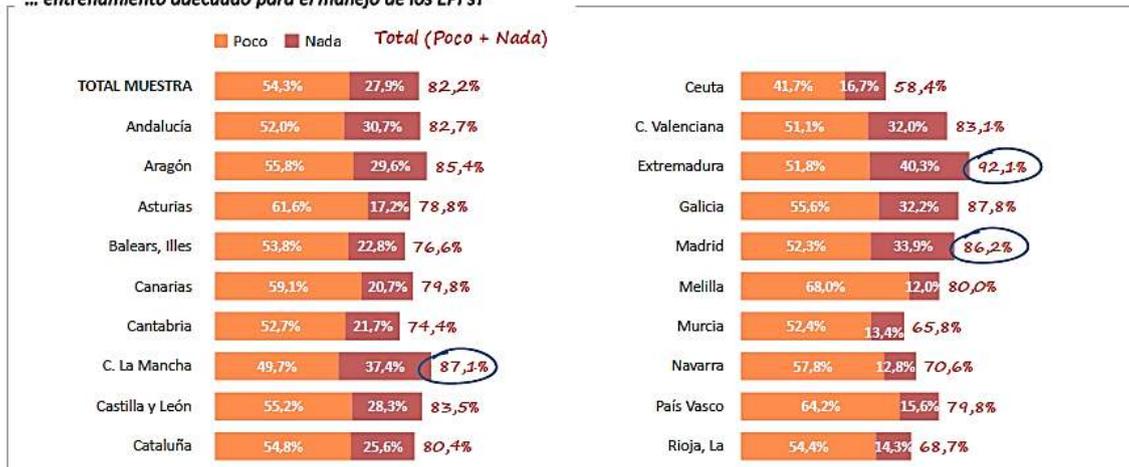
Base total muestra
P.7 ¿En qué medida consideras que has recibido la formación adecuada para atender a pacientes COVID?

Análisis e Investigación 13

Entrenamiento en el manejo de los EPI's Según CCAA



¿En qué medida consideras que has recibido...
... entrenamiento adecuado para el manejo de los EPI's?



Base total muestra
P.8 ¿En qué medida consideras que has recibido entrenamiento adecuado para el manejo de los EPI's?

Análisis e Investigación 14

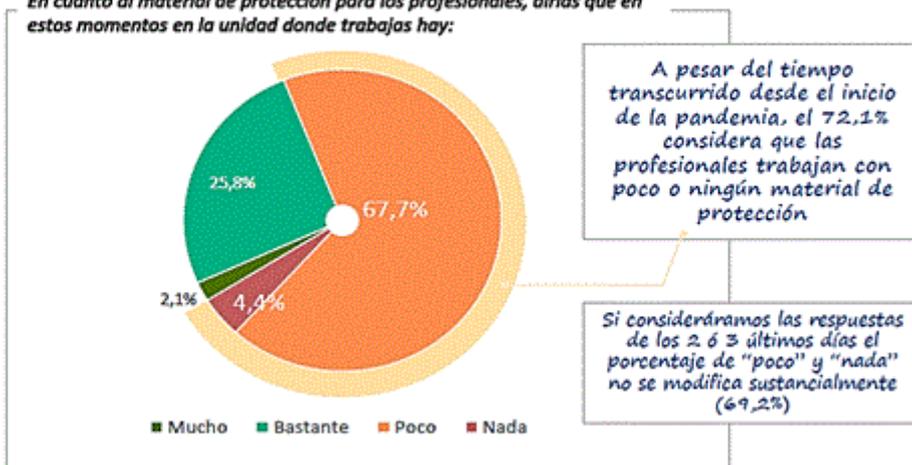


RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

Disponibilidad de recursos materiales en las unidades de trabajo Material de protección para los profesionales



En cuanto al material de protección para los profesionales, dirías que en estos momentos en la unidad donde trabajas hay:



Base total muestra

P.9. En cuanto al material de protección para los profesionales, dirías que en estos momentos en la unidad donde trabajas hay:

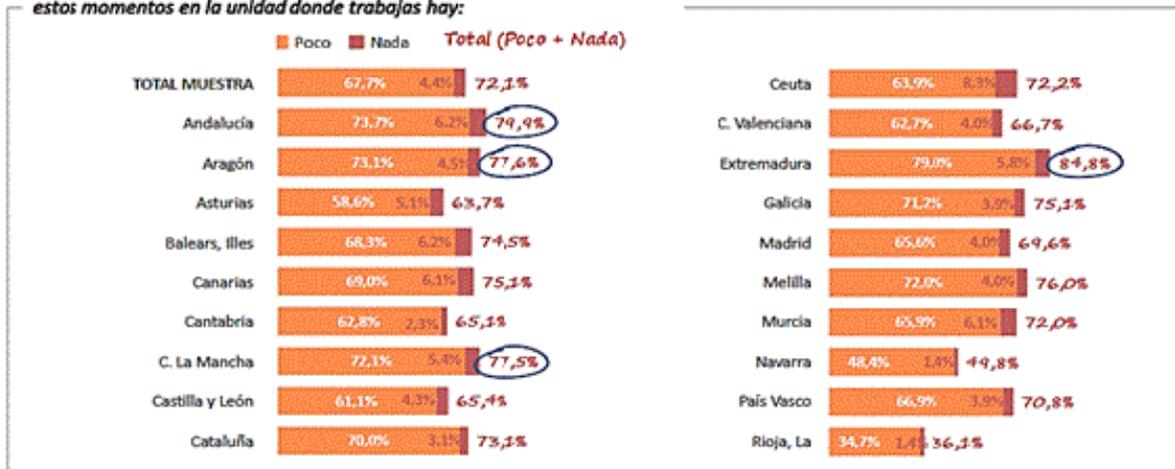
Análisis e Investigación

15

Disponibilidad de recursos materiales en las unidades de trabajo Material de protección para los profesionales – Según CCAA



En cuanto al material de protección para los profesionales, dirías que en estos momentos en la unidad donde trabajas hay:



Base total muestra

P.9. En cuanto al material de protección para los profesionales, dirías que en estos momentos en la unidad donde trabajas hay:

Análisis e Investigación

16



RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA



Disponibilidad de recursos materiales en las unidades de trabajo *Material de protección para el trabajo diario*

En tu caso particular, habitualmente...

¿Te han facilitado el material suficiente para protegerte?



¿El material es el adecuado?



¿Vas disponiendo de más material a medida que pasan los días?

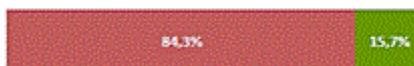


■ Si ■ No

Algo más de la mitad de los profesionales no dispone de material suficiente para protegerse y el material del que se dispone tampoco es el adecuado

El acceso a más material a medida que pasan los días se percibe en el 58,3% de los casos

¿Has tenido que reutilizarlo?



■ Si ■ No

La mayoría de las enfermeras trabajan con material reutilizado

Base total muestra
P.11. En tu caso particular, habitualmente...

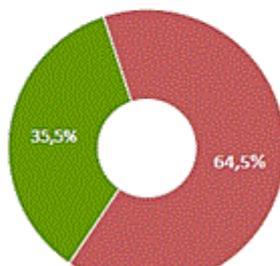
Análisis e Investigación 19

Disponibilidad de recursos de personal en los centros *Adecuación del ratio enfermera-paciente*



El ratio enfermera-paciente está claramente por debajo de las necesidades

¿El ratio enfermera-paciente es, a tu juicio, el adecuado en estos momentos?



■ Si ■ No

Cada enfermera/o atiende de media a 10 pacientes COVID-19. En cuidados intensivos la media se sitúa entre 3-4.

Base: total muestra
P.20. ¿El ratio enfermera-paciente es, a tu juicio, el adecuado en estos momentos?:

Análisis e Investigación 20



RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

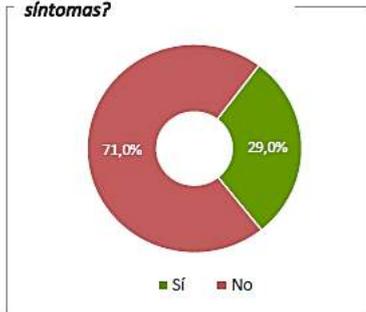
Presencia de síntomas y realización de test entre las enfermeras



El 29,0% de las profesionales encuestadas asegura haber tenido o tener síntomas de COVID-19, lo que podría suponer que, sin considerar a las asintomáticas, en torno a 73.950 enfermeras han estado potencialmente infectadas (considerando un universo de 255.000 enfermeras en asistencia).
El 23,3% asegura que ya se han hecho el test de detección, y de todos ellos, ha dado positivo el 30,2%

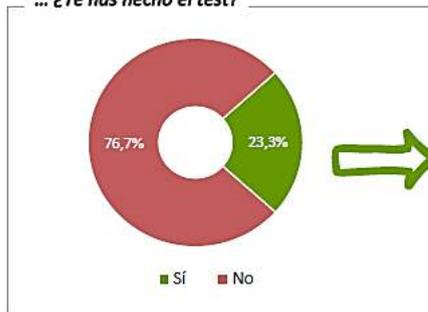
Respecto a una posible infección por COVID,...

... ¿has tenido o tienes síntomas?



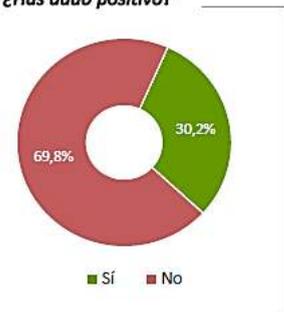
Base: total muestra

... ¿Te has hecho el test?



Base: total muestra

¿Has dado positivo?



Base: se han hecho el test

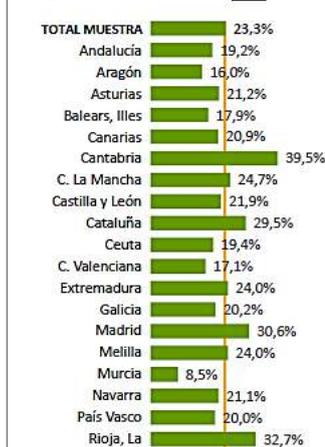
P.12. Respecto a una posible infección por COVID, ¿has tenido o tienes síntomas? | P.13. ¿Te has hecho el test? | P.14. ¿Has dado positivo?

Realización de test y porcentaje de positivos entre las enfermeras Según CCAA



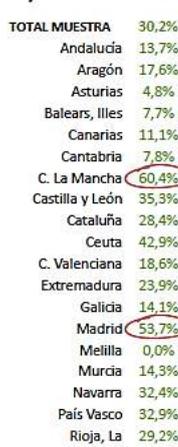
Respecto a una posible infección por COVID,...

... ¿te has hecho el test? % Sí



Base: total muestra

% de positivos entre los que se han hecho el test



Base: se han hecho el test

Las comunidades donde los profesionales se han hecho más test son: Cantabria, La Rioja, Madrid y Cataluña.
Y donde los positivos con más altos son: Castilla la Mancha y Madrid

P.13. Respecto a una posible infección por COVID, ¿te has hecho el test? | P.14. ¿Has dado positivo?



RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

Causas de contagio de las enfermeras positivas en el test



Asocia el contagio principalmente a:



Las dos principales causas de contagio son la falta de equipo de trabajo/material adecuado y el cuidado de pacientes: carencia de equipo y carencia de test

Base: han dado positivo en el test

14.L. (Sólo para los que han dado positivo). Asocia el contagio principalmente a:

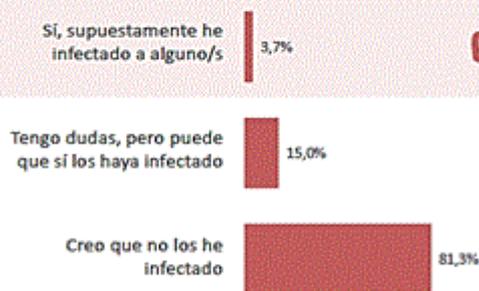
Análisis e Investigación 25

Posible propagación del contagio en familiares y amigos



El 18,7% de los profesionales consideran que han infectado o que tienen la sospecha de haberlo hecho a sus familiares y amigos

En relación a posibles contagios de familiares y amigos, ¿cuál sería tu caso?



Base: total muestra

La situación de tu familiar-amigo infectado es:



Base: sospecha de infección

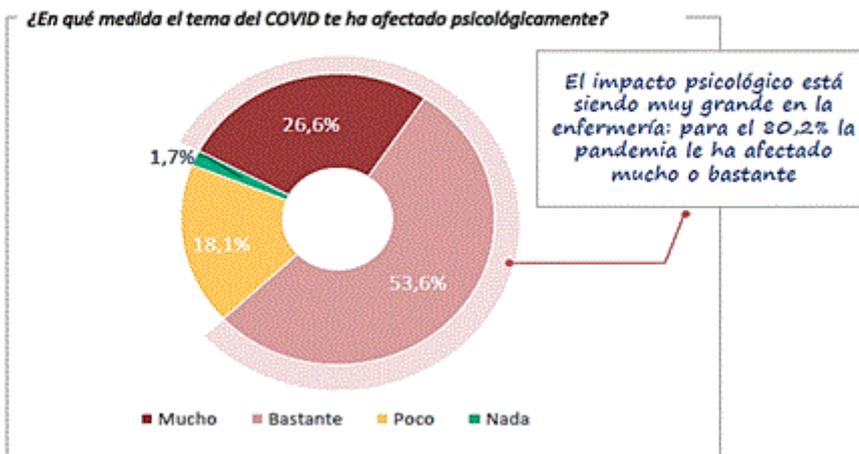
P.16. En relación a posibles contagios de familiares y amigos, ¿cuál sería tu caso? | P.17. La situación de tu familiar-amigo infectado es:

Análisis e Investigación 27



RESUMEN GRAFICO DE LA ENCUESTA REALIZADA POR EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

Impacto psicológico de la crisis en la enfermera



Base total muestra
P.18. ¿En qué medida el tema del COVID te ha afectado psicológicamente?

Análisis e investigación 28

Valoración de la actuación en la crisis del COVID

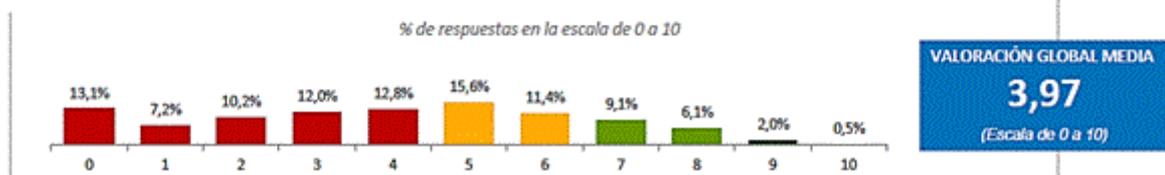


La valoración de las enfermeras respecto de la gestión de la crisis por parte de las autoridades es de claro suspensivo; en mayor medida en el en el caso del Gobierno de la Nación donde un 22,3% le dan un "0".

El Gobierno de la Nación



El Gobierno de la Comunidad Autónoma



Base total muestra
P.22. Valora de 0 a 10, siendo 10 la mejor valoración, la actuación en la crisis del COVID de:

Análisis e investigación 32



CORONAPEDIA, LA WIKIPEDIA CIENTÍFICA SOBRE LA COVID-19

La **Coronapedia** es un espacio colaborativo en el que **distintos profesionales, de forma voluntaria y altruista, participan para elaborar contenidos prácticos y validados científicamente sobre la COVID-19 provocada por el Coronavirus.**

La **Coronapedia** surge en un contexto de crisis causada por la pandemia de la COVID-19 por el nuevo Coronavirus, en el que se hace más que necesaria la presencia de contenidos e información de calidad.

Motivados por dicha situación, el equipo de **Salusplay** se puso a trabajar, promoviendo en primer lugar la realización de formación específica y gratuita sobre el Coronavirus, a través de un **Curso de Formación Continuada dirigido a Profesionales Sanitarios**, y otro **Curso sobre el Coronavirus dirigido a la población general.**

Posteriormente desde **SalusOne** se habilitó, también gratuitamente, la posibilidad de que los profesionales sanitarios pudiesen preguntar todas sus dudas, siendo respondidas por un ChatBot y por un equipo de 15 expertos. Y con el fin de dar acceso a los profesionales sanitarios a información concreta y científica sobre la pandemia del COVID-19, nace el Proyecto **Coronapedia.**

La Coronapedia es un espacio colaborativo en el que **distintos profesionales**, la mayoría sanitarios, de forma voluntaria y altruista, han participado para elaborar contenidos prácticos y de calidad sobre la COVID-19 provocada por el Coronavirus.

En estos momentos el proyecto sigue creciendo y la actualización de contenidos es constante, de acorde a lo cambiante de la situación producida por el virus. Por esa razón te invitamos a volver frecuentemente para ver las nuevas actualizaciones.

Cómo colaborar

Todos los contenidos de Coronapedia.org han sido elaborados de forma voluntaria por profesionales sanitarios expertos en diferentes áreas, a partir de distintas fuentes de información y documentos oficiales, los cuales se referencian a lo largo de los textos para su consulta.

Dado el carácter de la situación cambiante respecto a la pandemia por Coronavirus COVID-19, esta información se encuentra en constante evolución, por lo que puede estar desactualizada. Nuestro equipo trabaja para que todos los contenidos estén lo más actualizados posibles, aunque en todo caso se referencia la fecha de última actualización.

Si deseas ayudar a otros compañeras y compañeros sanitarios a vencer la COVID-19, puedes hacerlo a través del siguiente <http://www.coronapedia.org/participa/>

Secciones

1. Información general

[¿Cómo está evolucionando la pandemia del Coronavirus COVID-19?](#)

[¿Qué es una Pandemia? Definición y fases](#)



2. Síntomas, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19

Transporte sanitario de pacientes con sospecha de infección por Coronavirus COVID-19

¿Se puede usar Paracetamol o Ibuprofeno para tratar los síntomas de infección por Coronavirus COVID-19?

3. Equipos de protección para cuidar la COVID-19

Equipos de Protección Individual Frente a Coronavirus COVID-19

Colocación y Retirada de los Equipos de Protección Individual (EPI) frente a COVID-19

4. Medidas de prevención frente a la COVID-19

Cómo hacer un correcto lavado de manos con solución hidroalcohólica

Medidas de prevención de la transmisión del Coronavirus COVID-19 entre la población

5. Fuentes y recursos de interés

Protocolos para profesionales sanitarios

¿Cómo podemos evitar la difusión de bulos sobre el Coronavirus COVID-19?

6. Innovación y tecnología

Personas y organizaciones

Equipamiento con medios de fortuna

7. Actuación en diferentes Servicios

Manejo de la vía aérea de pacientes contagiados por COVID-19 en quirófano

Manejo de muestras y material quirúrgico y de traslado en pacientes infectados o con sospecha de COVID-19

8. Formación y cursos sobre la COVID-19 por Coronavirus

Curso para PROFESIONALES 'CORONAVIRUS COVID-19: patogenia, prevención y tratamiento'

Curso para CIUDADANOS 'Cómo prevenir la infección por Coronavirus (COVID-19)'

Recuerda que si tienes cualquier duda sobre la infección por CORONAVIRUS o su tratamiento, puedes consultar gratuitamente cualquier duda al equipo de profesionales de [SalusOne](#), a través de la sección PREGUNTA de la web o descargándote la App desde el [Google Play de Android](#) o [App Store de Apple](#).

Accede a través del link : <https://www.salusplay.com/blog/wikipedia-coronavirus/>

**DESDE LA AEM , ¡GRACIAS A TODOS LOS QUE OS ESFORZAIS
PORQUE SALGAMOS DE ESTA PANDEMIA!**

LAS COSAS QUE NO TIENEN PERDÓN

Que el Gobierno de España conociera la declaración de emergencia global de la OMS desde el día 30 de enero y no tomara ninguna medida de prevención y aprovisionamiento de recursos materiales hasta más de un mes después.

Que la demora en tomar medidas del Gobierno ha dado como consecuencia la expansión masiva de la epidemia y con ello la tasa altísima de muertes.

Que el número de profesionales sanitarios con positivo siga creciendo: 37.584, casi 500 más que ayer (26/4/20) por causa directa, en la mayoría de los casos, de falta de equipamiento de protección, realización de test, en su momento y para colmo, en ninguneo de los 7 días de cuarentena en vez de 14 como a todos los demás trabajadores. (Encuesta del Consejo General de Enfermería).

El no disponer de la protección necesaria y control de su estado periódico, ante algún síntoma compatible con posible contagio, se convierte directamente a los profesionales de la salud en diana del virus por sobreexposición. Al mismo tiempo en vectores de la expansión por su itinerancia en el puesto de trabajo en muchos casos. El primer paso en cualquier política epidemiológica es detectar el contagiado y su entorno y evitar otros contagios.

Que en las compras de material y test se hayan cometido tantas torpezas con adquisición y devoluciones. Tal vez, si las compras las hubieran realizado las CCAA, con sus proveedores habituales, habría sido más eficiente. No creemos que el Ministerio de Sanidad (que tiene poca autoridad desde las transferencias) esté en condiciones de convertirse en el mejor comprador, sino más bien en ser protagonista bajo la excusa del R. Decreto 463/2020

Que los españoles hemos visto reducidos nuestros derechos a mínimos por la situación excepcional de crisis sanitaria en nuestros derechos fundamentales (Capítulo 2º, Art. 17 punto 1, Art. 19, 21, 25 y 43) y lo asumimos en nombre de la salud todos. **Lo que no aceptamos es que los políticos estén en su línea habitual: la disputa en busca de réditos.**

Si el estado fuera una gran holding, que tiene sus similitudes, estarían reunidos o en comunicación todos sus gerentes buscando, únicamente, las soluciones a los problemas graves que hubieran surgido y, en reuniones más o menos largas, encontrarían soluciones aportadas entre todos y compartidas para poner en marcha de inmediato.

Pero, desgraciadamente, en esta situación, no es así. Nuestros "gerentes-políticos" que nos sobran más de la mitad, no son capaces de encontrar soluciones eficaces consensuadas para salir del gran problema.

Ellos, que no dan puntada sin hilo, continúan en su "juego político" creyéndose visionarios por no mencionar la trastienda de sus intereses de partido. Pero como todo es susceptible de empeorar en esta ocasión nos salva la declaración de "estado de alarma" que pone freno, solo en parte, a la contienda interminable de nuestro elegidos.

Que los sindicatos, supuestamente defensores de los trabajadores, no hayan respirado hasta bien entrada la crisis en todo lo relacionado con la salud laboral y las necesidades de equipamiento.

Con casi 290.000 delegados, casi 10.000 liberados y unos 60 millones de horas liberadas para su función sindical, ¿en que se han ocupado desde el primer aviso de la OMS sobre lo que se nos venía encima?

Claro que no me acordaba de sus ocupaciones en Consejos de administración y relaciones amables con todos los gobiernos de los últimos 20 años.

M^a. Ángeles Rodríguez Rozalén

EL MOTIVO DE LA AUSENCIA DE EPI'S PODRÍA ESTAR EN NO DAR IMPORTANCIA A LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

Especialmente en el sector público, se evidencia la ineficacia del actual sistema, reactivo ante riesgos como el coronavirus, restrictivo en dotarse de especialistas y donde a la mayoría de los servicios de prevención son escasos y/o deficientes en la vigilancia de la salud.

Lo cierto es que el virus ha dejado en evidencia el actual sistema de prevención de riesgos laborales y la seguridad y salud de los trabajadores. Según algunas asociaciones del sector, el sistema sanitario actual no es fuerte en la detección precoz y prevención de los riesgos que amenazan la seguridad y salud, como puede observarse en los resultados de esta pandemia por coronavirus, porque parece diseñado para esperar a que llegue la enfermedad para combatirla, en lugar de invertir en desarrollar condiciones seguras para los trabajadores. Es decir, es un sistema reactivo, cuando debería ser proactivo, anticipándose a los riesgos.

En el año 2011, el Real Decreto 843/2011 ya establecía los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. Entre estos criterios se indica que el número de profesionales sanitarios del "servicio sanitario del servicio de prevención y su horario será adecuado a las características de la población trabajadora a vigilar y a los riesgos existentes. Se considera una Unidad Básica Sanitaria (UBS) la constituida por un médico del trabajo o de empresa y un enfermero de empresa o del trabajo, a jornada completa.", especificando que la dotación mínima de profesionales sanitarios hasta 2.000 trabajadores será de una UBS.

Se venía sospechando que, en general, los sanitarios tenían una mala prevención de riesgos laborales, además de escasa o deficiente la vigilancia de la salud de los trabajadores hospitalarios, tanto en la pública como en la privada. Aunque hay hospitales bien dotados, hay centros en los que el

departamento de salud laboral brilla por su ausencia, con escasez de profesionales cualificados e incluso sin un contenido real, según la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo (AET). Esta asociación ha recordado recientemente que en los hospitales donde el Servicio de Prevención está ausente, "los trabajadores no saben cómo protegerse ni tienen formación ni información de calidad en cuanto a prevención de riesgos para su salud", lo que se ha puesto en evidencia con esta pandemia, que ha aflorado centros donde no había EPI's adecuados ni suficientes, confirmando es escaso peso de los servicios de prevención.

Este es el momento de luchar contra la epidemia pero no esta de menos recordar que el Código Penal, en su artículo 316, tipifica que "Los que con infracción de las normas de prevención de riesgos laborales y estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de 6 meses a 3 años y multa de seis a doce meses".





EL COVID-19 TIENE CONSECUENCIAS LABORALES Y ECONÓMICAS PARA LAS MATRONAS POR LO QUE SE PRECISAN NORMAS ESPECÍFICAS URGENTES.

El contagio por coronavirus en el puesto de trabajo se considera accidente laboral a todos los efectos, pero se sigue tramitando como contingencia común.

Es preciso que se declare enfermedad profesional y el procedimiento para su notificación.

No hay claridad, incluso dependiendo de la CA donde se trabaje se cobra una cantidad u otra en el sueldo. Pero ahora la urgencia es otra, es necesario que el Ministerio de Sanidad, el competente ahora en la materia, intervenga para cambiar el criterio de clasificación del personal sanitario contagiado por el coronavirus COVID-19.

Recordemos que el Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo, ya considera el contagio por coronavirus en el puesto de trabajo como accidente laboral a todos los efectos. Como consecuencia de ello el Criterio 4/2020 del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Dirección General de Ordenación, del 12 de marzo) determina que "se considerará toda situación de incapacidad temporal (IT) consecuencia del padecimiento de la Covid-19 como contingencia común y que desde el INSS se transformará en accidente de trabajo únicamente a efectos retributivos". En otras palabras, se considera excepcionalmente para estos casos la situación asimilada a accidente de trabajo, pero sólo exclusivamente en lo que se refiere a la prestación económica por incapacidad. Es decir, se considera IT común (enfermedad por contingencia común) pero se paga como accidente de trabajo. Es por ello que podríamos entender que, en estas circunstancias y según la normativa en vigor, solo se considerara accidente de trabajo si se demuestra una relación de causalidad con el ejercicio profesional (la diferencia entre accidente de trabajo y enfermedad profesional es principalmente el periodo de latencia, es decir, la enfermedad profesional es paulatina, en tanto que el accidente de trabajo es puntual). Esta cuestión no es baladí, puesto que en caso de muerte la indemnización es muy distinta.

Así las cosas y Dejando al margen la cuestión retributiva, que el Ministerio tendrá que aclarar para evitar los agravios comparativos entre CCAA, creemos que es preciso que el Gobierno cree el cauce para que se otorgue automáticamente el reconocimiento, a todos los efectos, no sólo retributivos, de accidente laboral a las bajas del personal del sector sanitario contagiados por Covid-19 en el desarrollo de su actividad profesional.

Actualmente no existe procedimiento especial para notificar los casos de coronavirus contraídos con motivo del trabajo, los contagios se tramitan como contingencia común por parte de los facultativos de AP con un código de enfermedad especial, con lo que la única vía actual para lograr el reconocimiento sería la reclamación de determinación de contingencia ante el INSS.

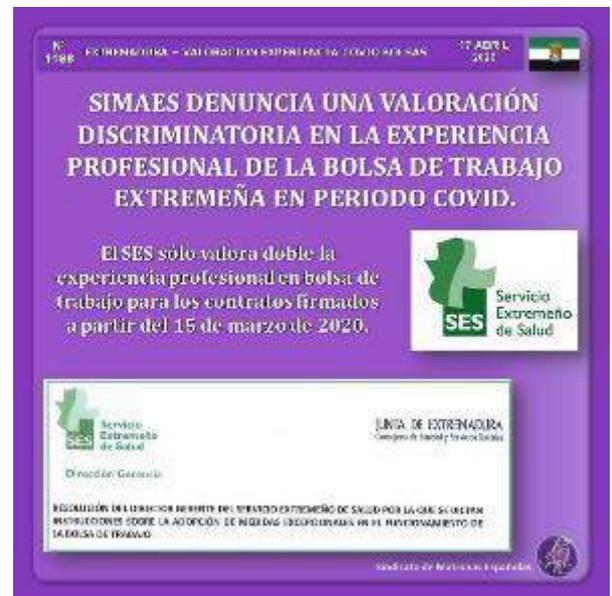
Por ello, SIMAES reclama el reconocimiento normativo expreso de accidente de trabajo para todos los sanitarios afectados por COVID-19, sin restricciones, incluido el reconocimiento como enfermedad profesional en el RD 1299/2006 (cuadro de enfermedades profesionales), con todas las consecuencias derivadas del mismo, no sólo a efectos de la prestación por incapacidad temporal, donde incluso existen variaciones entre CCAA, sino también ante la posibilidad de que, superado el periodo COVID, se puedan producir incapacidades laborales permanentes como consecuencia de las secuelas producidas por el virus.

SIMAES DENUNCIA UNA VALORACIÓN DISCRIMINATORIA EN LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LA BOLSA DE TRABAJO EXTREMEÑA EN PERIODO COVID.

El SES sólo valora doble la experiencia profesional en bolsa de trabajo para los contratos firmados a partir del 15 de marzo de 2020.

El Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES) ha presentado ante la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud (SES) una solicitud para que se modifique, por injusta y discriminatoria, la Instrucción Segunda de la Resolución por la que se dictan instrucciones sobre la adopción de medidas excepcionales en el funcionamiento de la bolsa de trabajo, del pasado 6 de abril, que a los efectos del cómputo de los servicios prestados para la valoración de la experiencia profesional del personal temporal en la bolsa de trabajo del SES determina que: "...los servicios prestados en el periodo comprendido entre el 15 de marzo de 2020 y la finalización de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por COVID-19, serán puntuados duplicando el número de días, para aquellos/as aspirantes que acepten algún nombramiento desde la fecha indicada".

La modificación solicitada, a requerimiento de varias afiliadas, se concreta en que se incluya en esa INSTRUCCIÓN un párrafo en el que se especifique que dicha bonificación en la puntuación sea aplicable a todo el personal temporal, desde el 15 de marzo de 2020 hasta que se levante la declaración del Estado de Alarma, con independencia del inicio de su contratación.





A LA POLÍTICA CONVENCIONAL LE SOBRA TESTOSTERONA Y LE FALTAN MUCHAS MÁS MUJERES EN EL PODER.

Es opinión de politólogos y psicólogos sociales que las mujeres están mas dotadas que los hombres para hacer buena política especialmente en situaciones críticas. Lo que nadie esperaba es que un suceso como este que estamos pasando confirmara esa tesis de un modo tan contundente.

Empecemos con un dato inicial que nos debería avergonzar: de 193 países que hay en el mundo solo 10, están dirigidos por mujeres.

Pues bien, contaremos la historia de algunos de ellos en esta crisis:



Ángela Merkel
(Alemania)

Empecemos por Alemania, Ángela Merkel científica de formación (licenciada en Física y Doctora en química cuántica), la revista The Atlantis dice que se ha ganado el título de "Científica en jefe". ¿Qué hizo? Pues, cuando se dio cuenta de la gravedad de la crisis en primer lugar se dirigió al país con un discurso memorable, les dijo una cosa que en Alemania y en alemán significa mucho: " Esto es la mayor guerra que tenemos delante después de la 2ª guerra mundial. Se puede contagiar el 70% de la población, esto va en serio, tomémoslo así". Y la gente la creyó. Se saltó las fases de negación y de ira , por la que han pasado casi todos los gobiernos y pasó directamente a la acción. Formó un gobierno paralelo permanente con los presidentes de los *landes* lo que sería en España las autonomías, hablando con ellos no una vez a la semana sino varias veces al día sobre los recursos sanitarios del país.

Movilizó a todas las empresas de biotecnología y a todas las facultades de medicina de todas las universidades alemanas y empezó a hacer test desde el primer día. Resultado: Alemania tiene proporcionalmente por su población menos contagiados y menos muertos que cualquier otro de los grandes países de la Unión Europea: 5500 muertos en un país de 83.000.000 de habitantes . España e Italia con la mitad de la población ,multiplican por cuatro- cinco los muertos de Alemania . En el mes de mayo ya van a abrir los colegios en Alemania.

La canciller lleva 14 años en el poder y tiene un 70% de popularidad en este momento, para que luego digan que el poder desgasta, realmente desgasta al que lo usa mal. Preservó a su país de la crisis económica mejor que ningún otro . Se comprometió a fondo en la crisis de los refugiados jugándose todo en política admitiendo a un millón de refugiados en Alemania, muchísimo más que los gobiernos progresistas. Siendo conservadora ha sido inflexible con la extrema derecha populista y ha bloqueado cualquier acuerdo con ella .Sostiene un gobierno de gran coalición desde hace siete años y ahora está encabezando la respuesta mas eficaz de todos los países desarrollados a la pandemia y su país es el mejor preparado para afrontar la recesión. El gran personaje político de este comienzo de siglo XXI.



Sanna Martin
(Finlandia)

Finlandia tiene la jefa de estado más joven del mundo, Sanna Martin,34 años, una millennial al frente del estado, señalando lo de millennial porque actuó como tal, además de reaccionar a toda velocidad, utilizó a los influencers de las redes sociales como agentes de cambio para sensibilizar a la población sobre medidas de higiene y el aislamiento además de evitar las fake news . Utilizó a los "bots" , se alió con los influencers y ellos son los que difunden masivamente todo lo que les suministra el gobierno. Recuerdo que Finlandia es el país más digitalizado del mundo. 172 muertos para 6.000.000 millones de habitantes En Madrid que hay 6.000.000 de habitantes van por 8.000 muertos.



Tsai Ing-wen
(Taiwan)

Taiwan, en cuanto su gobierno vio lo que estaba pasando en la China continental que la tienen al lado, no esperó ni un día. En enero tomó 124 medidas para bloquear el virus sin recurrir a los bloqueos, en enero Taiwan producía 2.000.000 de mascarillas al día, por cierto acaba de enviar 10.000.000 mascarillas a Europa y EE.UU. A día de ayer 6 personas fallecidas en una población de 24.000.000 de habitantes.

Islandia, desde el primer día ofreció test gratuitos para toda la población, sin distinguir entre sintomáticos o asintomáticos cuando la mayoría de los países los tienen limitados a personas con síntomas. Es el país que más test ha hecho en proporción a su población y además montó un sistema de seguimiento exhaustivo de las personas contagiadas aislando a todos sus contactos, lo que le permite tener los mejores datos del mundo sobre la propagación de la epidemia y por eso se ha permitido hacer no un confinamiento masivo, sino uno selectivo, obligatorio sólo para personas en riesgo. Y para incentivarlo prometió el sueldo completo a los que perdieran su empleo. No ha cerrado, escuelas, industrias ni comercios. En Islandia han perdido la vida 10 personas por el coronavirus.



Katrín Jakobsdóttir
(Islandia)



Jacinta Ardern
(Nueva Zelanda)

Nueva Zelanda, el país más exitoso del mundo contra el coronavirus, la primera ministra Jacinta Ardern cuando tenía 6 personas contagiadas y ningún fallecido en su país, llamó a la población a confinarse voluntariamente y cerró la frontera para que nadie pudiera entrar en el país. A la vez, ella y su gobierno se bajaron el sueldo un 20%. Total: 17 muertos en un país de 5.000.000 de habitantes .

Noruega , similar: confinamiento temprano, seguimiento exhaustivo de los casos pero la primera ministra hizo algo más : montó una rueda de prensa exclusivamente dirigida a los niños y solo ellos podían hacerle preguntas , no les ocultó nada, les explico que era correcto que estuvieran asustados y qué precauciones tomar, y la creyeron. Los niños noruegos hoy son los principales aliados del gobierno para forzar a sus padres al confinamiento y a tomar precauciones. Ella dijo que en una crisis como esta los niños deben sentir que se les toma en serio. 191 fallecidos en una población de 5.000.000 habitantes.



Erna Solberg
(Noruega)





Helle Thorning-Schmidt (Dinamarca)

Dinamarca repite el modelo: reacción rápida, cierre de fronteras antes que sus vecinos europeos, test masivos, seguimiento de los contagios, confinamiento selectivo, y también en este país se les garantiza el 70% del salario a los que se confinen voluntariamente aunque pierdan el empleo.

¿Qué tienen en común estos 7 países?

- ✓ Cifras de contagios y muertes muy inferiores a las de sus vecinos, máxima eficiencia en la lucha contra la pandemia.
- ✓ Máxima unión política y complicidad de toda la sociedad, gran confianza en los gobiernos.
- ✓ La previsión que soportarán mejor la recesión que viene con menos pérdidas de empleo y de empresas
- ✓ Una mujer liderando y dirigiendo el país.

No puede ser casualidad que sólo el 5% de los gobiernos del mundo están dirigidos por mujeres y en la lista de los 12 más eficientes el 60% están gobernados por una mujer. Estas cosas no suceden por casualidad. Además parece haber un estilo en común entre ellas, combinan tres elementos:

- ✓ Capacidad de decisión rápida e inmediatamente ejecutiva, mensajes efectivos, claros, transparentes y a la vez empáticos
- ✓ Estilo de comunicación completamente distinto al que estamos observando en otros lugares.
- ✓ Gran creatividad en las soluciones, buscando novedades.

Hay que insistir en los números porque lo que se está afirmando puede ser controvertido pero la realidad es que en Alemania muertos por 100.000 habitantes, 6,7, Dinamarca 6,8, Noruega 3,6, Islandia 2,8, Nueva Zelanda 0,3, en términos comparativos, España 47, Italia 42, Francia 33.

Se está hablando mucho de esto en la prensa internacional, mucho menos en España. El Washington Post dice: "Las mujeres han liderado las respuestas más rápidas a la epidemia y ahora están logrando la vuelta al trabajo más temprana. Tienen menos margen de error porque han demostrado ser más previsoras. Han lanzado las medidas más audaces y efectivas de protección social. Su liderazgo es más democrático, más eficaz, más colaborador y más compasivo".





COMUNICADO DEL MINISTERIO DE SANIDAD



Les informamos que el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España ofrecen un servicio telefónico de primera atención psicológica para:

Sanitarios y otros intervinientes que precisen de apoyo como consecuencia de su intervención directa en la crisis del coronavirus SARS-CoV-2: **TELEFONO: 91 700 79 90**

Población general con dificultades relacionadas con la alerta y la cuarentena por coronavirus SARS-CoV-2: **TELEFONO: 91 700 79 88**

Familiares de personas enfermas o fallecidas por el coronavirus SARS-CoV-2:
TELEFONO 91 700 79 89

El equipo, coordinado por María Paz García-Vera, catedrática de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid, está formado por 45 psicólogos profesionales, seleccionados por su especialización en la atención a estos colectivos en situaciones de crisis, emergencias, estrés y duelo, que atienden simultáneamente 15 líneas telefónicas desde un centro de atención en el que se garantiza la calidad del servicio y la confidencialidad profesional. El servicio está dirigido a personas de toda España con un horario ininterrumpido de lunes a domingo de 9.00h a 20.00h.

Subdirección General de Calidad Asistencial e Innovación
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
Ministerio de Sanidad
Paseo del Prado, 18-20. (28014-Madrid)
Tfno: 915964459/58
email: sgcalidadeinnovacion@mscbs.es

LAS MATRONAS “DANDOLO TODO” EN APOYO DE LAS MUJERES

Desde que saltaron todas las alarmas por la declaración de la OMS sobre la pandemia del coronavirus todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud tomaron medidas para evitar los posibles contagios, entre otras, limitando las visitas en zona de hospitalización.

La limitación de las visitas se hizo extensiva al acompañamiento durante el parto, a través de ordenes desde consejerías, gerencias o jefaturas de servicio, dejando a las mujeres sin posibilidad de compartir con su pareja la llegada de su hijo.

La matronas que conocieron la noticia se pusieron de inmediato en alerta también.

En la Comunidad Valenciana, la Asociación de Comares, CECOVA y la Asociación Española de Matronas escribieron a la Consejera pidiendo que se modificara de inmediato la normativa existente que prohibía la entrada del marido a al parto y en 24 horas se resolvió con una contraorden y las gestantes ya están acompañadas por una persona de su elección.

La noticia tuvo bastante resonancia en los medios y empezaron a llegar correos a la Asociación Española de Matronas solicitando ayuda de mujeres pendientes de parto, muy preocupadas.

La Asociación Extremeña de Matronas y la Asociación de Matronas de Aragón también han tenido que intervenir en la consejería correspondiente manifestando su posición al respecto a los beneficios del acompañamiento en el parto.



evidencia científica'.

Actualización de la noticia



LA CONSELLERIA MARCA NUEVAS DIRECTRICES POR EL CORONAVIRUS

Sanidad rectifica y las embarazadas podrán tener acompañante durante el parto

ESTEFANÍA PASTOR

ES NOTICIA Pedro Sánchez Coronavirus España Paro Coronavirus Valencia Michael Robinson Fases desescalada Jorge Javier Vázquez Sálvame Alfonso Merlos

Síguenos en

NACIONAL SEVILLA Inicio sesión | Registro

ABC MUJERES

España Internacional Economía Sociedad Madrid Familia Opinión Deportes Gente Cultura Ciencia Historia Viajar Play Bienestar Más

ABC FAMILIA Padres e hijos Parejas Educación Mayores Familia sana Planes con niños Mujeres Bebés

CORONAVIRUS

Las matronas denuncian a la Generalitat Valenciana tras querer imponer que las embarazadas den a luz solas

- El nuevo protocolo elaborado por la Consejería de Sanidad enviado a los hospitales contempla que «debe interrumpirse el acompañamiento de la mujer gestante en dilatación y paritorios»

Desde que se resolvió el problema sobre los acompañantes en la Comunidad Valenciana, la Asociación Española de Matronas mantiene una lucha continua con distintas CCAA.

En mas de 10 hospitales no dejan pasar al acompañante.

Ceuta y Melilla.

Se inició la petición a través del Director Territorial el día 15/4/20 y tuvimos buena cobertura mediática. En 48 horas también quedó resuelto el problema.

Castilla la Mancha.

Enviamos carta a Consejero de la Comunidad y Gerente del Hospital de Guadalajara. Contestó con razonamientos no convincentes y volvimos a escribir. Pendiente de respuesta.

Castilla y León.

Escribimos cartas a los Gerentes de los hospitales de Burgos, Segovia, El Bierzo, Sta. Barbara de Soria, Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila, Salamanca y Virgen de la Concha de Zamora.

También a la Consejera de Sanidad de la Junta. Pendientes de respuestas.

La Asociación Española de Matronas tiene competencias en todo el territorio nacional y no dejará de intentar resolver todos los problemas que se deriven de la situación actual a las mujeres y a las matronas



MATRONAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA PONEN EN MARCHA UNA INICIATIVA DE AYUDA ON LINE PARA LAS MUJERES

Consultas de Maternidad Solidaria

Ante la situación actual motivada por el coronavirus y la declaración del estado de alerta, las mujeres se han visto recluidas en un periodo de su vida en el cual, la formación e información es clave para el buen desarrollo de su embarazo. Las nuevas tecnologías están demostrando algo que ya sabíamos, que la telemedicina es una herramienta muy eficaz en la educación para la salud, y las matronas rápidamente, han dado respuesta a estas necesidades.

En estos tiempos, la solidaridad es necesaria. Creemos que la provincia de Alicante está comprometida, la respuesta de la sociedad ha sido responsable y nosotras como matronas, no podíamos ser menos.

Por eso ante el llamamiento del Colegio de Enfermería de Alicante, 31 matronas de todas las áreas de Salud de la provincia de Alicante junto con profesionales que tienen formación y trabajan en áreas específicas como la Violencia de Género, han creado una página web con el objetivo de aumentar el conocimiento de las madres sobre la transmisión del virus Covid-19, los factores de riesgo y las señales de alerta durante el embarazo y postparto, brindando así un asesoramiento, con el fin de reducir la preocupación en esta pandemia. Otro de los objetivos es acompañar tanto a mujeres que estén embarazadas como a las que acaban de ser madres y asesorar a las gestantes y a sus parejas.

La iniciativa, impulsada por Noelia Rodríguez, profesora de Enfermería del CEU en Elche y matrona del Departamento de Salud Vinalopó-Elche, junto a Montse Angulo, vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Alicante y matrona en el



Hospital San Juan de Alicante, se denomina "Consultas de Maternidad Solidaria", y pretende complementar a los recursos de consulta existentes por cada centro sanitario, reforzando así la asistencia online.

Con esta herramienta se puede dar una mayor rentabilidad y difusión de todos los talleres y formaciones que se realizan de forma diaria en atención primaria y en el hospital. Iniciativas como formaciones online de preparación a la maternidad-paternidad, del Departamento Marina Baixa, en Alcoy, Elda y otros departamentos, el uso de herramientas como Telegram, en Torrevejeja y Vinalopó el portal Yosalud y la web paritorios online, todos recursos para llegar a nuestra población diana. En estos tiempos de aislamiento, queremos que las mujeres embarazadas, las que han dado a luz recientemente, las que son madres primerizas o las que tienen dudas sobre la lactancia materna, las que precisan apoyo, **"no se sientan solas"**.

Las matronas que integran el proyecto, destacan como tema principal de las consultas, en la situación actual de pandemia, los cambios en los protocolos y procedimientos que en muchos departamentos de salud, se están haciendo y que hace más necesario aún el acceso a la información por una vía no presencial, tras la orden del confinamiento domiciliario", las cuestiones referentes al acompañamiento, las bajas laborales o cambio de puestos de trabajo. También destacar que muchas de las mujeres nos refieren estrés y necesidades de apoyo emocional junto con algunas cuestiones más técnicas.

El proyecto nace con el compromiso de responder a las dudas en un espacio de 24 horas después del envío del correo, salvo situaciones de mayor afluencia por desarrollo de esta crisis sanitaria", repartiéndose la atención online en momentos realizan actividades también en otros niveles y ven comprometida esta actividad a los tiempos de descanso", recuerdan que las consultas realizadas a profesionales son importantísimas para detectar problemas y complicaciones futuras y **"en ningún momento deben suplir una atención médica y legal presencial"**.

El link de la pagina:

<https://www.enferalicante.org/matronaonline/>

LAS MATRONAS IMPLICADAS EN LA INICIATIVA

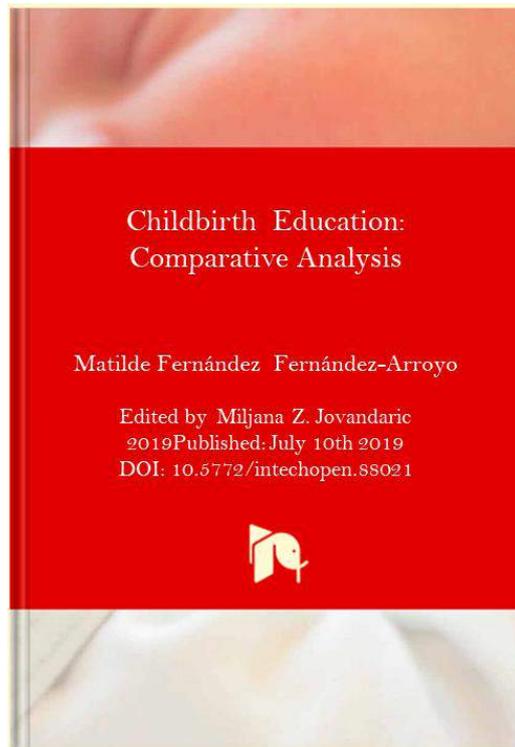


"EDUCACIÓN DEL PARTO: ANÁLISIS COMPARATIVO"

Ultima publicación de Matilde Fernández Fernández Arroyo

Los programas de educación prenatal son una poderosa herramienta para aumentar la salud maternoinfantil. Hoy en día, nadie conoce el enfoque educativo más eficaz. El objetivo del estudio es identificar las diferencias en el acercamiento y la metodología de las principales escuelas de educación del parto. La metodología incluye la revisión de bases de datos como PubMed, Embase, Lilacs, Scielo y Cochrane desde 2000; revisar los sitios web de las escuelas; estudiar la documentación utilizando el método comparativo; y el análisis utilizando una base de datos con Excel. Resultados analizados y comparados las cinco viejas escuelas y 12 de las nuevas escuelas emergentes. El capítulo concluye el enfoque conceptual y la metodología de las escuelas, lo que puede facilitar la elección de profesionales y diseño de investigación para aumentar la calidad de los programas.

Dada esta multiplicidad de métodos, Walker afirma que estamos en una encrucijada [14]. Las mujeres y sus parejas tienen, en el mundo desarrollado, más oportunidades de información sobre el embarazo y el trabajo de parto que nunca, pero ¿realmente les llega esta información de una manera que son capaces de aplicar a su experiencia personal? ¿Sabemos cuál es el mejor método educativo? ¿Sabemos qué elementos deben incluirse en los programas educativos para obtener los mejores resultados? Los profesionales que trabajan en la educación prenatal necesitan entender la situación actual de la mujer y ser capaces de guiarlas en la toma de decisiones informadas basadas en evidencia científica. También es necesario erradicar la creencia actual de que la tecnología y las intervenciones médicas garantizan el bienestar y la seguridad de las mujeres durante el parto. Por lo tanto, la educación de las mujeres y sus parejas sobre el cuidado durante el embarazo, el trabajo de parto y el período posparto sigue siendo, en el siglo XXI, un tema de gran preocupación para recuperar la experiencia del parto de las mujeres y restablecer el nacimiento de un ser humano como parte integral de la experiencia familiar desde el comienzo del embarazo.



Esto es todo un logro, y demuestra el alcance y el uso de su investigación publicada intechOpen.

Visibilidad: más de 100 investigadores de todo el mundo leen, descargan e interactúan con el contenido.

Impacto: la investigación claramente tiene influencia dentro de la comunidad científica.

Conectividad: investigadores de todo el mundo han podido conectarse con la investigación para desarrollar aún más sus propios proyectos

"Educación del parto: Análisis comparativo"
Escrito por: **Matilde Fernández Fernández-Arroyo**

Editado por: **Miljana Z. Jovandarić y Svetlana J. Milenković**

Disponible en:

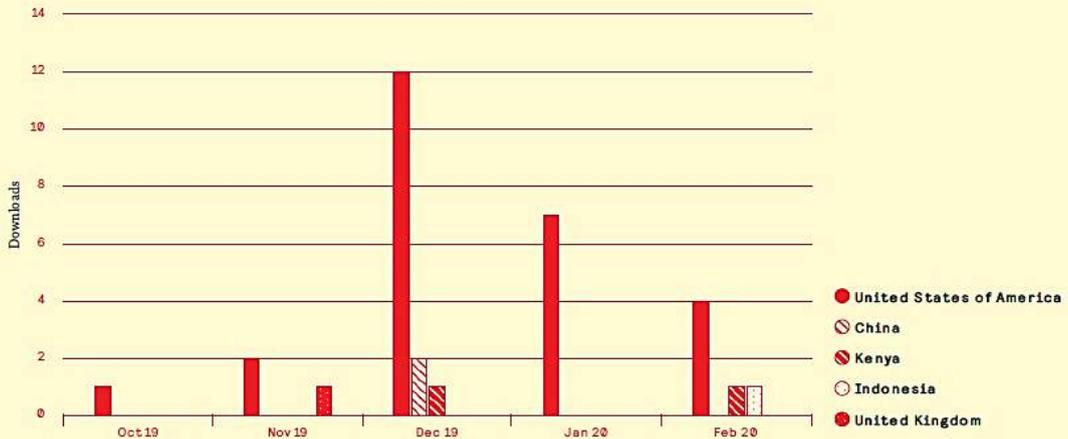
<https://www.intechopen.com/books/childbirth/childbirth-education-comparative-analysis>,

VER GRAFICAS 

IntechOpen

Chapter: Childbirth Education: Comparative Analysis

Cumulative Downloads By Countries/Time Frame | TOTAL 100



Cumulative Downloads By Countries | TOTAL 100



INTECHOPEN LIMITED, Registered in England and Wales, No. 11085678, 7th floor, 10 Lower Thames Street, London, EC3R 6AF, United Kingdom. P: +44 (0) 20 3372 6202 / W: intechopen.com / E: info@intechopen.com



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON UN REGISTRO NACIONAL DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON COVID 19.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda en su reunión del 23/03/2020 (Acta nº 6/2020) tras la evaluación del estudio.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda en su reunión del 23/03/2020 (Acta nº 6/2020) tras la evaluación del estudio. Una parte del mismo es determinar de manera objetiva la ansiedad y la información recibida por las pacientes. Para ello, se ha creado un cuestionario de autocumplimiento dirigido a las mujeres embarazadas. Las matronas de los hospitales participantes se están encargando de la difusión de este formulario mientras los ginecólogos se están encargando más del registro de los casos y sus complicaciones.

El cabecero del cuestionario para las mujeres:

LA PERCEPCIÓN DE LAS EMBARAZADAS CON COVID 19 SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA ACERCA DE LA INFECCIÓN DURANTE EL EMBARAZO/PARTO Y POSTPARTO.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nos encontramos ante una situación de especial sensibilidad. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae que posteriormente ha sido denominado COVID 19. Como bien sabe, se trata de una enfermedad transmisible que actualmente afecta a muchos países a nivel mundial y entre ellos el estado español. El objetivo del presente estudio se basa en conocer su opinión sobre la información que usted ha recibido durante el embarazo y para ello se ha creado un cuestionario de auto cumplimiento.

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello se altere la relación con su médico y/o matrona ni se produzca perjuicio alguno en su atención.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

El tratamiento y la comunicación de los datos de carácter personal de todas las participantes se ajustará al reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD) y la normativa nacional de aplicación, ley de protección de datos de carácter personal, y la ley 41/2002, ley básica reguladora de los derechos y obligaciones en materia de formación y documentación clínica.

Las matronas podemos colaborar facilitando esta información a las gestantes que atendemos (embarazo, el parto y puerperio) invitándolas a participar en la encuesta, indicándoles el link donde se aloja:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSekkslp-auvalFXJIWA8Ez9t9D8N1lhkcQOX55ZKovQtHJxg/viewform?vc=0&c=0&w=1>

Para cualquier duda contactar con el mail: estudiogestantescovid19@gmail.com

AYUDAS Y SUBVENCIONES POR ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS COLEGIADOS A CONGRESOS, JORNADAS, SIMPOSIUM Y ACTOS CIENTÍFICO

La mayoría de colegios de Enfermería disponen de estas ayudas

El Colegio Oficial de Enfermería de Madrid considerará en todos los casos si tales actividades pueden redundar en beneficio del interesado y del colectivo profesional.

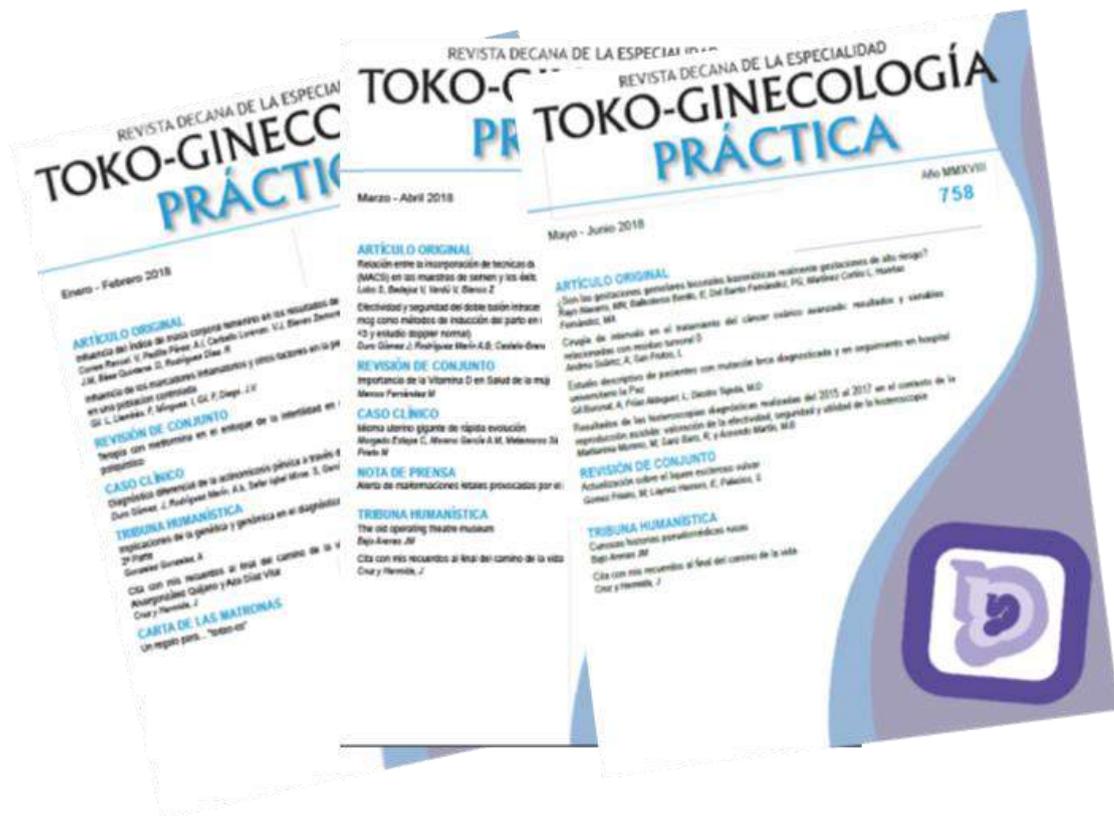
Nota: no se concederán ayudas económicas a aquellos Congresos, Jornadas, Simposios, etc., que se celebren virtualmente

Normas para la solicitud de ayudas

1. Podrán beneficiarse de las ayudas todos la/os enfermeras/os colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, siempre que se encuentren al corriente de pago de las cuotas colegiales y mantengan una antigüedad mínima de seis meses anterior a la celebración del evento.
2. No haber sido sancionado por la Comisión Deontológica del CODEM ni estar inmerso en cualquier otro proceso sancionador.
3. Las jornadas, congresos u otros actos científicos, siempre tiene que estar relacionados con la profesión.
4. Se concederá solamente una ayuda por enfermero y año.
5. Se deberán solicitar con un máximo de 60 días después de la celebración del acto.
6. En ningún caso podrán optar a la ayuda por inscripción, profesionales o ponentes invitados a estos actos.
7. Las ayudas económicas se harán efectivas por parte del CODEM dentro del mes siguiente al de la formalización de la solicitud de ayuda, mediante transferencia bancaria a la cuenta indicada en la solicitud.
8. Las ayudas se solicitarán, mediante el correspondiente formulario de solicitud, bien a través de la página Web del CODEM (el impreso se podrá descargar on line) o en las oficinas del mismo (Avda. Menéndez Pelayo, 93)
9. Para optar a la ayuda de inscripción, esta deberá haber sido abonada directamente por la colegiada/o en cuestión, debiendo constar su nombre y apellidos en el justificante de pago. No se concederá ayuda a aquellos/as colegiados/as cuya inscripción haya sido abonada por un tercero (empresas del sector, laboratorios, entidades u otros).
10. Para formalizar la solicitud de ayuda económica será preciso aportar la siguiente documentación:
 - Formulario de solicitud debidamente cumplimentado.
 - Justificante nominativo de pago de la inscripción.
 - Justificante del Diploma o Certificado de asistencia.
 - Fotocopia del programa donde se especifique la presentación de la ponencia, comunicación o póster, en su caso.
 - Las ayudas por ponencia, comunicación y póster, serán compatibles con la subvención por inscripción. Se subvencionara por uno de los trabajos presentados, en su caso, por el de mayor importe.
 - <https://www.codem.es/ayudas-por-asistencia-a-congresos>

La documentación se puede entregar en las oficinas del Colegio o enviarlas por email a oficina@codem.es.

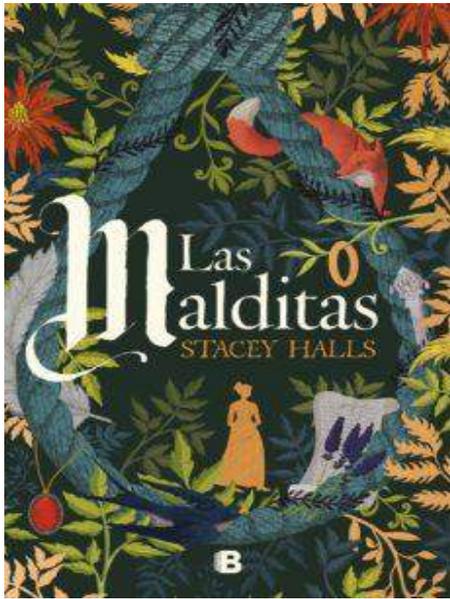
¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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



Novela inspirada en los juicios por brujería de Pendle de 1612, donde la amistad entre dos mujeres se forja a través de las vicisitudes que tienen que superar.

Fleetwood Shuttleworth tiene diecisiete años, está casada y embarazada por cuarta vez. Como señora de Gawthorpe Hall, en el condado de Lancaster, todavía no ha conseguido traer al mundo un bebé que sobreviva al parto y su esposo Richard es eso precisamente lo que más ansía: un heredero.

Cuando Fleetwood descubre una carta oculta del médico que la atendió en su último embarazo, sabe que es ella quien no sobrevivirá esta vez.

Pero entonces su camino se cruza con el de Alice Gray, una jovencísima partera y curandera que le promete que le ayudará a dar a luz a un bebé sano, el heredero que todos esperan y que convertirá a Fleetwood, por fin, en auténtica señora de su la mansión y sus las tierras. Sin embargo, el rey Jacobo , consciente de que el condado de Lancaster se ha convertido en un nido de conspiradores, sabe que una buena manera de instaurar el orden es infundir miedo y temor entre sus habitantes.

Y así arranca la caza de brujas más terrible de la historia de Inglaterra, una caza en la que cualquier

LAS MALDITAS

Una novela sobre la amistad entre mujeres en un tiempo en que el hecho de ser mujer era posible condena de muerte.

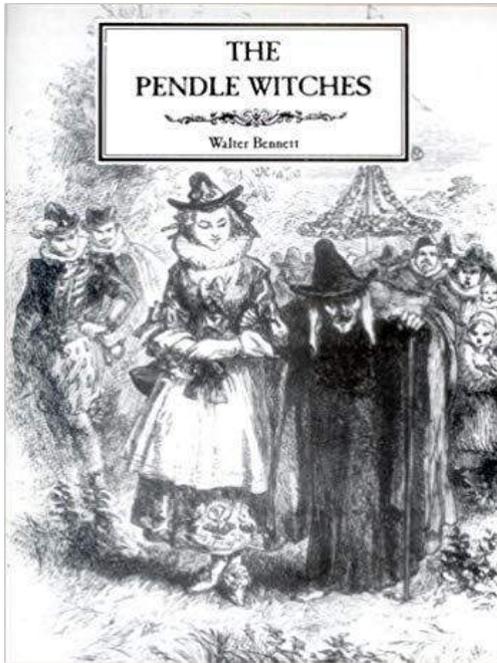
HALLS, STACEY Editorial B EDICIONES
 Año de edición:2020
 Materia Narrativa ISBN: 978-84-666-6702-9
 Páginas: 400
 Colección: Histórica

joven con conocimientos médicos se vuelve sospechosa. Conforme el juicio de las brujas de Pendle se acerca, Fleetwood y Alice saben que se necesitan la una a la otra a la otra.

APUNTE HISTÓRICO

Fleetwood y Richard Shuttleworth, Alice Gray, Roger Nowell, la familia Device, así como muchos personajes más de la novela existieron en la vida real, pero Las malditas es una obra de ficción. Fleetwood Shuttleworth (nacida en 1595) era señora de Gawthorpe durante los juicios a las brujas, y dio a luz a su primer hijo en 1612, pero nada en la historia la vincula con Alice. Sin embargo, su esposo Richard estuvo presente en las audiencias —en las que Alice Gray y las otras diez brujas de Pendle fueron juzgadas en agosto de 1612—, posiblemente porque el juicio despertó un profundo interés en la época. Se sabe muy poco de Alice Gray aparte de lo referido por Thomas Potts en su versión del juicio, *The Wonderfull Discoverie of Witches in the the Countie of Lancaster*.

Por alguna razón desconocida, la transcripción de Alice no quedó registrada en el libro de Potts. A día de hoy, sigue siendo un misterio por qué fue la única de las brujas de Pendle que quedó absuelta.



Cuando la mayoría de la gente piensa en un notorio juicio por brujas, sus mentes van automáticamente a Salem, Massachusetts, en 1692. Sin embargo, el título del juicio más influyente en el siglo XVII corresponde a los Juicios de Brujas Pendle de 1612. Doce personas fueron acusadas de brujería. Sin embargo, una murió bajo custodia y otra fue juzgada en York, solo diez llegaron al juicio en los Lancaster Assizes. Este juicio fue el primero en Inglaterra por varias razones. No solo estaba bien documentado en una publicación titulada *The Wonderfull Discoverie of Witches in the Countie of Lancaster*, sino que también fue el primer ejemplo de aceptación del testimonio de un niño en un juicio. Este precedente sobre el uso de niños testigos se utilizó más tarde en Estados Unidos, lo que condujo a la histeria en Salem.

La mayoría de los acusados en los Ensayos de las Brujas Pendle eran de las familias Demdike y Chattox.

Ambas estaban encabezadas por viudas ancianas que vivían en la pobreza: Elizabeth Southernns, conocida como "Old Demdike" y Anne Whittle, mejor conocida como "Mother Chattox".

A estas mujeres se las denominaba familiarmente como "brujas", ya que eran las sanadoras incluso aunque no se ha demostrado, parece que actuaban también como parteras, que se ocupaban de hierbas y medicinas y eran aceptadas en la aldea.

El Rey James I vio a estas sanadoras con prevención y sospecha, ya que un grupo anterior conocido como las Brujas de Berwick supuestamente hicieron un intento previo contra su vida. Su libro de 1597 *Daemonologie* pretendía convencer a la gente de la existencia de la brujería, pero también inspirar la persecución de las brujas con nuevo fervor. Esta persecución se extendió a aquellos que no parecían apoyar la religión de la tierra, el protestantismo. Los juicios de Pendle Witch (Las Brujas de Pendle) ocurrieron menos de un siglo después de la disolución de los monasterios, un período en el que Inglaterra todavía sospechaba de cualquier signo de catolicismo. Lancashire, donde se celebró el juicio, siempre fue vista como un área sin ley por los del sur, ya que la gente mantuvo los valores católicos, de hecho volvieron al catolicismo al regreso de la reina María Tudor. Durante 1612, cada Juez de Paz debía compilar una lista de aquellos que se negaban a asistir a la iglesia o comulgar.

En la edad media muchas mujeres que eran sanadoras benéficas, parteras, fueron perseguidas. Se las asimilaba como brujas, símbolos de paganismo, adoradoras de la naturaleza que confeccionaban remedios herbales, tenían la sabiduría de la tierra y mentalidad ecológica, frente a los que las querían ver como proveedores de locura o instigadoras y partícipes de abuso infantil satánico. Sin embargo solo se trataba de mujeres que, con generaciones de experiencia transmitidas (generalmente de forma oral y comprometidas con la memoria), podían ayudar a las mujeres de la aldea a dar a luz de la manera más segura posible.

La realidad es que en las brujas de Pendle no hay evidencias de que fueran parteras, su aparición en el libro de Stacy Halls es una licencia narrativa de la autora.

Rosa M^a Plata Quintanilla

**AVISO IMPORTANTE:****PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM
DEPENDIENTE DE LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA DEL
CORONARIRUS**

Por razones ajenas a la Asociación Española de Matronas, relacionadas con la logística, ha sido necesario modificar las fechas de los cursos ya programados para mayo y octubre de 2020.

1-CURSO DE ECOGRAFIA BASICA PARA MATRONAS

Fecha definitiva: 11 de mayo 2020

Horario: mañana de 9:00 a 14:00h/tarde de 16:00 a 20:00h.

2- CURSO DE RECUPERACIÓN DE SUEÑO PÉLVICO

Fecha definitiva: 12, 13 y 14 de mayo 2020

Horarios: (día 12) mañana de 9:00 a 14:00h. / 16:00 a 20:00h.

(día 13) mañana de 9:00 a 14:00h. / 16:00 a 20:00h.

(día 14) mañana de 9:00 a 12:30h.

3- CURSO DE VALORACION FETAL INTRAPARTO

Fecha definitiva: 5, 6, 7 y 8 de octubre 2020

Horarios: solo tardes de 15:30 a 20:30h.

4- ACTUALIZACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA PARA MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Fecha definitiva: 19, 20, 21, 22 y 23 de octubre 2020

Horarios: mañanas de 9:00 a 14:00h.

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.



CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

Día 12/mayo/2020. Mañana	De 09:00h a 14:00h.
Día 12/mayo/2020. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
Día 13/mayo/2020. Mañana	De 09:00 a 14:00h.
Día 13/mayo/2020. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
Día 14/mayo/2020. Mañana	De 09:00h. a 12:30h.

CANCELADOS

Matricula:

Socios y vinculados: 30 €

Residentes: 80 €

No asociados: 100 €

Plazos de inscripción

De 3/02/2020 a 20/04/2020

LUGAR : Se indicará a los matriculados en su día

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

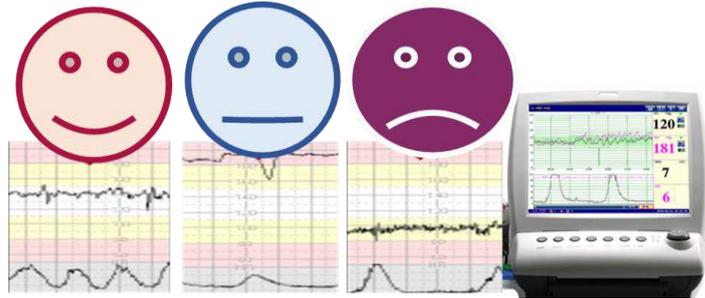
Solicitada acreditación del Agencia de Acreditación de Formación Continua del S.N.S





DEPENDIENTE DE LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA DEL CORONARIRUS

CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO



NUEVA EDICIÓN: días 5, 6, 7, y 8 de octubre 2020

Objetivos

- ✓ Actualizar / reforzar / capacitar sobre conocimientos y habilidades prácticas para interpretar los datos obtenidos de la valoración fetal durante el parto.
- ✓ Señalar los pasos necesarios para realizar una valoración fetal sistemática durante el parto.
- ✓ Identificar aquellas situaciones en las que existen interferencias en el intercambio transplacentario de gases así como aquellas que requieren intervención inmediata.
- ✓ Definir las intervenciones que se derivan de la valoración fetal, con especial atención a las que deben realizarse cuando se detecta un patrón de estrés o de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

FECHAS: 2020
Horario: tardes 15:30-20:30h

LUGAR: Cavanilles, 3
28007 Madrid

Matrícula:
Socios y vinculados: 20 €
Residentes: 70 €
No asociados: 90 €

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

PLAZO DE INCRIPCIÓN: de 3 de febrero a 20 de septiembre 2020

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Solicitada acreditación del Agencia de Acreditación de Formación Continua del S.N.S



www.aesmatronas.com

APLAZADO AL 22, 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2020



SECAVITE, 4 AL 6 JUNIO 2020

Mujer: tu salud es la nuestra

**CONGRESO
20 NACIONAL
DE MATRONAS**
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



www.aesmatronas.com



La sede del Congreso: entorno excepcional

¿Te vas a perder los talleres precongreso?



APLAZADO AL 22, 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2020

JUEVES 22 DE OCTUBRE 2020

TALLERES (Precongreso)

HORARIO (Mañana)	TÍTULO	PONENTE
10:00- 14:00h		
Taller 1	Suelo pélvico, más allá de la teoría	Lola Serrano Raya Matrona
Taller 2	Suturas y anudados	Remedios Climent y Marta Benedí (Matronas)
Taller 3	Asesoramiento en LM: abordaje desde la práctica	Cintia Borja Herrero. IBCBL Enfermera Pediátrica
Taller 4	Emergencias Obstétricas: <ul style="list-style-type: none"> Distocia de hombros Hemorragias Eclampsia RCP 	Grupo Español para la prevención de PBO

PROGRAMA PROVISIONAL DEL XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
Alicante, 22, 23 y 24 de octubre 2020



JUEVES 22 DE OCTUBRE DE 2020

HORARIO

ACTIVIDADES

(Tarde) 16:00h

16:00h

INAUGURACIÓN OFICIAL

Acto Inaugural, Bienvenida y presentación del XX Congreso Nacional de Matronas

16:30h.

CONFERENCIA INAUGURAL:
“Prehistoria, género y matemáticas”
D. Francisco A. González Redondo. Doctor en Filosofía y Matemáticas. Profesor en U.C.M



17:10h.

MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA

PONENTES

17:10h.

Consulta Preconcepcional de la matrona

Teresa Molla. Matrona.

17:40h.

“Lactoferrina: solución eficaz para la anemia ferropénica durante el embarazo. Últimos avances y estudios científicos”

Pilar Mier. Ingeniera Química

18:10h.

PAUSA CAFE

Continuación

18:30h.

Vacunas y embarazo

Noelia Rodríguez. Matrona

19:00h.

Microbiota y embarazo

Dra. Marta Selma.

19:30h.

Prasterona: nueva alternativa terapéutica para el síndrome genitourinario de la menopausia.

Dr. Sánchez Borrego

20:00h

Suelo pélvico: el gran olvidado.
 Lo recuperaremos. Tecnología HIFEM

Lys García Villaplana.
 Matrona.

José Ignacio Mazzanti

20:30

COCKTAIL DE BIENVENIDA

23/10/20

VIERNES 23 OCTUBRE 2020

DIA 5 (Mañana)	ACTIVIDADES	PONENTES
9.00-11.00	COMUNICACIONES ORALES	
11.00	PAUSA CAFÉ.	
	MESA ÉTICO-LEGAL	
11.30-12.45h.	Legislación para matronas: Toma de decisiones Consentimiento Informado: Quien, cómo y cuando	José Pascual Fernández Gimeno. Abogado Isabel Castelló López. Matrona
12:45- 13:45h	MESA DEBATE: VIENTRES DE ALQUILER vs MATERNIDAD SUBROGADA	
12:45h.	Visión de las dos diferentes posturas y tiempo de preguntas y debate.	Nuria González López Abogada Independiente especialista en Derechos Humanos Dra. Modesta Salazar Agulló. Matrona
DIA 23/10/20 (Tarde)	VIERNES 23 DE OCTUBRE 2020 TARDE	
16:00h.	MESA ESPECIAL AL AIRE LIBRE	
16:00h.	Alternativas en ejercicio físico en los programas de preparación a la maternidad	Noelia Benito Vicente. Matrona Ana Carmen Esono Ruiz-Botau. Matrona
17:00h.	PAUSA CAFÉ.	
17:30h.	MESA ATENCIÓN INTEGRAL	
17:30h.	Buenas prácticas en duelo perinatal	D. Paul Cassidy.
18:00h.	La salud mental perinatal	Dra. Lluisa García.
18:30h.	Tecnología. TICs para matronas Debate	D. Adrián Sarriá Cabello
19:00h	COMUNICACIONES ORALES	
21:30	CENA DEL CONGRESO (NO GALA- DISFRACES)	

SÁBADO 24 DE OCTUBRE DE 2020

DIA 24/10/20
(Mañana)

TÍTULO

PONENTES

9:00-11.00h

MESA MISCELANEA

09:00h.	Anquiloglosia y lactancia materna: evaluación por la matrona	Lucia Moya Ruiz. Matrona Marcos Camacho Ávila. Matrón
09:30h.	Estado actual de implantación de la Estrategia de atención al parto normal (EAPN	Soledad Carregui Vilar. Matrona
10:00h.	“Intervenciones no clínicas para la reducción de cesáreas: Proyecto QUALI-DEC” Debate	Ramón Escuriet. Matrón Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna-URL. BRNA

11:00h

PAUSA CAFÉ.

11:30h

MESA RESIDENTES

11:30h.	Intercambio intergeneracional: Inquietudes residentes y del colectivo en general	Lorena Sánchez Alvarez-EIR Matronas María José Alemany. Carmen Molinero Fraguas
---------	---	---

12:30h.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA “TOMANDO EL PULSO A LAS MATRONAS”

12:30h.	“Hemos tomado el pulso de las matronas”	M ^a Ángeles R. Rozalén
---------	---	-----------------------------------

13:00h.

CONFERENCIA CLAUSURA:
Las desconocidas aportaciones a la matronería de Florence Nightigale vigentes más de un siglo después.

Rosa M^a Plata Quintanilla.
Presidenta AEM

13:50h.

LECTURA DE CONCLUSIONES

ENTREGA DE PREMIOS:

Mejor comunicación.

Mejor poster.

ENTREGA PREMIOS “Maribel Bayón 2019”.
PRESENTACIÓN DEL XXI Congreso Nacional de
Matronas

Secretaria Ejecutiva
Presidenta del Congreso
Presidenta AEM

14:30h.

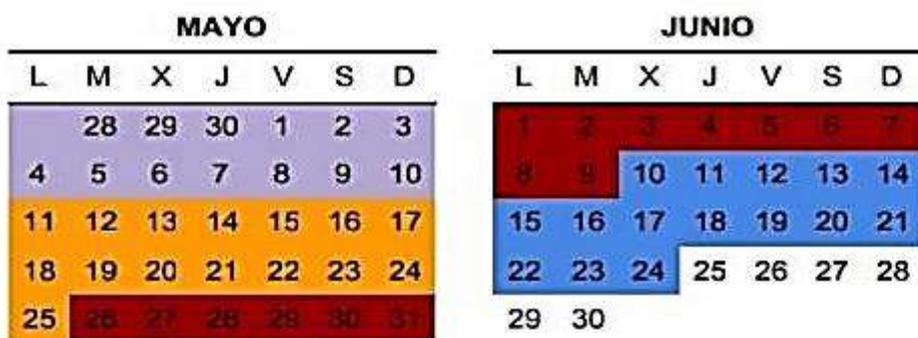
FIN DE CONGRESO

+ de 42 AÑOS + de 42 LOGROS



www.aesmatronas.com

FASES DE LA DESESCALADA



Salida controlada de menores	Apertura de comercio excepto centros comerciales.	Apertura del interior de locales a 1/3 de su aforo	Flexibilización de la movilidad general.
Deporte individual al aire libre	Apertura de restauración con un 30% de ocupación en terrazas.	Apertura excepcional de centros escolares para clases de refuerzo o la selectividad.	Centros comerciales a un 50% de su capacidad y con una distancia de 2 metros.
Locales con cita previa para tener llevar comida a domicilio	Apertura de hoteles y alojamientos turísticos excluyendo zonas comunes.	Cines, teatros y similares a 1/3 de su aforo.	Mayor aforo en restauración, preservando las distancias de seguridad.
Entrenamiento individual de deportistas profesionales	Lugares de culto a 1/3 de su capacidad	Equipamientos culturales a 1/3 de su aforo. Si es al aire libre, máximo 400 personas sentadas.	
Preparación de todos los locales públicos con medidas de protección	Apertura de centros de alto rendimiento deportivo.	Lugares de culto al 50% de su aforo.	

Conceptos generales:

- La provincia es la unidad territorial de medición.
- La duración de las fases será como mínimo de dos semanas cada una y el avance irá condicionado a indicadores de salud pública y a la evolución de los datos.
- La desescalada será asimétrica según la evolución de cada provincia.
- Inicio de la nueva normalidad como mínimo a partir del 25 de junio: Se permite el desplazamiento entre provincias y se siguen manteniendo las normas de seguridad y distancia social.

