



INFORMATRONAS



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS JUNIO 2020 N.º 48



COMPARTIMOS BUENAS Y MALAS NOTICIAS
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE LAS MATRONAS
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 ESTÁ PASANDO INFORMACION COMPARTIMOS
 CUENTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 ESTÁ PASANDO INFORMACION COMPARTIMOS
 QUE CUENTAN HEMOS LEIDO
 COMPARTIMOS INFORMACION
 NOTICIAS BREVE ASANDO
 QUE LAS CUENTAN ESTÁ PASANDO
 COMPARTIMOS MATRONAS
 NOTICIAS BREVES INFORMACION
 BUENAS NOTICIAS ESTÁ PASANDO
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 ESTÁ PASANDO INFORMACION COMPARTIMOS
 CUENTAN QUE HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES
 CUENTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE PARA
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 ESTÁ PASANDO INFORMACION COMPARTIMOS
 DICEN QUE CUENTAN QUE NOTICIAS BREVES
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN

*El tamaño de una
 mentira suele ser el
 resultado del largo de
 la explicación por el
 ancho de la excusa*



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 Fraguas
- Rosario Sánchez Garzón
- Ana Martínez Molina
- Andrea Herrero Reyes
- Pilar Medina Adán
- Lucía Moya Ruiz

En éste número...

ESPECIAL I:

- SEGURIDAD O RIESGO...ESE ES EL DILEMA

ESPECIAL II:

- REFLEXIONES DE UNA MATRONA

HEMOS LEÍDO:

- UN ESTUDIO APUNTA QUE UN 44% DE LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO INFECCIÓN LEVE O ASINTOMÁTICA TIENE UN NIVEL DE ANTICUERPOS MUY BAJO.
- OCHO HOSPITALES MADRILEÑOS INVESTIGAN LA MELATONINA EN PROFILAXIS FRENTE A LA COVID-19 EN SANITARIOS

MUY INTERESANTE: ACTUALIDAD COVID-19

- SANITARIOS "DESECHABLES"
- LA MATRONA QUE SALVÓ A ANTONIO VIVALDI
- PENSAMIENTOS EN EL DIA INTERNACIONAL DE LA MATRONA
- TRAJES DE PROTECCION PREDECESORES DE LOS EPIS
- RESUMEN VISUAL DEL MANEJO DE EMBARAZADA Y RECIEN NACIDO DEL M. DE SANIDAD
- CURSO ON LINE SOBRE SALUD VAGINAL ACREDITADO Y GRATUITO
- CORONAPEDIA

BREVES:

- COMUNICADO AMREF
- NOTICIAS DE SIMAES

BUENAS NOTICIAS:

- NUEVA EDICIÓN DE LOS CONSEJOS DE TU MATRONA
- EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE MADRID REQUIERE A LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD
- 5 DE MAYO DIA DE LA MATRONA: LAS DECLARACIONES DE LAS AUTORIDADES MUNDIALES DE SALUD SOBRE LAS MATRONAS
- LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS HACE UN LLAMAMIENTO
- CLAUSURA DIFERENTE EN LA UNIDAD DOCENTE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
- UNESPA PONE EN MARCHA UN FONDO DE 38 MILLONES DE EUROS ...
- COMUNICADO DEL MINISTERIO: ATENCIÓN PSICOLOGICA.
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON UN REGISTRO NACIONAL DE LAS COMPLICACIONES ...
- CONVOCATORIA URGENTE DE EXPRESIONES DE INTERÉS DEL ISCIII PARA... COVID-19
- NUEVA CONVOCATORIA PREMIOS METAS
- ALGO SE MUEVE

PERLAS JURIDICAS:

- LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN, SOLIDARIAMENTE A ZÚRICH INSURANCE PLC ESPAÑA HAN SIDO CONDENADOS A PAGAR 200.000 EUROS

LECTURA RECOMENDADA

- BRUJAS,COMADRONAS,ENFERMERAS

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



SEGURIDAD O RIESGO...ESE ES EL DILEMA

Algo ha cambiado desde el último artículo, la mayoría de España ya está en la fase 1 de desescalada. Las últimas noticias ya no hacen casi referencia a la pandemia, el debate se centra más en dos temas: las pugnas políticas entre unos y otros por un lado, y el cambio de los aplausos a los profesionales por las caceroladas al gobierno.

Y en medio de todos, los profesionales sanitarios infectados sigue subiendo a más de 50.000, increíble pero cierto, y eso que todas las comunidades autónomas presumen ya de tener material suficiente. Posiblemente ahora se están haciendo más test o pruebas PCR que antes no se hacían y eso incrementa la cifra, pero no se puede afirmar nada con seguridad, lo que está claro es que no debe preocupar mucho cuando nadie se pone a investigar lo que ocurre y ha ocurrido de verdad, más allá de no tener material en el inicio de la pandemia o no testar a todos los profesionales desde el inicio.

No sé a vosotras y vosotros, pero cuando veo imágenes en la TV, en el inicio de esta recién estrenada fase 1, de gente agrupada en terrazas de bares o la playa, se me ponen los pelos como escarpas y no quiero imaginar cuando avancemos de fase. Posiblemente no haya que esperar al temido otoño para que haya repuntes o rebrotes de esta enfermedad por COVID 19. En general, y puede que por saturación, se nos ha olvidado que seguimos en riesgo, el maldito virus convive con nosotros sin saber cómo combatirlo más allá de las medidas de distanciamiento social e higiene, que muchos españoles incumplen incluso cuando la mascarilla ya es obligatoria por ley.

Y mientras este es el contexto general, en nuestro ámbito laboral una cosa ha cambiado, en la mayoría de hospitales españoles se hacen test a TODAS las gestantes. La modalidad puede ser diferente: test rápido de anticuerpos totales (ACT), test rápido de IgG e IgM, serología en sangre o análisis de proteína C reactiva (PCR). También puede variar el momento: al acudir a puertas de urgencias obstétricas y ginecológicas, al ingreso, ante intervención quirúrgica programada (cesáreas, legrados) o ingresos programados en el caso de inducción programada 24 o 48 horas antes. Las diferencias están en función de la variedad de protocolos, de los departamentos, de los test de que dispone el centro o de la importancia que se le da a uno u otro servicio (no todos han sido tratados por igual y se han priorizado unos ante otros). Lo mismo que ha ocurrido con el testeo entre los profesionales, porque ni en esto han conseguido ponerse de acuerdo y homogeneizar el cuidado de los mismos.



Dicho todo lo anterior, y aunque parezca mentira, no es de extrañar que con tanto cambio, tantas órdenes y protocolos diferentes, los profesionales hayan ido mareados a veces con contraórdenes de la noche a la mañana. Lo que está presente siguen siendo los dilemas ético- legales que los profesionales tienen en el día a día aunque sean diferentes como desiguales las situaciones en las que se presentan.

CASO PRÁCTICO

Si hace dos meses el dilema más acuciante era qué hacer ante un paciente con COVID 19 cuando no se disponía del material adecuado o suficiente, por ejemplo, un caso real consultado, el dilema que presento es otro, ¿seguridad o riesgo?.

Una de las últimas consultas recibidas era la siguiente: “Soy una enfermera (podía ser una matrona) que trabaja en el quirófano de urgencias donde hacemos también las cesáreas urgentes, en mi caso como instrumentista ➤



de ese quirófano . El otro día tuvimos una cesárea emergente por riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF). La gestante estaba pendiente del resultado de la PCR y ante esos casos las medidas son las mismas que si fuera un caso confirmado, la equipación adecuada para la protección individual (EPI). El ginecólogo que acudió me recriminó que “perdiere el tiempo” vistiéndome cuando estaba en juego la salud del feto. Yo me planteo en esos casos ¿qué debo hacer, ponerme el EPI o instrumentar con las medidas básicas de un quirófano sin riesgo por COVID?.



Es posible que una situación como ésta o parecida se haya dado en otros lugares y ante la cual voy a argumentar para orientaros sobre la mejor actuación a seguir basándonos en la ética profesional (deontología) que debe ser la base de todas nuestras acciones profesionales.

ARGUMENTACIÓN

Está claro en primer lugar, que nuestro trabajo no está exento de riesgo pero ahora, en esta situación de pandemia, cuando se sabe que el número de personas infectadas y asintomáticas o con síntomas leves es bastante elevado, el riesgo de infectarse es así mismo proporcional si no se

toman las medidas recomendadas y recogidas en el último documento de **“Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19” (versión 13 mayo 2020, Ministerio de Sanidad)**. Todas y todos sabemos que enfundarse en un EPI no es fácil, se necesita de ayuda de otra u otro compañera/o, sobre todo si no se tiene experiencia (conocimiento y habilidades) y que se requiere de un tiempo. Hasta aquí todo claro. La cuestión es si ese “tiempo” necesario para ponerse el EPI es inútil o una pérdida de efectividad para priorizar el bienestar materno-fetal.

En el Código deontológico, se describe que la práctica enfermera, también la nuestra, se desarrollará con la máxima competencia técnica pero con imperativos éticos universales e irrenunciables que estarán presentes más allá de las ideologías, particularidades étnicas o las situaciones coyunturales como es la actual. Y por ello debe existir el compromiso individual de cada profesional en cumplir, respetar y llevar a la práctica la normativa ética y los valores que contiene para garantizar el cuidado ético en el día a día.

En el art.5¹ de respeto a la libertad, uno de sus subapartados es el de cuidar de la integridad de la salud de la persona sin tener que tolerar la intimidación por parte de terceros, es decir, en el caso que nos ocupa, no podemos permitir que un tercero nos obligue a incumplir nuestro propio código o ir en contra de nuestra ética personal y profesional.

Este artículo enlaza con el art.7 en el que la enfermera debe garantizar el derecho a la seguridad de las personas que atendemos, en el ejemplo, se deben garantizar todas las medidas que protejan del riesgo de contagio por COVID19 tanto a una misma, al resto de profesionales que atienden en la cesárea y por supuesto , a la gestante y su hijo/a. Todos sabemos a estas alturas, que sin habernos hecho las pruebas oportunas, los sanitarios somos vectores de posibles contagios a otros pacientes. Y es en este punto donde el art.23 y en el marco de la *lex artis* enfermera en el que *“al dispensar los cuidados, se cerciorará de que sean seguros, adecuados y éticos”* y por lo tanto, lo hará *“utilizando los recursos disponibles de manera justa, eficiente, racional y sostenible”*.

Por último, el art.25, específico de seguridad e higiene, dice íntegramente: *“utilizará siempre las precauciones estándar de higiene y seguridad, garantizando con ello el derecho a la protección de la salud de las personas que cuida y de la suya propia. Incluirá las medidas de eficacia probada para el control de las Infecciones”* >>

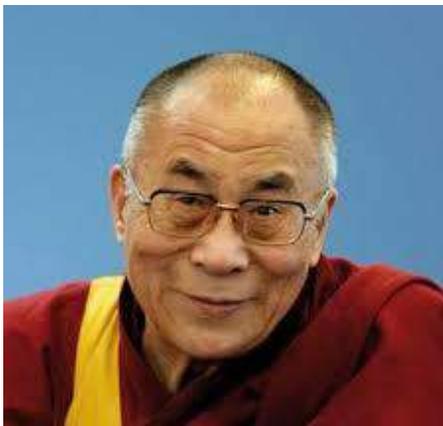


relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) que requiera cada caso”.

Si nos basamos en el propio Código de las Matronas, en su art.11², también obliga a garantizar la seguridad de la mujer y de su familia.

CONCLUSIÓN

Puede que todo lo anteriormente escrito os resulte algo engorroso de recordar, pero para resumir os diré que, teniendo los recursos disponibles y con la obligación de actuar con la máxima seguridad en la situación actual, tanto enfermeras como matronas y aún en caso de urgencia como la del ejemplo, debemos actuar en base a nuestra *lex artis*. Como cuestión particular queda la pericia que se tenga para vestirse correctamente con un EPI en el menor tiempo posible para no poner en riesgo por esta causa, la salud de la madre y/o su hijo-a. Dicho esto, todos sabemos que las personas que trabajan en servicios especiales como es un quirófano, al igual que un paritorio, una UCI o cualquier otro, deben tener los conocimientos y habilidades para el puesto que desempeñan, y por ello, deben ser “competentes” en el uso de los materiales que deben emplear para realizar correctamente su trabajo.



Poner en la balanza el actuar con prontitud en una cesárea no está en contra de hacerlo bien, con las medidas y recursos disponibles que garanticen una práctica exenta de riesgos de contagios, tanto de los profesionales, de una misma incluida, como también de la gestante y su hijo-a no causando mortalidad pero tampoco morbilidad.

Podemos trabajar con las medidas de seguridad que requiere esta pandemia sin poner en riesgo la salud propia y ajena, es un deber ético, y por lo tanto profesional, cuando se tienen los medios necesarios.

Para finalizar, una frase del Dalai Lama *“Nuestro principal propósito en esta vida es ayudar a otros, y si no les puedes ayudar, al menos no les hagas daño”*.

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

Referencias

- 1- Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunidad Valenciana. CECOVA (Rev.2016)
- 2- Código Deontológico de las Matronas Españolas, Asociación Española de Matronas (AEM) 2011

REFLEXIONES

Este año el 5 de Mayo de 2020 se celebró el Día Internacional de la Matrona, con estas reflexiones que me gustaría compartir.

Esperanza Agraz Patiño. Matrona en el Centro de Salud Ciudad San Pablo en Coslada y Centro de Salud Ibiza en Madrid.



Reflexiones que surgen ante un cierto desasosiego, que nunca antes sentí, escuchando hablar de mi profesión como vocacional. Y mi conclusión es que ese matiz vocacional es un lastre que impide el reconocimiento social de nuestra profesión. **Lo humanitario de nuestra profesión no es una cualidad "que te viene de dentro"** sino fruto del conocimiento científico-técnico, no solo de las ciencias de la biología sino también de los conocimientos de las ciencias sociales, de las ciencias de la comunicación y la ciencia psicológica, junto al compromiso y la responsabilidad personal de cada uno.

En nuestra profesión, como en todas, hay buenas y malas profesionales, pero decir que un mal profesional es que "no tiene vocación", nos paraliza e impide la crítica constructiva, la búsqueda de oportunidades de mejora y la dejación de funciones de las profesionales que tienen puestos de responsabilidad en las instituciones públicas.

Es frecuente que algunos de esas malas profesionales me digan que "**no tenemos que hacer trabajo de psicólogas**"; les contesto que por supuesto, **y que tampoco hago trabajo de matemática cuando utilizo** los conocimientos de esta ciencia para calcular dosis según el peso de la persona que tengo en la consulta. Persona a la que atender sus "respuestas humanas ante los procesos mórbidos o crisis evolutivas del ser humano" sí es mi función, y las respuestas humanas son bio-psico-sociales, y no solo biológicas ni técnicas.

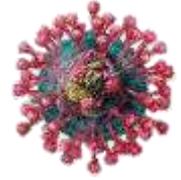
La pandemia del Covid-19 nos ha llevado a buscar estrategias no presenciales de atención, y para ello nos hemos acercado a la telemática como hemos

sabido y como hemos podido. Nos hubiera gustado hacerlo de otra forma, pero no pudimos, y cuando parece que si podíamos hacerlo resulta que, algunas, no sabíamos hacerlo. Pero en todas y cada una de sus formas, no nos ha quedado duda de que las energías y el tiempo que hemos dedicado, han sido fruto de la responsabilidad y el compromiso con nuestra profesión y no de la vocación.

De la misma manera que tampoco es por vocación hacer en grupos muchas de las actividades de Educación para la Salud, y quien así lo dice, está minusvalorando esta disciplina y su campo de conocimientos. Cuando hacemos actividades en grupo es porque el valor añadido del aprendizaje vicario, el aprendizaje entre iguales, han demostrado su eficacia y eficiencia, y son base de conocimientos científico-técnicos de esta disciplina, y no de la vocación.

Las Matronas venimos haciendo actividades grupales de Educación para la Salud desde nuestro primer día de trabajo en los Centros de Salud, y a ninguna Matrona se le da la opción de "no hacer grupos" para la Preparación para el Nacimiento y la Crianza, pero en ninguna agenda se programa un tiempo para la preparación de estas clases **¿A algún profesional de la educación se le exige que esté todo su tiempo laboral de atención directa?**. A las matronas, sí.

Y yo he sido la primera sorprendida en estas reflexiones. Después de 30 años en la profesión ahora caigo que he dedicado un montón de tiempo y energías a preparar las clases en mi tiempo de descanso laboral ... y no me había dado cuenta. ¿Y esto, a que me suena? **A la invisibilidad del** >>



UN ESTUDIO APUNTA QUE UN 44% DE LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO INFECCIÓN LEVE O ASINTOMÁTICA TIENE UN NIVEL DE ANTICUERPOS MUY BAJO.

"Los primeros análisis realizados con plasma de personas que han estado expuestas al SARS-CoV-2 y han generado anticuerpos neutralizantes contra el virus sugieren que un 44% de las personas que han sufrido la infección de manera leve o asintomática tienen un nivel muy bajo de anticuerpos neutralizantes, y la mitad de éstas no presentan ninguna actividad neutralizante, lo que indica que podrían no estar protegidas ante una segunda infección", ha informado hoy el Instituto de Investigación del Sida-IRSiCaixa, de Badalona, en Barcelona.

"Esta tendencia se revierte en las personas que han sufrido la enfermedad de manera grave, que presentan hasta 10 veces más anticuerpos que los individuos con infección leve. Ante este hecho, los científicos subrayan la necesidad de que todo el mundo mantenga las medidas de higiene y distanciamiento social, ya que la presencia de anticuerpos podría no garantizar la inmunidad ante el coronavirus", añade la entidad, que dirige Bonaventura Clotet.

Se trata de datos preliminares del consorcio formado por IrsiCaixa, impulsado conjuntamente por la Fundación "la Caixa" y el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, junto con el Centro de Investigación en Sanidad Animal (CRESA) del Instituto de Investigación y Tecnologías Agroalimentarias (IRTA) y el Barcelona Supercomputing Center (BSC), con el apoyo de la farmacéutica Grifols.

Hasta el momento, los investigadores han analizado en los laboratorios de Alto Nivel de Bioseguridad del CRESA con el equipo de Júlia Vergara-Alert y Joaquim Segalés, este último también catedrático de la UAB, los datos de un conjunto de 111 muestras de plasma de personas que han generado anticuerpos contra el SARS-CoV-2 y que

experimentaron diferentes grados de gravedad de la enfermedad.

Según los resultados, un 44% de los 29 individuos que sufrieron infección leve tienen actualmente niveles de anticuerpos por debajo del límite de detección fiable. De ellos, la mitad no presentan ninguna actividad neutralizante y son, desde este punto de vista, indistinguibles de los controles de no infectados. El 56% restante, en cambio, han generado anticuerpos por encima del umbral de detección.

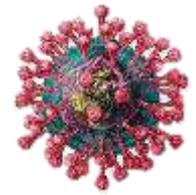
"Habrá que estudiar el por qué de estas diferencias, pero mientras tanto estos resultados nos indican que dar positivo en un test no nos asegura inmunidad frente al virus", advierte Julia Blanco, investigador de IrsiCaixa y el Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, que lidera desde IrsiCaixa el proyecto de investigación de una vacuna contra el SARS-CoV-2.

IrsiCaixa publica en abierto un protocolo de detección de anticuerpos del SARS-CoV-2 secuenciado el genoma completo de dos cepas del SARS-CoV-2 de dos pacientes. Primeros genomas completos del SARS-CoV-2 en España.

Las personas que fueron hospitalizadas generaron aproximadamente 10 veces más anticuerpos neutralizantes que las que tuvieron una evolución clínica leve; "probablemente esto se debe a que su sistema inmunitario ha sido expuesto a una cantidad más elevada de virus y esto ha hecho que reaccione de una manera más potente", indica Blanco.

Los investigadores también han constatado que en las personas hospitalizadas la respuesta se generó aproximadamente 10 días después de la aparición de síntomas.

En consecuencia, los científicos alertan de que la presencia de anticuerpos por sí misma podría no >>



garantizar la inmunidad ante una segunda infección, y subrayan la necesidad de que todo el mundo mantenga las medidas de precaución básicas: higiene de manos, uso de mascarillas y distanciamiento social.

Los investigadores también apuntan que, en el caso de las personas que pasaron la infección de una manera leve, la falta de anticuerpos podría sugerir que otros factores inmunológicos han conseguido controlar la replicación del virus.

En primer lugar, la inmunidad innata, que es la respuesta inmunitaria genérica, no específica contra un patógeno concreto y que no es a largo plazo. Y en segundo lugar, la inmunidad celular, que es aquella ejercida por los linfocitos T y que puede destruir los patógenos residentes dentro de células, donde no pueden llegar los anticuerpos”.■

Fuente: Diario Medico

EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE PARTICIPA EN EL ESTUDIO COORDINADO POR LA (OMS) PARA VALIDAR UN TEST DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS FRENTE A LA COVID-19

“El Hospital 12 de Octubre, de Madrid, único centro español que participa en el estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para validar un test de detección de anticuerpos específicos frente a la Covid-19, el proyecto internacional Solidarity II Serology International Network, ya ha analizado las muestras de 250 profesionales voluntarios con diferentes niveles de exposición a la infección con el objetivo de validar un test de detección de anticuerpos específicos frente a esta enfermedad e investiga también la duración de la inmunidad en el organismo.

El 12 de Octubre forma parte del grupo formado por 100 centros y laboratorios mundiales especializados que han sido seleccionados por la OMS para testar la prueba, al ser capaces de fabricar la proteína específica del SARS-CoV-2 (la S Spike-espícula),

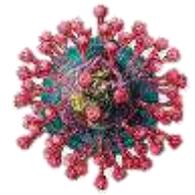
que es la responsable de la entrada del virus en la célula y el componente del virus frente al que actúan la mayoría de los anticuerpos protectores del organismo.

La técnica que se está probando ha sido desarrollada por dos de los centros más reconocidos en investigación sobre coronavirus, el Hospital Mount Sinai de Nueva York, Estados Unidos, y la Universidad Erasmus de Rotterdam, Países Bajos. Emplea un novedoso procedimiento caracterizado por su gran sensibilidad y especificidad, ya que mide la inmunidad específica frente SARS-CoV-2-, responsable de la pandemia Covid-19, en comparación con otras técnicas que pueden tener falsos positivos, debido a la respuesta a los diferentes coronavirus estacionales humanos.

Será utilizada solo por los laboratorios de la red, ya que de momento no se comercializa. En el citado hospital, el trabajo está coordinado por el grupo de investigación de Virus Emergentes del Instituto de Investigación del Hospital i+12, en colaboración con los servicios de Microbiología, coordinado por Rafael Delgado, y Medicina Interna, por Carlos Lumbreras. Hasta el momento, se ha analizado la respuesta inmune de 250 profesionales voluntarios divididos en dos grupos: uno formado por los que han tenido infección confirmada mediante prueba PCR, y otro, por los que, sin diagnóstico de infección, han estado expuestos al virus en función del trabajo desarrollado durante la pandemia.

Los resultados preliminares de Solidarity II son prometedores y hacen prever que la técnica pueda estar disponible para su realización a gran escala en los próximos meses. La intención de la OMS es que esta red internacional de centros facilite la realización de las pruebas a un mayor número de laboratorios en cada uno de los países participantes, transfiriéndoles protocolos y reactivos hasta que los sistemas puedan estar disponibles y ser comercializados. Por parte del Hospital 12 de Octubre, y tras los resultados obtenidos en la muestra de profesionales voluntarios, esta prueba es la elegida para extender el estudio de inmunidad en el centro”.

Fuente: Diario Medico



OCHO HOSPITALES MADRILEÑOS INVESTIGAN LA MELATONINA EN PROFILAXIS FRENTE A LA COVID-19 EN SANITARIOS

“Un ensayo clínico liderado por La Paz en 450 profesionales quiere evaluar si el uso preventivo de ‘Circadin’ podría evitar el contagio entre el personal con alto riesgo de infección.

El Hospital La Paz de Madrid ha puesto en marcha un ensayo clínico para evaluar la eficacia y seguridad del medicamento melatonina 2 mg de liberación prolongada (Circadin) en la profilaxis de la infección por SARS-CoV-2 en personal sanitario en riesgo, con la colaboración de la compañía farmacéutica española Exeltis (perteneciente al grupo Insud Pharma).

En el ensayo también participan otros siete hospitales madrileños: Gómez Ulla, Ramón y Cajal, Infanta Leonor, Clínico San Carlos, La Princesa, Infanta Sofía y 12 de Octubre.

Se trata de un estudio multicéntrico, aleatorizado y controlado con placebo, que contará con la participación de 450 profesionales sanitarios, y cuyo objetivo será comprobar si el uso preventivo de este medicamento podría evitar el contagio entre el personal con alto riesgo de infección. A la melatonina se le atribuye actividad antiinflamatoria, antioxidante y protectora frente a infecciones bacterianas y virales.

Alberto M. Borobia, coordinador del estudio, del Servicio de Farmacología Clínica y de la Unidad Central de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos del Hospital La Paz, afirma que es necesaria “la búsqueda de estrategias de prevención de infección por SARS-CoV-2 que permitan reducir su transmisión, especialmente en personal sanitario y asistencial, que presentan un alto riesgo de contagio”.

La melatonina tiene la ventaja de ser un fármaco ya comercializado, con un buen perfil de seguridad y un precio asequible”

En este contexto, Borobia explica que esta hormona

tiene la ventaja de ser un fármaco ya comercializado, con un buen perfil de seguridad y un precio asequible, y por tanto un buen candidato a estudiar para prevenir la infección por SARS-CoV-2”.

Para el insomnio Circadin está indicado para el tratamiento del insomnio primario. Como es sabido, la melatonina es una hormona natural producida por la glándula pineal. Su secreción aumenta poco después del anochecer, alcanza su pico máximo entre las dos y las cuatro de la madrugada y disminuye durante la segunda mitad de la noche.

La acción de esta hormona asocia al control de los ritmos circadianos y a la adaptación al ciclo de luz-oscuridad. También se asocia a un efecto hipnótico y a una mayor propensión al sueño”.

Fuente Diario Médico

SANITARIOS "DESECHABLES"



Siento de corazón un respeto increíble por cada uno de los profesionales sanitarios que en este difícil momento están como yo, trabajando en medio de este maremágnum de enfermedad, confusión, miedo, extenuación... **Sin ánimo corporativista aunque no lo niego, sino que incluso me vanaglorio de mi profundo sentimiento de identidad profesional como matrona, me siento en la obligación de hablar hoy de lo que esta viremia está costando en particular a las matronas-es y en general a la enfermería, en mi opinión.**

Antes que los medios de comunicación, entidades científicas y gestores sanitarios, las matronas nos hemos preocupado y seguimos haciéndolo, por proveer a las mujeres del mismo entorno seguro que habitualmente les proporcionamos. Y hemos pensado en ellas, en las mujeres, que necesitan atención y orientación profesional en sus necesidades de salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida y muy especialmente en esas mujeres que, en este tiempo convulso, darán a luz a sus hijos, en un momento irrepetible y trascendente para sus vidas, para sus futuros hijos, para la familia y a largo plazo incluso, para la sociedad. Mujeres que están previsiblemente ahora, atezadas por el miedo incrementado por un posible contagio del Covid y las consecuencias para sus hijos y ellas mismas, timón de la unidad familiar y piedra angular de la sociedad.

Con más ingenio y voluntad de servicio que recursos, son muchas las matronas que, solas o en asociación con colegas, continuamente hacen llegar a las mujeres recursos de información, y ayuda vía telemática. Algunas entidades profesionales también lo hacemos y además nos toca batallar contra la ignorancia y la autoridad arrogante de muchos gestores sanitarios que se han olvidado, o

nunca supieron que como dice el propio Ministerio de Sanidad *"el parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles"*. Sí, esa es una realidad que ni el COVID19 puede alterar, porque la vida, entre los saltos y sobresaltos que estamos viviendo en estos últimos meses, no altera el curso de la naturaleza y las madres siguen dando a luz a sus hijos, afortunadamente. Mientras, las matronas seguimos atendiendo exclusivamente a estas mujeres, sus hijos y parejas en un 80%, los casos normales y en el resto también aunque no de forma exclusiva, pero lo cierto es que pasamos más tiempo que ningún miembro del equipo de gineco-obstetricia con ellas-os. Tengo el convencimiento de que nadie, empezando por las administraciones sanitarias, ha caído en cuenta de que no hay ninguna especialidad médica, salvo la obstetricia, que tenga dos usuarios a la vez, uno de ellos, el feto, en extremo vulnerable y además, incluso ahora, salvo punibles excepciones, una pareja acompañante con la que interactuar en nuestra prestación de asistencia obstétrica al parto y nacimiento.

Sepan que el año 2018 se han atendido en España 366.629 partos con 372.777 nacimientos y en cada uno de ellos ha habido una matrona como responsable única o compartiendo responsabilidad con obstetras, en el menor número de casos, los distócicos. **Incuestionablemente en uno u otro caso la matrona es la única que está presente en todo el proceso, el obstetra no, algo que también sucede en cualquier especialidad médica.** Es la enfermería general y especializada la que está disponible y en continua interacción con los pacientes (y familias) y los médicos, en el día a día, no ya en nuestra especialidad, sino en cualquiera otra, hacen "visita de médico", acción tan breve que incluso se ha convertido en una expresión muy >>



utilizada en España e Hispanoamérica con sentido peyorativo para indicar el tiempo mínimo e imprescindible que alguien utiliza para estar con otro.

Y esto ¿qué quiere decir? Que los administradores sanitarios centrados y en parte, solamente en parte comprensiblemente, en el aluvión de infectados, se han olvidado, si es que alguna vez tuvieron conocimiento, de que el servicio de obstetricia fundamentalmente atendido por matronas, *en función de la naturaleza de nuestras actividades y los mecanismos de transmisión del coronavirus SARSCoV-2, es un escenario de exposición de riesgo*. Sí, las matronas del área obstétrica somos personal sanitario asistencial que atendemos casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y experimentamos a diario situaciones en las que no podemos evitar el contacto estrecho en el trabajo con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19.

Y yo me pregunto a día de hoy tras más de dos meses en esta situación, por suerte vaciándose los hospitales de enfermos por Covid 19 ¿cuánto se han preocupado los gestores en general por dotar al área obstétrica de las medidas de carácter organizativo, de protección colectiva y de protección personal que corresponde a este escenario de exposición de riesgo?. Me atrevería a decir que casi nada, porque repito, los gestores sólo deben darse cuenta de que los partos son el mayor número de ingresos hospitalarios, cuando leen, si es que lo hacen, los resúmenes anuales. Y mientras, las matronas luchando en campo abierto y silbándonos las balas por todos los flancos, sin escudos, cotas de malla con las que protegernos o en este caso, que no se trata de una contienda bélica sino biológica, sin protección personal adecuada. Ya sé que en muchos establecimientos sanitarios ni siquiera en los " otros puntos llamados Covid) hay suficiente ni adecuado material, pero es que el servicio de Obstetricia es también un "punto caliente" que nadie se ha parado a etiquetar como tal y menos a dotarlo en consecuencia.

Y ya sin centrarnos específicamente en las matronas, me gustaría saber de verdad cómo ha sido la gestión de la vulnerabilidad de los sanitarios especialmente sensibles, sé la de mi área en mi propio hospital y me puedo hacer una idea por extensión y salvando si las hay, las honrosas excepciones.

También me gustaría conocer sin las falsedades a las que casi nos van a llegar a acostumbrar, cómo se está realizando la detección, notificación y manejo de casos y contactos entre los trabajadores de la sanidad pública....Desde luego creo que tenemos bastante menos suerte que los deportistas profesionales y federados para los que se ha establecido un protocolo pluscuamperfecto para su incorporación al trabajo, aunque claro, como es lógico, se encargaran sus clubes y federaciones de hacerlo no el gobierno de la nación del que los sanitarios, empleados públicos somos su responsabilidad.

El cuidado y celo con el que se pretende tratar a los deportistas profesionales y federados es correcto, es de derecho y hay razones para hacerlo, pero caramba no se engañen que no se ha hecho precisamente pensando en los deportistas tan esforzados o más que los futbolistas, de motonáutica, pentatlón moderno o de softball, colombofilia o baile deportivo ... ¡pues no!. El ojo está puesto en el 1.063.090 futbolistas del que solo 211 son considerados de alto nivel y pare usted de contar, y no me cabe más qué preguntarme ¿ qué es lo que más dinero da?. Competiciones de tenis, de motociclismo... desconozco el sector, pero creo que no voy errada: ¡el fútbol!

Bueno pues bien, la comparación no me sale..., sanitarios españoles en ejercicio según la última estimación del ministerio (2018) superamos los 600.00 que por cierto, una gran mayoría hemos trabajado y seguimos trabajando sin ni siquiera la constatación de nuestro estado frente al covid19 y somos imprescindibles para mantener la salud de TODA la población incluidos estos deportistas >>



Y esto indica varias cosas:

- Que los responsables políticos definitivamente desconocen el manejo del control
- del virus cuando han olvidado la altísima transmisión intrahospitalaria entre profesionales que, además es vehículo de transmisión extra hospitalaria, porque a día de hoy seguimos sin las medidas de protección individual suficientes.
- Por otra parte el absoluto menosprecio hacia los profesionales que mantenemos esta sanidad en pie a pesar del continuado maltrato ya histórico por parte de las administraciones sanitarias.
- Finalmente la falsedad de todas y cada una de sus declaraciones positivas hacia nosotros en estos durísimos meses de viremia, porque las palabras si no se acompañan de hechos, no valen nada.

En el fondo de mi corazón muchos días he pensado en la lástima de que aun con todo, este gobierno dispusiera de unos profesionales sanitarios envidiados en el mundo por nuestra formación, preparación técnica e incluso por la calidad y cantidad de nuestro trabajo, acostumbrados a ejecutarlo siempre con porcentajes por debajo de los de la media de la UE, claro hablo de la enfermería general y especializada que no de los médicos.

Seguro que de lo poco que les ha salido bien en todo este tiempo al gobierno de nuestra nación, ha sido una vez más que la solidaridad bien aderezada con la proverbial vehemencia española y el aburrimiento de los españoles en confinamiento, hayan colado en escena en forma el recurso , los aplausos diarios a las 20h para los sanitarios; ¡qué idea genial habrán pensado! equipos de protección no podemos gestionar pero ahí os van los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, de protección etc. también maltratados y manipulados de sobra, para montar "el circo" a lo grande que, de verdad pienso, que pocos sanitarios hemos valorado positivamente.

Creo que las emociones exaltadas no son las que

deseamos los sanitarios, sino el respeto continuado incluso el afecto que nos hemos ganado de aquellos usuarios que en el día a día nos topamos en el ejercicio de nuestra profesión y que seguro que también ahora salen a aplaudir pensando en aquellos a quienes conocen, respetan y quieren y valorando con esa misma medida, a todos los muchos que desconocen pero que confían en que harán lo mismo y con el mismo celo que su enfermera-o, su matrón-a.

Y volviendo al decreto de los deportistas, incluso los señores ministros se han esforzado en hacer una entrada de reconocimiento a estos profesionales: ***"El comportamiento del deporte federado, profesional y de alto nivel español durante la pandemia está siendo salvo en muy contadas excepciones ejemplar"*** ¿y qué hemos estado haciendo los sanitarios mientras la mayoría de los deportistas como el resto de los españoles con sentido y civismo, no trabajadores esenciales, permanecían en casa? ¡Hombre sí, ya he mencionado que ha habido quienes incluso desde el gobierno nos han dedicado palabras amables que sonaban más falsas que ***"un duro de madera"*** porque dos meses después las cosas siguen parecidas! Aunque también nos han tocado otras- as de lengua larga y cerebro corto cuyas declaraciones nos han señalado y ofendido profundamente como la Consejera de Sanidad del gobierno Valenciano cuando al principio de la pandemia afirmó que los sanitarios se habían contagiado por hacer viajes o ver a familiares asegurando que no había falta de material de prevención, o más recientemente las de la ex-consejera (por fortuna) de Sanidad de Aragón que lejos de asumir como la anterior y tantos otros lo errático de su gestión en esta crisis sanitaria, se mofaba de los sanitarios diciendo que era un "estímulo" para nosotros fabricarnos nuestros propios EPI...

Ese es el reconocimiento verdadero de quienes nos están utilizando sin importarles nada, salvo que estemos ahí parando "las balas a pecho descubierto", tal y como es.



Es muy fuerte, de verdad es muy fuerte... Cuanta justificación, cuanto trabajo para disimular lo único que interesa: el dinero, la pasta, la pela...y en la ignorancia, arrogancia y desprecio de los políticos se olvidan que no todos los españoles somos estúpidos y que si los sanitarios fallamos no será precisamente ninguno de estos deportistas quien a la cabecera de su cama les atiende en todas sus necesidades, incluso en las más íntimas; o vaya, por un decir y con todos mis respetos hacia la persona y profesional, Messi, a controlar la dilatación del parto de su hijo porque el parto (o mejor cesárea programada aunque no sea necesaria) lo hará D. Perenganito Martínez que es probable que hasta pose con la feliz pareja y el neófito para las portadas de las revistas del "cuore".

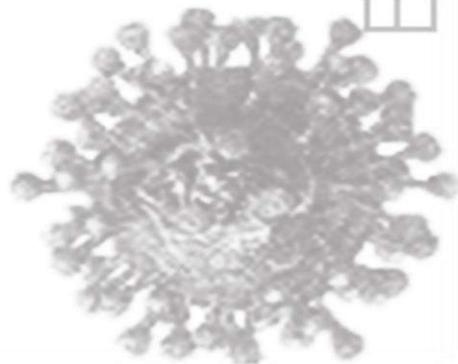
Las matronas sabemos de lo que hablamos... y las enfermeras-os también, de hecho, ¿no es cierto que nombran más a los médicos que con pocos y bien formados sobran para tratar, mientras que se necesitan muchas enfermeras-os para cuidar? Ahí está, hasta en el inconsciente colectivo ha calado la subordinación obligada de la enfermería al monopolio de la medicina, que incluso llega a manejar el prestigio social que esta actividad reporta. Que yo sepa incluso en la UCI, llamémosla la "zona más caliente" como casi todos piensan, son las enfermeras (con las auxiliares y celadores) quienes se encargan de manejar al enfermo las 24 h., las que se abrazan a él para cambios posturales, las que aspiran sus secreciones, las que les dan una mano cuando van a expirar...

El médico lo más cerca que puede estar del enfermo es para intubarlo y/o coger una vía central, o sea, unos minutos y el resto del día, de los días...

Simplemente señorías a los sanitarios, y en concreto a la enfermería, nos están usando como "objetos de usar y tirar, como desechables" y muchos nos hemos dado cuenta...la nuestra es una larga espera escuchando falsas esperanzas y si aguantamos es por grandes dosis de ética y compromiso profesional, pero ya nos pesa el vacío y la mentira... ¡ah! y recuerden sin salud todo lo demás sobra y la salud, lejos de lo que se dice ¡sí tiene precio...!

Rosa M^a Plata Quintanilla (Matrona)

2020
AÑO INTERNACIONAL
DE LA INMOLACION
ENFERMERAS Y MATRONAS



CURIOSIDADES HISTÓRICAS. LA MATRONA QUE SALVÓ A ANTONIO VIVALDI



Estamos cansados del Covid-19 porque no sólo soportamos la pandemia producida por el influjo del virus sino la otra epidemia, la de la información, la infodemia, esa sobreabundancia de información (alguna rigurosa y otra falsa) sobre el propio virus, sus efectos y todo lo relacionado desde el punto sanitario, social, económico, político etc.

Así que queremos cambiar el rumbo y densidad de la información y nos hemos puesto a "bucear" en archivos históricos en busca de anécdotas y /o curiosidades que si además tienen a una matrona como protagonista, ¡mejor que mejor!. Y nos hemos encontrado con una historia que no tendría nada de trascendente para cualquier matrona, dado que innumerables veces se haya enfrentado a una reanimación neonatal, salvo por el personaje central de la misma y por la circunstancia del nacimiento, la suerte de haberse conservado el nombre de su matrona desde el siglo XVII.

Nos referimos a Antonio Lucio Vivaldi el reconocido compositor musical del *siglo* XVII y su matrona: Margarita Veronese, su "*levatrice*", término usado en Italia para designar a la figura de la matrona.

Hay muchas informaciones que dicen que el artista nació en medio de un terremoto que dejó a Venecia, la ciudad de los Dux, anegada por las aguas como si se tratara de una inmensa bañera en medio de la que se alzaba orgullosa el Campanile de la Basílica de S. Marcos. Este extremo parece que no es cierto, aunque él mismo y su música algún día se convertirían en un terremoto en el panorama musical, no sólo italiano sino mundial.

Han sido numerosas las personas de apellido Vivaldi afincadas en Venecia durante siglos, y aunque los orígenes de la familia del compositor son un tanto difusas, los datos ciertos encontrados, nos hablan de que su abuelo, Agostino, era un panadero de Brescia casado con Margherita, con

quien tuvo varios hijos. Uno de ellos fue Giovanni Battista, familiarmente llamado Gianbattista, que nació en 1656 y fue el padre del compositor. Margherita, tras morir su esposo, fue a Venecia con sus hijos. Gianbattista Giovanni era barbero de profesión, pero también trabajaba en la panadería de su propio padre. Le encantaba la música y aprendió a tocar el violín lo suficientemente bien como para unirse a la orquesta de la Basílica de San Marcos, un puesto que ocupó durante el resto de su vida. El músico Gianbattista Vivaldi, apodado Rosso («Rojo») y registrado en algunos documentos como Giovanni Battista Rossi, fue miembro fundador del *Sovvegno de' musicisti di Santa Cecilia*, organización profesional de músicos venecianos; asimismo fue violinista en la orquesta de la basílica de San Marcos y en la del Teatro San Giovanni Grisostomo. Existe una ópera titulada *La Fedeltà sfortunata* de 1689 compuesta por un Giovanni Battista Rossi, el nombre con el que el padre de Vivaldi se había unido a la *Sovvegno di Santa Cecilia*.

Entra en escena Camilla Calicchio (Venecia, 24 de diciembre de 1653 – *Ibidem*, 6 de mayo, 1728), hija de un sastre llamado Camilo Calicchio, natural de Pomarico (Matera, Basilicata), y de Giannetta (Zanetta) Temporini, matrimonio que se trasladan a Venecia, imaginamos, dada la suerte de emigraciones registradas en la época del sur al norte, en busca de una vida mejor y que tras tres años de matrimonio, tienen a su hija Camila. La casa de la familia Calicchio estaba muy próxima a la de los Vivaldi, en la que vivían la abuela de Vivaldi, ya viuda, con sus dos hijos, el mayor, Giovanni Battista Vivalde, el padre del gran músico al que hemos hecho referencia anteriormente. Una situación normal es que los adolescentes, Giovanni y Camila, vecinos, se enamoraran y finalmente se casaran y poco más de un año y medio después, se enfrentan al nacimiento del primero de sus nueve hijos, dos de los cuales, como >>>

era habitual en aquellas épocas de gran mortalidad infantil (y materna) fallecieron a temprana edad.

No sabemos cómo se desarrolló el parto, se desconoce si la matrona fue llamada porque ya se intuían problemas en el trabajo de parto o simplemente acudió a la llamada de una familia modesta para la atención normal a una parturienta. Lo cierto es que el 4 de marzo de 1678, nació el primer hijo de Giovanni y Camila, bautizado con los nombres de Antonio Lucio, por la matrona Margarita Veronese en un bautismo de urgencia en la propia casa del neonato. El que ha llegado a ser mundialmente conocido como Antonio Vivaldi, fue, en el momento de su nacimiento, un recién nacido de pelo rojo, suponemos hipóxico y agónico, al que la matrona tendría probablemente que hacer una reanimación cardio-pulmonar, de ahí que hayan perdurado los testimonios directos de la época, que cuentan que la matrona le tuvo que hacer el "boca a boca". Todas las matronas (parteras) antiguas tenían entre sus competencias, en el entorno de la iglesia católica, la de administrar el bautismo en caso de peligro de muerte del recién nacido, confiriéndoles de alguna forma, una autoridad religiosa que era a la vez, una obligación en su aprendizaje y en el ejercicio de su oficio.

El concilio de Florencia 1445, recogiendo la tradición multisecular de la Iglesia, explicaba de esta forma la práctica:

"en cuanto a los niños, la Iglesia Romana advierte que, por razón del peligro de muerte que con frecuencia suele acontecerles, no ha de diferirse el sagrado Bautismo..., sino que ha de conferírseles tan pronto como pueda hacerse cómodamente; ya que no se les puede socorrer con otro remedio que con el Bautismo, por el que son librados del dominio del diablo y adoptados por hijos de Dios".



Bautismo de emergencia por partera, 1720. Bernard Picart, colección Rijksmuseum (Ámsterdam)

Dos meses después del nacimiento, se procedió al bautismo oficial bajo la fórmula de "sub conditione", no sin antes practicarle un exorcismo, en la iglesia de San Giovanni Bragora.

Si el neonato sobrevivía, y en siglos anteriores la posibilidad de sobrevivir era muy baja tanto para el recién nacido como para la madre, se procedía a esta fórmula ya que si el bautizo era válido no se puede volver a bautizar, en cuyo caso correspondía acudir a la parroquia y anotar el sacramento en las circunstancias que se había hecho. Sólo si había duda positiva acerca de la validez del bautismo conferido, se debía realizar de nuevo bajo condición (sub conditione), como consta en este caso.

6 de mayo de 1678. Antonio Lucio, hijo de Giovanni Battista, instrumentista e hijo del fallecido Agostino Vivaldi, y su esposa, Camilla, hija del fallecido Camillo Galicchio, nacido el 4 de marzo, día en que recibió el bautismo en el hogar de la comadrona Margarita Veronese debido al peligro de muerte, fue llevado a la iglesia este día. Yo, el pastor Giacomo Fornacieri, realicé los exorcismos y el bautizo, en los que Antonio Gerolamo Veccelio, propietario de la farmacia del dux en nuestra parroquia, fue el padrino.

Traducción del certificado de bautismo de Antonio Vivaldi depositado en la Iglesia de San Giovanni Bragora en Venecia >>

Parece ser que la gravedad del recién nacido fue visible incluso para la madre que en un intento de que su hijo se salvara, se le ofreció a Dios para el sacerdocio; por ello ya a los 10 años empezó a relacionarse con el mundo clerical, tan solo 15 años, edad mínima para tener tonsura, inició sus estudios de teología, hasta 1703, cuando contaba 25 años que fue ordenado sacerdote.

Sus estudios religiosos no le empujaron a abandonar la música; su habilidad con el violín, probablemente alentada por su padre desde pequeño, unido a un talento innato, le convirtieron en violinista supernumerario en la Capilla de la Basílica de San Marcos durante los servicios de Navidad en 1666 que a día de hoy parece ser su primera aparición pública.

Son muchas las especulaciones que como matronas nos podemos hacer entorno a "ese peligro de muerte" que nuestra histórica colega consideró en el momento para realizar el bautismo de urgencia al neonato. Numerosos estudiosos se inclinan a considerarlo como los primeros síntomas de la afección respiratoria que, le acarrearón problemas de salud durante toda su vida probablemente relacionados con lo que el mismo llamaba "opresión en el pecho".

El que fuera conocido como "sacerdote rojo" por el color del cabello que compartía con su padre, no ejerció prácticamente como tal y dedico su vida a la música pues sus problemas de salud, parece una forma grave de asma, condicionó toda su vida, incluida su dedicación al sacerdocio como se lee en la carta encontrada en la que anunciaba su retirada al Cardenal italiano Guido Bentivoglio d'Aragona aludiendo sus problemas de salud:

El afortunado descubrimiento en 1963 del erudito Eric Paul del certificado de nacimiento de este genio musical, ha hecho perdurar el nombre de la matrona y las circunstancias de su nacimiento en las que sin duda su pericia y buen hacer ayudaron al destino para que este genio siguiera en el mundo y su música le perpetuara por los siglos.

REDACCIÓN



Iglesia de San Giovanni Bragora en Venecia donde se expone bajo un retrato de A. Vivaldi, una imagen del certificado de su nacimiento.

" No he dicho misa durante veinticinco años ni la diré nunca más, no por prohibición u orden como se puede Informar Su Eminencia, sino por mi elección, y por un mal que sufro desde el momento de nacer, por el cual estoy oprimido. Tan pronto como fui ordenado sacerdote, alrededor de un año dije misa, y luego lo dejé después de haber tenido que abandonar el altar tres veces sin terminar la misa debido a mi propia enfermedad. Esta es la razón por la que no celebro misa."

PENSAMIENTOS EN EL DÍA INTERNACIONAL DE LA MATRONA

En este mes pasado de Mayo con las limitaciones que ha impuesto la pandemia, se han celebrado o al menos publicitado, el día exclusivamente dedicado a homenajear a la profesión de las matronas-es. Y las matronas-es en este país además, como en los pocos del mundo en que no se forman mediante carrera de acceso directo, también somos festejadas en el Día Internacional de la Enfermería por nuestra condición de enfermeras.

La verdad es que no se si debido a mi pragmatismo no innato sino empujado por la realidad de la atención y consideración que la enfermería y las matronas tradicionalmente hemos tenido y tenemos en este país, poco o nada me motivan estas fechas, salvo por el encuentro con colegas que, aun justamente insatisfechas como yo tras una larga carrera profesional, conservamos a duras penas la fuerza del inconformismo para seguir adelante y no abandonarnos, ni abandonar la profesión a su suerte y a las "garras" de quienes como depredadores están al acecho a ver qué parte de los programas de la salud reproductiva de la mujer pueden llevarse a su ámbito competencial. Pero curiosamente ese día, mis pensamientos derivaron hacia un hecho histórico bien relacionado con nuestra profesión de matronas y que fue un hito en la Obstetricia: **el descubrimiento de la fiebre puerperal de manos y nunca mejor dicho "de manos" de las matronas.**

Ya Hipócrates había descrito la fiebre puerperal, aunque no estaba acuñado el término para este padecimiento. Él lo describía clínicamente con acierto, como un flujo anormal de los loquios, sin embargo, atribuir como causa de la dolencia un problema mecánico como hizo (obstrucción de los loquios), fue un error que se perpetuó hasta el siglo XIX para esta enfermedad que fue ocasional a lo largo de los siglos pero que tuvo un incremento sorprendente y preocupante a partir del siglo XVIII.



¿Cuáles fueron los motivos de este alarmante incremento?

Sencillamente que hasta el siglo XVII los partos en los hogares habían sido atendidos exclusivamente por las comadronas, parteras ciertamente sin una formación científica, pero conocedoras de la fisiología femenina y del parto y quizá, gracias a la dirección no intervencionista de los partos, a la manipulación más cuidadosa cuando fuera necesaria y con la mayor limpieza posible, gestos inadvertidos para los médicos durante siglos, consiguieron que a lo largo de 17 siglos de historia conocida, lo que luego se llamaría fiebre puerperal, fuera un proceso patológico esporádico. Preciso que la formación científica de los médicos de entonces tampoco era "para tirar cohetes" como con suficiente expresividad decimos actualmente.

Pero llegamos al siglo XVII y en este momento los cirujanos desdénados como actores de la medicina, advierten que el tratamiento de la enfermedades de las mujeres y también del parto es el acceso al mundo médico además de a un mercado nuevo y lucrativo y por añadidura fácil de conseguir porque sus opositores solo eran las parteras, al fin y al cabo mujeres y por ello fáciles de "expulsar de su feudo". Y para ello era imperativo institucionalizar, entre otras cosas, el parto a la vez que hacer una campaña de descalificación y desprestigio de las parteras.

A inicio del siglo XIX la mortalidad materna por fiebre puerperal alcanzó cotas dramáticas. Nada más ver las cifras en Londres entre 1831 y 1843 que se estimaron en 10 muertes maternas por 10.000 partos en el parto domiciliario asistido por matronas, frente a 600 muertes maternas por 10 000 en el Lying Hospital (uno de los primeros hospitales especializados en atención a la maternidad abierto en 1767); cifras análogas se >>

a las del resto de Europa.

Mientras, los médicos, aspirantes a "sesudos pseudo científicos" se posicionaban del lado de una de las dos teorías imperantes para justificar lo que ya se le había impuesto el nombre de fiebre puerperal: la del origen pútrido frente a la del origen inflamatorio. Los "disputantes", los médicos, sería por la arrogancia que conduce a la ceguera, atribuían en ambas teorías la culpa exclusivamente a la mujer incapaces de reparar en la evidencia de que el mal que anteriormente era esporádico se había convertido en una epidemia femenina y lo más importante: que solo se producía en esas proporciones en los partos hospitalarios atendidos por ellos mismos, los médicos (en Viena 28-40% de muertes maternas en la clínica dirigida por los médicos).

Todavía el mundo médico desconocía los conceptos de asepsia, antisepsia, esterilidad y las matronas, continuaban su labor también en estos nuevos centros con diferencias sustanciales a su favor. Quizá y digo solo quizá, por su sensibilidad, por su innata preferencia o cabe incluso pensar, por la histórica inducción sexista por el orden y la limpieza como tareas propias del sexo femenino como medios de proveer bienestar, lo trasladaron a sus actividades profesionales dentro de las instituciones hospitalarias con tan buenos resultados. Esta diferencia, sorprendentemente solo la logró advertir Semmelweis sacando provecho en beneficio de las madres aunque por ello pagó con su vida gracias al corporativismo de sus compañeros que le arrinconaron con su actitud arrogante y descalificadora.

A Semmelweis se le nombró "el salvador de las madres" y cierto que tuvo un gran papel en la resolución de la fiebre puerperal, pero eso no quita para darles a las matronas el mérito que tenían no ya en el descubrimiento, sino y además, en sus cuidados más higiénicos a lo largo de la historia conocida con el resultado de no poner en riesgo a las mujeres como lo hicieron los médicos en poco menos de dos siglos de su irrupción en el manejo del parto. La actuación de las matronas consta en los anales de la medicina como una anécdota casual de mujeres trabajadoras e ignorantes. Pero así es la historia contada por los hombres...



Mientras, Semmelweis incomprendido y ultrajado por sus compañeros médicos, descendió a los infiernos de la desestabilización mental finalizando su vida trágicamente a los 46 años, Louis Pasteur ofrecía la explicación a sus descubrimientos: los microorganismos patógenos, y Lister implantaba la esterilidad quirúrgica obligando a la desinfección de personas e instrumentos.

En procedimientos asépticos, estériles e higiénicos, la enfermería estamos bien formados y los aplicamos con rigor a nuestro trabajo. ¿Y los médicos?. Es cierto que los médicos nacieron para curar y no para cuidar como nosotros enfermeros, por que respondedme ¿cuántos obstetras habéis conocido que en la preparación quirúrgica, de la gestante en nuestro caso, desinfecten (pinten) correctamente el campo quirúrgico?. Yo sigo sorprendida y admirada de que no ya ni por su formación, sino con la perspectiva del razonamiento, desinfecten (es un decir) el abdomen de la gestante longitudinal y luego transversalmente como si tuvieran que marcar como en el futbol, cuadrículas en diferentes tonos para que los jueces de línea puedan tener una mejor visión de los offside; para rematar, descienden con la misma torunda a la zona vaginal contaminada y desde ahí ascienden para dar otro toquecito al ombligo sin limpiar previamente pero rebosante de antiséptico del primer chapuzón!!!!!!

¡Qué suerte que la población en general estamos en mejor estado de salud, que los antibióticos acuden al rescate ante la necesidad y que hay enfermeras (y matronas) bien formadas para cuidar...iy con tanto ahínco, perseverancia y celo como necesita lo que se infecta!

Antes que la medicina moderna conociera la asepsia, la antisepsia y el poder de la esterilización, las parteras salvaron muchas vidas con el lavado de sus manos.

Rosa Mª Plata Quintanilla

TRAJES DE PROTECCION PREDECESORES DE LOS EPIS

La peste bubónica llamada peste negra que se extendió toda Europa en los siglos XVI y XVII aniquilando un cuarto de la población, parece que procedía de Asia. En el transcurso de un periodo de unos dos años y medio se calcula que murieron más de 25 millones de personas, hasta el extremo que en determinados lugares no quedaban suficientes personas vivas para dar sepultura a los muertos. Anteriormente ya había habido otras oleadas de peste que continuó con brotes intermitentes hasta 1879 y la tercera pandemia de peste que devastó gran parte de Asia entre 1894 y 1959.

Como es lógico el miedo al contagio era incontrolable y llegó a crear auténtico pánico entre la población. Como en todas las ocasiones la falta de información, el desconocimiento de los mecanismos de acción de la enfermedad, en aquel momento justificado por un estado de la medicina sin desarrollo alguno, llegó a hacer creer a la gente que la enfermedad entraba en el cuerpo a través del aliento, el sudor (en forma de "vapores venenosos") incluso a través de la mirada, o era el resultado de extrañas conjunciones astrales e incluso se llegó a culpabilizar a los judíos; los remedios y supuestas curas eran igualmente surrealistas.

Hay que recordar que no fue hasta bien entrado el siglo XIX cuando se descubrió que el bacilo (*Yersinia pestis*) era el causante, al menos en un principio, de esta terrible enfermedad. La rata negra, pasajera habitual en la sentina de los barcos, y más concretamente sus pulgas (*Xenopsylla cheopis*), la extendieron por las costas y los ríos navegables.

En medio de esta locura colectiva de pánico, enfermedad y muerte aparecen los llamados "doctores de la muerte", personal contratado para atender a los enfermos aunque sus remedios fueran más que cuestionables, y parece ser que también para anotar el número de víctimas en los libros del



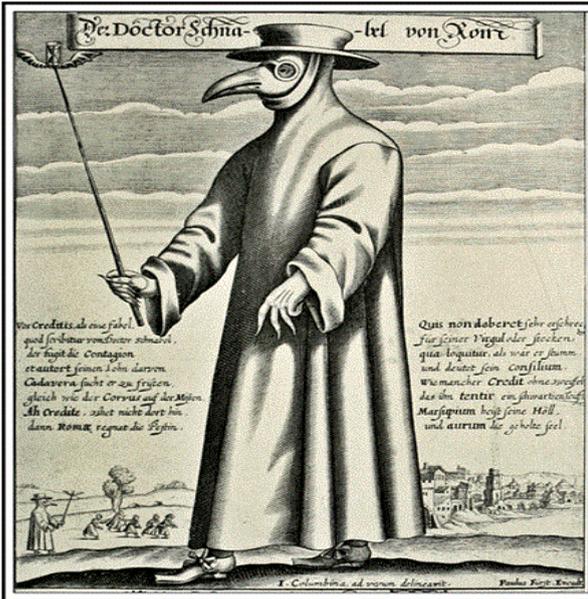
Auténtica máscara de médico de la peste del siglo XVI. Museo Alemán de Historia Médica en Ingolstadt.

registro público, enterrar a los muertos, documentar y ser testigos de las últimas voluntades de los enfermos, así como de hacer autopsias para comprender la enfermedad.

Con este riesgoso trabajo debían protegerse y para evitar el contagio idearon unos especiales y pintorescos trajes, cuya parte más llamativa era la máscara con forma de pájaro de enorme pico cuyo deliberado tamaño, tenía la función de contener en el más afortunado de los casos, triaca, un compuesto con más de 55 yerbas y otros componentes como polvo de carne de víbora, canela, mirra y miel, si este compuesto no era accesible, rellenaban el pico simplemente con hierbas aromáticas o una esponja empapada en vinagre a modo de filtro; la máscara tenía dos mínimas aberturas laterales para la respiración y unos ojos de vidrio (o gafas de vidrio en algunos casos) por los que ver y protegerse de que la peste no les alcanzara ya que la creencia extendida de la época era que una de las vías de contaminación era la penetración a través de la mirada.

Una imagen desde luego fantasmagórica que se complementaba con un sombrero de ala ancha, distintivo de los médicos, un abrigo cubierto de cera perfumada y encerada con grasa animal (para que resbalaran los fluidos), pantalones de montar dentro de las botas, camisa fajada, y guantes de piel»

PROTECCION CONTRA RIESGOS BIOLÓGICOS



Siglo XVII



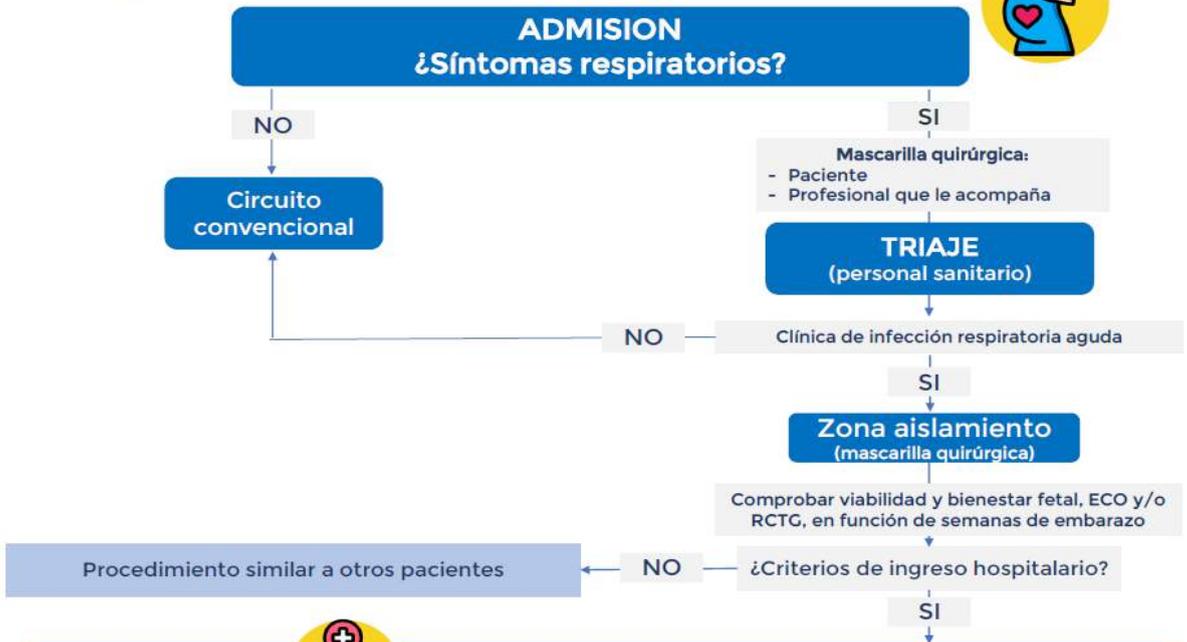
Siglo XXI

de cabra y un bastón de madera blanco, con el que podían examinar a los pacientes sin tener que tocarlos. El diseño de esta indumentaria se atribuye con frecuencia a Charles de Lorme, médico que atendía las necesidades médicas de las realezas europeas del siglo XVII, incluidos el rey Luis XIII y Gastón de Orleans, hijo de María de Medici .

Hoy estos esperpénticos trajes, pertenecen al pasado salvo que han quedado convertidos en vestuario protagonista de la Comedia del arte y disfraz popular de los carnavales venecianos fundamentalmente, dado lo icónico de los Médicos de la peste en Italia , aunque se extendieron por toda Europa. Sin duda aquellos trajes fueron los predecesores de los actuales trajes de protección contra el riesgo biológico destinados a evitar que los agentes biológicos alcancen la piel y/o las mucosas, principalmente de trabajadores sanitarios en el contexto de epidemias o graves enfermedades, como el ébola que sufrimos con anterioridad o actualmente la Covid 19.

REDACCIÓN

Manejo de la embarazada con COVID-19 en urgencias



Ingreso hospitalario

Medidas de aislamiento

AISLAMIENTO PRECOZ

- Habitación de aislamiento (si es posible presión negativa) ± cuna
- Restringir visitas (1 persona con medidas de protección)
- + si es posible y en previsión de la realización del parto:
 - cuna térmica
 - monitorización fetal
 - oxigenoterapia
 - carro medicación

Pruebas diagnósticas

- RX tórax: si necesidad, no se demorará por el embarazo
- TAC: si necesidad, no se demorará por el embarazo
- Eco fetal: según semanas embarazo, gravedad cuadro clínico materno y bienestar fetal
- RCTG: para control bienestar fetal en función semana de embarazo

Tratamiento SARS-CoV-2

- Tratamiento según [Documento de tratamientos disponibles para el manejo del COVID-19 \(AEMPS\)](#)
- Control infección
- Oxigenoterapia si requiere
- Evitar sobrecarga fluidos
- Antibioterapia empírica si sospecha de coinfección bacteriana
- Profilaxis antitrombótica
- Monitorización dinámica uterina y bienestar fetal
- Ventilación mecánica precoz/ECMO si deterioro función respiratoria
- Individualizar el momento más adecuado de parto.



Finalización del embarazo

Valorar finalización en función de estado clínico de la madre, semanas embarazo y de acuerdo con neonatología (equipo multidisciplinar)

Evaluar vía vaginal o cesárea, según criterio obstétrico + Consultar protocolo anestésico para el parto de gestante con infección probable o confirmada COVID-19

Valorar corticoides para maduración pulmonar fetal.

- 24-33^{se} SG ofrecer
- 34-35^{se} SG considerar

Alta tras ingreso

Aislamiento domiciliario, si buena situación clínica y condiciones sociales y vivienda lo permiten.

Mujer embarazada:

- Avisar al centro que controla el embarazo de situación de aislamiento y antes de acudir a las citas.
- Acudir a urgencias solo en caso necesario, y avisar de embarazo

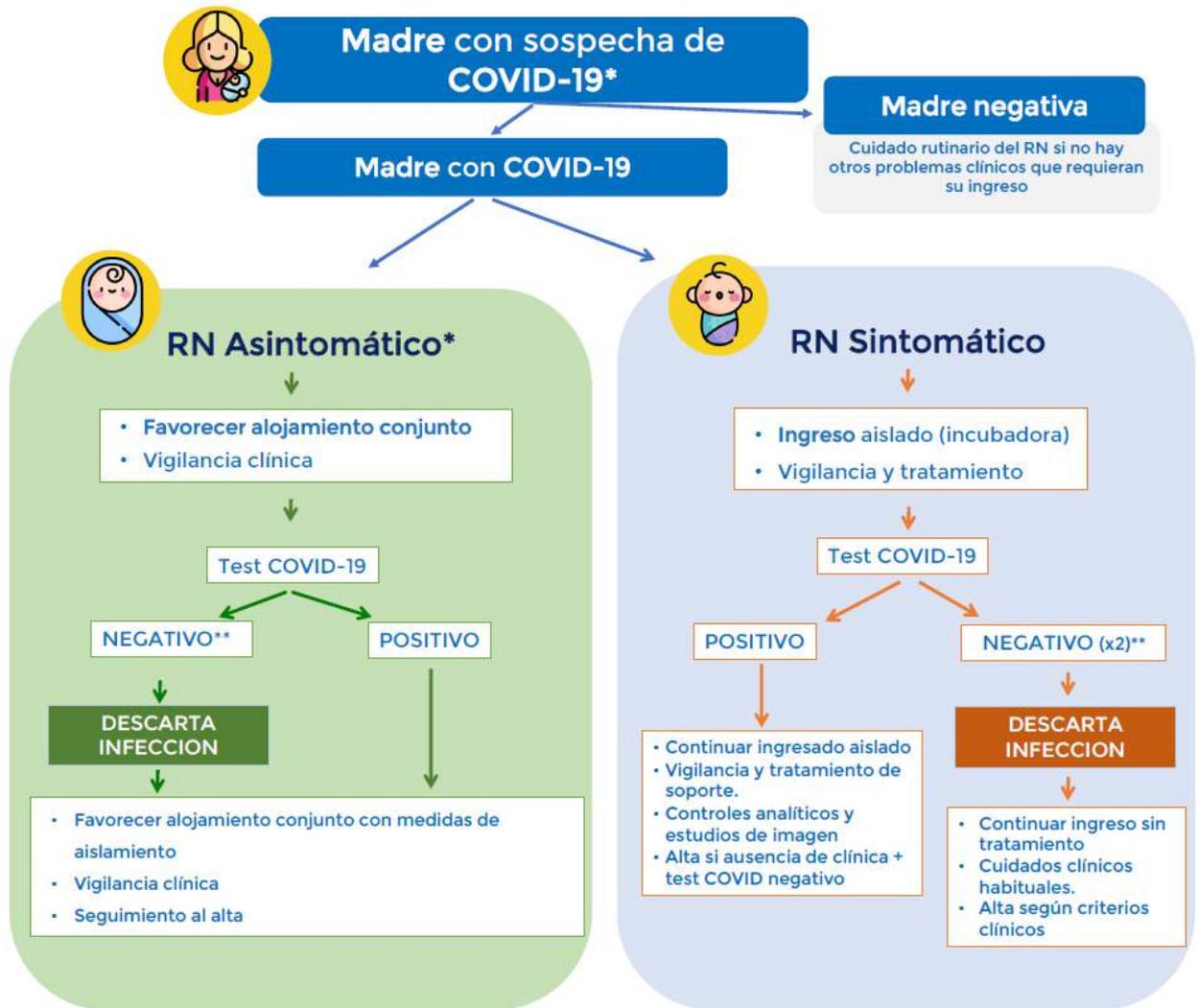
Postparto:

- Precauciones para evitar infección del recién nacido con pruebas pendientes o negativo para SARS-CoV-2

- Evitar traslado a zona común de paritorio. Aconsejable realizar parto en habitación de aislamiento o paritorio destinado para tal fin
- Personal que atiende parto con EPI (protección ocular, bata impermeable manga larga, guantes, mascarilla FFP2/FFP3), valoración individualizada en cada caso.
- Se recomienda monitorización electrónica continua del feto durante el trabajo de parto



Manejo perinatal del recién nacido de madre con sospecha de COVID-19



• En casos de madres en investigación o positivas, si **madre pauci o asintomática** y **neonato asintomático**, se recomienda alojamiento conjunto en régimen de aislamiento de contacto y gotas entre madre e hijo/a (higiene de manos, mascarilla facial y cuna a 2 metros de la cama de la madre). Si la **madre está sintomática** (fiebre, tos y secreciones respiratorias) el neonato tendrá que ser ingresado aislado y separado de su madre sólo cuando las condiciones clínicas de esta así lo recomienden. La duración de las medidas de aislamiento y separación madre-hijo, se deberán analizar de forma individual en relación con los resultados virológicos del niño/a y de la madre, las condiciones clínicas de ambos.

** En los casos en investigación **sintomáticos** hijos/as de madre con infección confirmada o con alta sospecha clínica/epidemiológica, para considerar un caso descartado (no infección) y retirar las medidas de aislamiento se recomienda tener dos controles de PCR viral (nacimiento y 24-48 horas) negativo. En los **asintomáticos** se hará uno o dos controles de PCR viral según disponibilidad.



LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS LLEGA A UN ACUERDO CON YOU&US Y CON SHIONOGI SPAIN PARA EL ACCESO AL CURSO GRATUITO PARA MATRONAS Y OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

CURSO ACREDITADO CON **8,2 CRÉDITOS** DIRIGIDO A ESPECIALISTAS EN:

- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD INTERESADOS

www.cursosaludvaginal.es

CURSO ON LINE ACREDITADO



Abierto hasta 2021

PLATAFORMA E-LEARNING DE

SALUD VAGINAL

ATROFIA VULVOVAGINAL

El presente no registra y sin carácter oficial. Los créditos de formación continuada, no son aplicables a los profesionales que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud. Para consultar la información sobre el acceso al curso de formación continuada visitada en: www.aemmatronas.org

Realizado por:



SALUD VAGINAL

ATROFIA VULVOVAGINAL

La atrofia vaginal asociada al déficit de estrógenos es una situación común en la menopausia. La importancia de este problema radica en que afecta a la calidad de vida. Menos del 50% de las mujeres con síntomas consultan por este motivo y cuando lo hacen, algunos profesionales minimizan el problema por falta de una formación adecuada en este terreno. Solo un tercio de las mujeres que presentan atrofia vaginal siguen un tratamiento adecuado.

Este curso ofrece una revisión práctica de la atrofia vaginal: su etiología, sus consecuencias, y el abordaje diagnóstico y terapéutico integral.

El curso integra las últimas novedades científicas con casos de la práctica clínica diaria, desarrollados por expertos en este materia.

PROGRAMA

MÓDULO 1.

Conociendo la vagina. Etapas evolutivas

Dra. María Jesús Cancelo Hidalgo

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Guadalajara.

Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia.

Universidad de Alcalá.

MÓDULO 2.

Atrofia vaginal. Diagnóstico. Diagnóstico diferencial. Situaciones clínicas

Dr. Camil Castelo-Branco

Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología.

Universidad de Barcelona.

Consultor Senior y Responsable de la Unidad de

Endocrinología Ginecológica. Hospital Clínic de Barcelona.

MÓDULO 3.

Estilos de vida y tratamiento local. Situaciones clínicas

Dr. Rafael Sánchez Borrego

Director Médico de DIATROS, Diagnósticos y

Tratamientos Avanzados SLP.

Acreditado como investigador de la Agència de

Gestió en Investigació Clínica (AGICAP) de Cataluña.

MÓDULO 4.

Tratamiento Sistémico: THS. Situaciones clínicas

Dr. Plácido Llana Coto

Presidente de la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia (FEEM).

Responsable de la Unidad de Endocrinología y

Reproducción Humana Hospital Universitario Central de Asturias.

Profesor Titular Vinculado de Ginecología.

Universidad de Oviedo.

MÓDULO 5.

Tratamiento Sistémico: SERMs. Situaciones clínicas

Dr. Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina

de la Mujer. Presidente de la Fundación Española de

la Mujer y la Salud (FEMYS).

MÓDULO 6.

Dispareunia. Implicaciones en la calidad de vida y la sexualidad

Dra. Francisca Molero Rodríguez

Directora del Institut de Sexologia de Barcelona.

Directora del Instituto iberoamericano de Sexología

INSCRIPCIÓN EN: www.cursosaludvaginal.es

PARA CUALQUIER CONSULTA: info@cursosaludvaginal.es



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS) Nº de expediente: 07-AFOC-01239.6/2018 8,2 créditos

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: patogenicia, 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!**

NOTICIAS DE SIMAES



EL MINISTERIO DE SANIDAD PUBLICA EN EL BOE LA CONVOCATORIA DEFINITIVA EIR CON UN INCREMENTO DE 32 PLAZAS, SOLO 4 DE MATRONAS.

La oferta EIR total será definitivamente de 1.495 plazas, de las cuales 405 serán para Matronas que, por primera vez, elegirán plaza telemáticamente.

El Ministerio de Sanidad ha publicado en el BOE la Orden SND/411/2020, de 13 de mayo, por la que se modifica la Orden SCB/925/2019 del pasado agosto y aprueba definitivamente la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020 de plazas formación sanitaria especializada para las titulaciones de grado de Medicina.

Enlace de acceso a la ORDEN:

<http://simaes.org/wp-content/uploads/2020/05/20200515-BOE-EIR-2020-especialidades-sanitarias.pdf>

Con el incremento de una plaza sobre lo que ya veníamos anunciando, en esta convocatoria habrá una oferta formativa de 405 plazas para Matronas, con un incremento de 4 plazas (+12,5%) con respecto a la convocatoria anterior. Las plazas incrementadas serán para Castilla-La Mancha (+3) y el Principado de Asturias (+1). El incremento total de plazas EIR en esta convocatoria ha sido definitivamente de 32 plazas. La oferta comparada y el incremento pueden verse gráficamente en los cuadros que se adjuntan a esta nota:

DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAZAS AMPLIADAS APROBADA POR LA COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS					
ENFERMERIA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (MATRONA)					
C. AUTONOMA	CIUDAD	PLAZAS ACREDITADAS	PLAZAS OFERTADAS BOE 9-9-2019	INCREMENTO OFERTA	TOTAL OFERTA
CASTILLA LA MANCHA	Albacete	15	5	1	6
	Alcazar de San Juan	6	3	1	4
	Toledo	16	4	1	5
P. DE ASTURIAS	Gijón	3	2	1	3
TOTAL plazas incrementadas...				4	

Número máximo de plazas en formación por el sistema de residencia que se ofertan a adjudicación en la convocatoria 2019/2020 distribuidas por especialidades, Comunidades Autónomas y Administración del Estado.

ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA	COMUNIDAD AUTÓNOMA																	ADMÓN. DEL ESTADO	TOTAL
	ANDALUCIA	ARAGON	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA-LA MANCHA	CATALUÑA	EXTREMADURA	GALICIA	MURCIA	LA RIOJA	LAS ILLES BALEARS	PAIS VASCO	P. DE ASTURIAS	CASTILLA Y LEON	MADRID	NAVARRA	VALENCIANA		
PEDIÁTRICA	27	7	8	2	14	23	4	15	6	0	6	10	3	10	42	3	10	0	190
SALUD MENTAL	38	11	10	1	15	40	5	12	10	1	5	21	9	14	37	5	15	1	250
DEL TRABAJO	14	2	4	0	0	2	0	0	3	0	0	5	2	5	16	0	7	2	62
FAMILIAR Y COMUNITARIA	30	18	24	5	43	60	31	34	40	2	18	22	26	82	49	6	50	0	540
GERIÁTRICA	0	5	0	0	13	8	2	1	0	0	2	2	2	1	9	2	1	0	48
OBSTETRICO-GINECOLÓGICA	67	10	25	5	19	66	8	16	15	4	14	23	6	14	50	8	47	8	405
TOTAL PLAZAS:																			1.495

SIMAES RECLAMA AUMENTO DE PLANTILLA DE MATRONAS PARA EL NUEVO MATERNO-INFANTIL DEL HOSPITAL U. TORRECARDENAS EN ALMERIA.

Pide que se escuchen las propuestas de las Matronas del Hospital Torrecardenas e implanten plazas de Matrona en el área de púerperas, en urgencias, en reanimación de cesáreas, además de una Matrona por cada dos dilataciones en paritorio.



Actualmente el Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería se encuentra inmerso en la apertura del nuevo materno -infantil, lo que constituye una gran oportunidad para adecuar plantillas y asegurar una atención sanitaria de excelencia para el futuro. La plantilla ha mantenido diversas reuniones con la dirección gerencia y el delegado de salud, presentando propuestas de mejora que no han sido atendidos, entre ellas:

- La implantación de la Matrona de urgencias, para minimizar tiempos de espera con las mujeres, así como evitar traslados y movilizaciones innecesarias por las distintas plantas y dependencias hospitalarias, en las mismas condiciones que el resto de hospitales del SAS.
- El control de reanimación de cesáreas por parte de Matronas, de modo que se pueda realizar, de manera inmediata el apego e inicio de la lactancia materna.
- Contar con Matronas en el área de púerperas, donde se pueda centrar el cuidado y la atención materno-infantil de una manera especializada y de calidad acorde a nuestras competencias profesionales, prestando vital importancia a la familia, al alta precoz maternal e infantil, a la valoración y asesoramiento en lactancia materna y dando continuidad de cuidados con la Matrona de primaria.
- El aumento de la actual plantilla de Matronas del paritorio con el objetivo de contar con la atención de una Matrona por cada dos dilataciones.

En suma, adecuar la plantilla actual de Matronas a las circunstancias y estructura del nuevo materno-infantil, en las mismas condiciones y dotación que las que se puede ver actualmente en otros hospitales del SAS en otras provincias, motivo por el que se ha solicitado al Consejero de Salud y Familias de la Junta de Andalucía que se tengan en cuenta las propuestas presentadas y se programen las reuniones que sean necesarias entre la plantilla de Matronas del Hospital de Torrecardenas y la Dirección del mismo, para abordar con criterios científicos y de eficiencia, la planificación de la mejora de la calidad asistencial del nuevo materno-infantil.



El GOBIERNO FINALMENTE ACEPTA QUE LOS CONTAGIOS Y FALLECIMIENTOS POR COVID EN SANITARIOS SON ACCIDENTE DE TRABAJO "A TODOS LOS EFECTOS".

Lo ha aprobado el Consejo de Ministros y supone un aumento de las prestaciones en caso de muerte o incapacidad permanente.

SIMAES insiste en que también debe incluirse en la lista de enfermedades profesionales.

Sindicato de Matronas Españolas <http://simaes.org/>

I. DISPOSICIONES GENERALES JEFATURA DEL ESTADO

Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19

Artículo 9. Consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2 durante el estado de alarma. 1. Las prestaciones de Seguridad Social que cause el personal que presta servicios en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, y que en el ejercicio de su profesión, hayan contraído el virus SARS-CoV2 durante cualquiera de las fases de la epidemia, por haber estado expuesto a ese riesgo específico durante la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos laborales y Salud Laboral, se considerarán derivadas de accidente de trabajo, al entender cumplidos los requisitos exigidos en el artículo 156.2.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

2. Esta previsión se aplicará a los contagios del virus SARS-CoV2 producidos hasta el mes posterior a la finalización del estado de alarma, acreditando este extremo mediante el correspondiente parte de accidente de trabajo que deberá haberse expedido dentro del mismo periodo de referencia.

3. En los casos de fallecimiento, se considerará que la causa es accidente de trabajo siempre que el fallecimiento se haya producido dentro de los cinco años siguientes al contagio de la enfermedad y derivado de la misma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 217.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

**GUÍA BÁSICA
PARA EL CUIDADO DEL SISTEMA INMUNE**

Frente a la COVID19 y otras enfermedades infecciosas



TU SALUD

Nuestro compromiso, TU responsabilidad.

Las enfermeras cuidan de TU SALUD



Interesante guía elaborada por enfermeras del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria pertenecientes al grupo de trabajo de Enfermería Integrativa.

http://enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/GUI_A_BA_SICA_FINAL.pdf

TE INVITAMOS A LA PRÓXIMA **WEBINAR**

04 / 06 / 20 20:00 HS

ACTUALIZACIÓN EN NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA

NUEVAS EVIDENCIAS

LA **COLINA** COMO NUTRIENTE
INDISPENSABLE

Dra. Maria de La Calle

Jefe de Sección de Tocología de Alto Riesgo y Obstetricia Médica en el Hospital de la Paz, Madrid.

MODERADOR:

Dr. Santiago Palacios

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

Con la colaboración de:



INSCRIPCIÓN

PINCHA AQUÍ

<https://register.gotowebinar.com/register/5793128162377986319>

OFERTA DE TRABAJO PARA MATRONAS

HOSPITAL DE FIGUERES

Fundació Salut Empordà



SE NECESITA MATRON/A PARA EL HOSPITAL DE FIGUERES

REQUISITOS

- Grado o Diplomatura en Enfermería.
- Especialización como Matrón/a.

SE VALORARÁ

- Perfil y experiencia profesional.

SE OFRECE

- Contrato temporal de larga duración.
- Retribución según convenio del SISCAT.
- Excelente oportunidad profesional en un buen ambiente de trabajo y en un entorno de alta calidad de vida.

ENVIAR CV

Vanessa Díaz

Departament de Recursos Humans

vmdiaz@salutemporda.cat



COMUNICADO DE AMREF

El director global de Amref Health Africa reflexiona sobre la situación global de la pandemia de COVID-19 y las consecuencias que tendrá.

En una conversación con Amref España, el Director Global de Amref Health Africa, Githinji Gitahi, analizó los retos del sistema sanitario global ante la crisis del coronavirus, el papel de las sociedades de cada país y las actuaciones de sus gobiernos, el reparto de riqueza global y la cobertura sanitaria universal, objetivo principal de la actividad de Amref.

Por una eficiente gestión sanitaria

“Un buen sistema sanitario es igualitario y resiliente. Es multisectorial, no solo acoge a la sanidad, también la educación, la agricultura, el saneamiento”, opinó Gitahi sobre cómo consideraba él que debía ser una gestión sanitaria eficiente.

El colectivo que más está sufriendo la crisis del coronavirus es de los trabajadores sanitarios, expuestos a altos niveles de contagio. El 21,4% del total de población contagiada en España por COVID-19 es personal sanitario. El Director Global de Amref opina que es imperativo “proteger a los trabajadores sanitarios. Asegurar que sean conscientes que si acaban infectados, hay mecanismos disponibles para cuidarles.”

Sobre el objetivo principal de Amref, asegurar la cobertura sanitaria universal en África, Githinji Gitahi opina que “la sanidad no solo debe ser universal, también debe ser accesible.” Y pone como ejemplo el caso de Estados Unidos, primera potencia mundial, con hospitales y médicos de referencia, pero con el mayor número de casos y fallecimientos de COVID-19 del mundo. Muchos ciudadanos de Estados Unidos no tienen acceso a tratamientos por falta de liquidez económica, lo que demuestra que no todos los sistemas sanitarios fuertes son accesibles, y que aún nos queda mucho por recorrer en el alcance de la cobertura sanitaria universal.

Seguridad sanitaria global, otro factor importante a tener en cuenta.

En una crisis pandémica global como la que estamos experimentando en todo el planeta, Gitahi reflexiona sobre el concepto de seguridad sanitaria. «La seguridad sanitaria global y la cobertura sanitaria universal son dos caras de la misma moneda. Si una persona tiene una enfermedad, todo el mundo puede estar expuesto a ella.» Afirma, y añade “nadie está a salvo si una persona no está a salvo.”

Con una seguridad sanitaria global eficiente, los problemas de abastecimiento de material sanitario como EPIs, mascarillas o ventiladores en el mercado internacional se hubieran minimizado. “Creo que lo que debe predominar ahora es la solidaridad global. Usar organizaciones supranacionales, como la OMS, para manejar el suministro global de medicamentos y otros productos sanitarios esenciales y asegurar suministro equitativo,” propone.

Esta crisis sanitaria conduce inexorablemente a una crisis económica global, pero el Director Global de Amref nos recuerda la prioridad: “la economía depende de la salud de las personas.”

El futuro: lecciones aprendidas y sistema sanitario post COVID-19

Las crisis son oportunidades para aprender y evolucionar. Para Githinji Gitahi, después del COVID-19 “Necesitamos revisar nuestro concepto de solidaridad global. El multilateralismo no es sencillamente un mecanismo de ayuda o filantropía, sino la prerrogativa que asegura que todos estamos a salvo, por lo que la economía global se mantiene también a salvo.”

El futuro del sistema sanitario se prevé incierto. “Al principio estará muy debilitado, porque ha estado bajo mucha presión, pero la voluntad de invertir en el sistema sanitario será más fuerte que antes”, afirma el doctor keniano.

Gitahi identifica las debilidades que tendrá el sistema. Por un lado “necesitamos reponer la confianza que los trabajadores sanitarios puedan haber perdido en el sistema”, además, concretamente en África “veremos cómo se reduce los chequeos prenatales y una reducción de los niños que van a vacunarse porque las madres no les llevarán a los centros sanitarios por miedos.”

“El sistema sanitario va a sufrir tensiones después del COVID-19. Tendremos que multiplicar los esfuerzos para apoyar al sistema sanitario, y fortalecerlo para que se enfrente mejor a futuras pandemias” concluye.

Githinji Gitahi es Director General del grupo Amref Health Africa desde 2015. Antes, fue Vicepresidente y director Regional de África de Smile Train International, Director Ejecutivo de Monitor Publications, un grupo mediático ugandés, y Director General de Marketing para el Este de África en el Nation Media Group. Doctor en Medicina por la Universidad de Nairobi y MBA en Marketing por la United States International University, es también Consejero del Comité Directivo de Cobertura Sanitaria Universal 2030.



NOVEDADES



La Asociación Española de Matronas acaba de incorporar un nuevo capítulo en publicación los Consejos de tu matrona. Los nuevos contenidos versan sobre el coronavirus Covid-19 con la información disponible hasta la fecha.

Incluye información respecto al embarazo, parto, puerperio y crianza.

En este momento difícil será de gran ayuda para todas las mujeres y una herramienta de apoyo para la consulta de matrona.

El libro de **Los Consejos de tu Matrona** está disponible y con descarga libre en:

<https://aesmatronas.com/publicaciones/>

EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE MADRID REQUIERE A LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD PRUDENCIA Y MÁS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA GARANTIZAR UNA DESESCALADA SEGURA



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

Desescalada sí, pero con prudencia y más enfermeras especialistas en Atención Primaria.

Bajo estas premisas, el presidente y la secretaria del Colegio de Enfermería de Madrid, Jorge Andrada y Sara Gasco, respectivamente, han acudido a la sede del Gobierno regional convocados por la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, como parte de un grupo de profesionales sanitarios con los que abordó el proceso de desescalada en Madrid.

En este contexto, los representantes de la profesión enfermera han defendido una desescalada que parta de la prudencia y han puesto sobre la mesa una serie de propuestas con el objetivo de que el proceso se desarrolle sin poner en riesgo la salud y la seguridad de los sanitarios y del resto de ciudadanos madrileños.

Como viene haciendo en las últimas semanas, el Colegio ha calificado la Atención Primaria como “clave” en el camino hacia la normalidad y en este sentido sus representantes han requerido a la presidenta un refuerzo de este nivel asistencial basado en la contratación de más enfermeras. Además, ha planteado la reapertura inmediata de todos los centros de salud y de los SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) en el medio rural.

Tanto Andrada como Gasco han reclamado protección y seguridad para las enfermeras madrileñas, y en este sentido, también información relativa al número real de profesionales contagiados, cuántos test se han llevado a cabo hasta la fecha y que se agilice al máximo la realización de test a todas las enfermeras y demás profesionales de todos los centros sanitarios implicados en la pandemia.

En materia de prevención y educación para la salud, ámbitos de referencia para nuestra profesión, desde la institución colegial se ha hecho especial hincapié en la necesidad de poner en marcha campañas de concienciación y sensibilización orientadas a la población.

El Colegio, además, ha descrito a la presidenta regional cuál es la realidad en cuanto a las especialidades enfermeras en Madrid, donde se invierte en su formación para después contratarlas como enfermeras generalistas. Para corregir esta irregularidad que la profesión lleva sufriendo años, el Colegio exige la apertura inmediata de una bolsa por especialidades para su contratación.

La reunión, en la que también ha estado presente el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, ha servido para urgir a la Administración a que lleve a cabo un cambio normativo relativo a los centros sociosanitarios, tanto públicos como privados. En este sentido, el Colegio propondrá próximamente a la presidenta de la Comunidad un cambio importante en cuanto al tratamiento que debe darse a las personas residentes y pasar a considerarlos como residentes-pacientes y que absolutamente todas las residencias tengan la obligación de disponer del servicio sanitario pertinente.

Los representantes de la institución colegial han valorado positivamente la reunión, aunque han reclamado al Gobierno regional una comunicación más fluida y frecuente con los colegios profesionales.

Fuente: CODEM

**5 DE MAYO
DIA INTERNACIONAL DE LAS
MATRONAS**



Las declaraciones de las autoridades mundiales de salud sobre las matronas

Webinar: IDM. Las voces de las matronas durante la pandemia COVID-19



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Director General de la OMS, como matrona y enfermero honorario estoy orgulloso de unirme a ustedes. Les envié a todas las matronas alrededor del mundo mis felicitaciones, es muy significativo porque también festejamos el año internacional de las enfermeras y parteras. Pensábamos en un gran festejo, pero por el Covid-19 no hemos podido, lo trasladaremos para el próximo año. Ha habido un acuerdo para que esta década, no solo el año, sea la década de las matronas y enfermeras.

El Covid-19 nos ha dado la oportunidad de reflexionar y de pensar en grande.

Quiero agradecerles a las matronas su trabajo con las mujeres, infantes y familias, a lo largo de las comunidades y generaciones.

Mi abuela era una partera tradicional, quien ayudó a mi madre a darme a luz 56 años atrás, es por esto las respeto. OMS apoya a las matronas y su celebración. Su trabajo es fundamental para prevenir complicaciones, para apoyar a las madres y el respeto que tenemos por ustedes es inconmensurable.

Sabemos que hay matronas que han muerto a causa del Covid-19 y las honramos.

Franka Cadée- ICM: las matronas estamos sobreviviendo al Covid-19, hemos sobrevivido a través de los años, enfrentamos muchos desafíos. Lamentamos que no exista aun evidencia científica necesaria en relación a la pandemia, incrementándose, por ejemplo, las tasas de cesáreas. Estamos respondiendo al margen de la evidencia científica y estamos preocupadas por la respuesta que se está dando ante las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se necesita realmente la inversión en matronas, compartir sus experiencias y conocimientos.



Electrónicamente, las matronas estamos aprendiendo en esta pandemia, la ICM ha tenido intervenciones virtuales y nos sorprendió que todas estábamos ahí, matronas de alrededor del mundo. Estamos aprendiendo unas de las otras, estamos muy abiertas a aprender, aprendemos de cómo abogar para obtener lo que necesitamos, a trabajar en alianzas y colaboración.



Arwa Oweis- OMS: la disponibilidad de matronas mejora los resultados materno – perinatales. El 2020 está trayendo nuevas oportunidades para acelerar los esfuerzos para fortalecer la partería y enfermería, particularmente en el contexto de Covid-19. Las matronas están contribuyendo de forma eficiente a avanzar ante esta problemática, siempre que están disponibles y son accesibles.





Natalia Kanem - UNFPA. Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): las matronas son un nexo confiable con las mujeres y sus familias, apoyando a las mujeres y sus recién nacidos, apoyando a las mujeres durante un aborto, menstruación, lactancia, planificación familiar, screening de cáncer cervicouterino.

Las matronas hacen que la atención de calidad sea una realidad. Las matronas representan a las mujeres, están con ellas, jamás las abandonarían, sin importar las circunstancias. Esta es la razón por la que queremos que las matronas estén protegidas y puedan seguir brindando sus servicios

Henrietta Fore– UNICEF: el papel de las matronas proveyendo atención al RN es irremplazable. Los niños están siendo afectados por el Covid-19 y estarán también afectados por sus consecuencias socio- económicas con un incremento mundial de 1.2 millones de muertes neonatales. Estamos trabajando con las matronas para apoyar a las mujeres, para implementar COPAP, para brindar apoyo a las madres.

Hoy también es el día mundial del lavado de manos y las matronas tienen su rol en esto. Deben tener acceso a jabón y agua potable, a higiene de manos, mientras asisten a las mujeres en sus comunidades (1 de cada 5 mujeres está dando a luz en países de ingresos medio y bajos).

En cuanto a la lactancia materna, queremos recordar que el virus causante de COVID-19 no se transmite a través de la leche materna, por lo que las mujeres deben ser alentadas a amamantar y las matronas deben apoyarlas para hacerlo de forma segura (incluida la donación de leche)



Benedetta Allegranzi– OMS (Día internacional del lavado de manos): las matronas y enfermeras son críticas para prevenir y controlar infecciones, liderando estos programas. Deben ser educadas y entrenadas ellas mismas, para poder entrenar también a sus colegas y profesionales de salud. “Matronas, sus manos hacen la diferencia para las madres y sus hijos”

Anshu & McConville–OMS: las matronas son importantes y deben ser entrenadas en consonancia con los ODS. Las matronas deben contar con los elementos necesarios para luchar contra el covid-19 y poder continuar brindando sus servicios.

- Actualmente no hay evidencia de que las mujeres embarazadas con COVID-19 presenten síntomas de infección más graves o tengan mayor riesgo de enfermedad severa.
- No existe evidencia clara sobre la transmisión vertical.
- La evidencia es incierta sobre el incremento de resultados adversos perinatales, y están limitados al último trimestre.
- Las decisiones y opciones de las mujeres deben ser respetadas, más allá de la pandemia (acceso a planificación familiar, aborto seguro, etc)
- Las mujeres positivas o sospechosas de estar infectadas deben recibir cuidados de calidad, se les debe permitir estar acompañadas por una persona de su elección, deben recibir alivio del dolor, deben poder moverse y adoptar la posición que deseen y puedan ser asistidas en centros asistenciales liderados por matronas.
- Incluso las mujeres Covid-19 positivas pueden practicar COPAP, “Kangaroo mother”, internación conjunta, respetando las medidas de prevención y control de infecciones.





Llamamiento a la acción global

Proteger a los matrones y matronas para mantener el cuidado de las mujeres, los recién nacidos y sus familias durante la pandemia de COVID-19

La Confederación Internacional de Matronas hace un llamamiento a todas las matrona y a las autoridades responsables de la salud de los todos los gobiernos del mundo.

El documento está disponible en:

<https://aesmatronas.com/documentos/documentos-icm/>

<https://www.internationalmidwives.org/es/index.html>

CRONICA DEL ACTO DE CLAUSURA EN LA UNIDAD DOCENTE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



Pese a todos los pronósticos, dada la situación en la que nos encontramos a causa de la pandemia, el día 22 de mayo se ha celebrado el Acto de Clausura de la XXI Promoción de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) de la Comunidad Valenciana.

Cuarenta y una residentes contratadas hace dos años en diez y siete Departamentos de Salud, terminan su período de formación EIR con la exposición y la defensa pública de sus trabajos de investigación. Eso sí, en vez del acto tradicional el aplauso y el reconocimiento de más de 200 personas, entre residentes de la siguiente promoción, profesionales de la sanidad pública -tanto de Atención Primaria como de Asistencia Especializada-, Profesorado, Tutoras y Tutores, familiares y las personas que formamos administrativamente la Unidad Docente de Matronas CV (EVES), esta vez hemos recurrido a la videoconferencia dada la limitación existente para concurrir multitudinariamente a un acto de tales características en el estado de alarma.

También el CECOVA y la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana han estado a la altura de otros años otorgando sendos premios a los mejores trabajos de investigación de la promoción. Por parte del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) su vicepresidenta, Maribel Castelló, tuvo palabras de felicitación para todas las autoras de los trabajos y manifestó su bienvenida a la profesión. El premio fue para la investigación que llevaba el título "Influencia de la extracción manual antenatal de calostro como inductor del parto eutócico" realizado por las residentes del Hospital General Universitario de Castellón. Por la Associació de Comares intervino la vocal Fuensanta Martínez, quien expresó su reconocimiento y su satisfacción hacia quienes habían ganado el premio con el título: "Consulta Especializada en Lactancia Materna del Hospital Vega Baja" cuya autoría pertenece a las residentes de dos hospitales: el de Torreveija y el de la Vega Baja, ambos de Alicante.

Los temas de investigación elegidos por la XXI Promoción están directamente relacionados con las competencias y con el trabajo diario de la matronas. Hemos considerado pertinente mostrar en el siguiente cuadro resumen la variedad de temas abordados que dan consistencia al sustrato básico para una profesión, el conocimiento científico.

Como nos tienen acostumbradas, los trabajos fueron de gran calidad metodológica y la exposición de los mismos fue brillante.

La delegada y la subdelegada hicieron un pequeño recorrido por lo que habían significado los dos años de formación, por las experiencias vividas y por los avatares de la última etapa, sintiéndose emocionadas por el camino que comenzaba a partir de ahora. Fueron unas palabras de agradecimiento muy emotivas para todas las profesionales que habían contribuido a su formación.

Como Jefa de Estudios de esta Unidad, he sentido una enorme sensación de orgullo y de admiración. Así lo expresé en el pequeño discurso de clausura recordando que hacía dos años cuando se había dado la bienvenida a las entonces recién llegadas residentes, ni ellas ni nosotras sabíamos el alcance que iba a tener su inmersión en la matronería.

Cuarenta mujeres y un hombre, ahora ya matronas, que nos han demostrado su capacidad para adaptarse a un contexto de emergencia sanitaria como ha sido este tiempo pandémico de estrés, confusión y de incertidumbre. Las matronas más mayores podemos estar tranquilas porque estas generaciones que están tomando el relevo tienen la formación y la fuerza necesarias para elevar el reconocimiento social e institucional de esta profesión al sitio que merece.



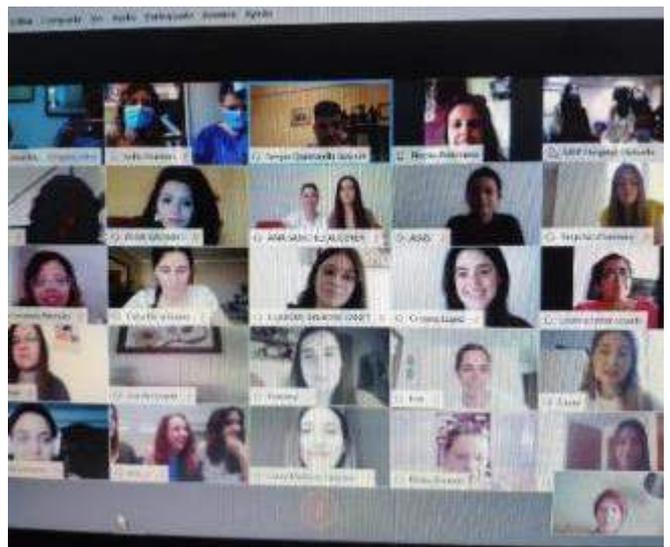
Para finalizar les recordé que por el hecho de formar parte de este colectivo, tenían que comprometerse a respetar y hacer respetar los compromisos éticos de la profesión de Matrona. Enumeré los 7 aspectos que me parecían imprescindibles:

1. Respetar la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 que incluye las decisiones tomadas por la mujer respecto a su salud, incluidos el embarazo y el parto.
2. Basar su práctica profesional en el Código Deontológico para Matronas que se publicó en el año 2011.
3. Promover el parto fisiológico cumpliendo las indicaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (2007).
4. Formarse a lo largo de su vida para poder ofrecer a la mujer una información rigurosa, basada en la evidencia científica y desempeñar esta profesión eliminando prácticas obsoletas que pudieran vulnerar la integridad de la mujer.
5. Defender nuestras competencias ante cualquier otro u otra profesional que quiera limitar nuestros derechos como profesionales autónomas.
6. Implicarse con las Asociaciones de Matronas en el trabajo necesario para conseguir que ocupar los puestos de trabajo para los que han sido formadas (Centros de Salud Sexual y Reproductiva, Unidades de hospitalización de púerperas y de Obstetricia y Ginecología, Consultas de Diagnóstico Prenatal, etc.).
7. Comprometerse con políticas sanitarias que mejoren la vida de las mujeres, como eliminar la prostitución, trabajar activamente para detectar y atender a mujeres que han sido víctimas de mutilación genital y eliminar la violencia machista.

¡BIENVENIDAS Y BIENVENIDOS AL COLECTIVO DE LA PROFESIÓN DE MATRONA. NECESITAMOS TODA VUESTRA FUERZA!.

María José Alemany Anchel PhD
IIS La Fe, Grupo Investigación @GREIACC
Cap d'Estudis de la Unitat Docent de Comares-CV

Pantallazo de la videoconferencia



RELACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DE LAS RESIDENTES DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (MATRONA) DE LA XXI PROMOCIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2020

AUTORAS	HOSPITAL	TUTOR/A	TÍTULO
Lorenzo, Carla del P. Martí, Paula	H. Lluís Alcanyis (Xàtiva)	Fco. Javier Soriano	Evaluación del conocimiento sobre vacunas en la población gestante del Dpto. de Salud Xàtiva-Ontinyent
Alvarez, Raquel D' Ivernois, Begoña Martínez, Laura	H. Clínico Universitario (Valencia)	Mara Durá	Influencia de una intervención educativa en los conocimientos sobre la sexualidad en las gestantes
Enzunza, Irati García, Silvia Renedo, Sara Sánchez, Lorena	H.G.U. de Elx (Alicante) H. de San Juan (Alicante)	Roberto Gironés	La ecografía como herramienta de trabajo de la matrona
Baldoví, Claudia Meseguer, Marina Rosell, Andrea	H. de la Ribera (Valencia)	Francisca Camacho	Experiencias y conocimientos de las mujeres sobre la ecografía vaginal en sus diferentes etapas vitales
Carrasco, Nuria Cuartero, M. del Mar López, Araceli	H.G.U. de Valencia	Pilar Cortés	¿Influye la movilidad pasiva materna en la duración de la fase expulsiva del parto?
De la Fuente, Celia López, Cristina	H. de la Plana, Vila-Real (Castellón)	Soledad Carregui	Influencia de la técnica de movilización pasiva de la pelvis sobre el inicio espontáneo de parto en gestantes con RPM
García, María Muñoz, Gemma Rodríguez, Estefanía Rosado, Sonia	HGU de Alicante	Mª José Alemany	Implicación del padre durante el proceso de parto
Abad, Ana Belén Blasco, Ruth Castillo, Susana Morales, Alba Morón, Marta	HUYP La Fe (Valencia)	Ángel López	Relación entre los niveles de lactato del líquido amniótico y el bienestar fetal durante el trabajo de parto
Sánchez, Ana García, Julia Mª	H. Marina Baixa, Denia (Alicante)	Estefanía Martínez	Infusión basal continua versus bolo obligatorio automatizado en analgesia epidural. Estudio comparativo
Durán, Yara Galindo, Alba Reig, María Torreceilas, Silvia	H. Dr. Peset (Valencia)	Eva Navarro Asunción Obiol	Prevención de desgarros mediante la protección perineal en primíparas durante el expulsivo
Quintanilla, Sergio Rodríguez, María Talavera, Miriam	H de la Vila (Alicante) H. de Elda (Alicante)	Mª José Alemany	Efectividad de la aplicación de frío versus calor en el periné durante el postparto inmediato
Felip, Laura Jimenez, Marta Pueyo, Paula	HGU de Castellón	Sofía Granero Rosa Mont	Influencia de la extracción manual antenatal de calostro como inductor del parto eutócico
Buendía, Sandra Carbonell, Eva Paola López, Esther Mª	H. Vega Baja, Orihuela (Alicante) H. de Torrevieja (Alicante)	Olaya Bernabé	Consulta especializada de lactancia materna del Hospital Vega Baja

UNESPA PONE EN MARCHA UN FONDO DE 38 MILLONES DE EUROS PARA CUBRIR LOS DAÑOS POR COVID-19 PARA SANITARIOS

109 compañías del sector de seguros han aportado un fondo solidario de 38 millones de euros de ayuda para los profesionales de la salud que han contraído la enfermedad por coronavirus.

La iniciativa pretende expresar el reconocimiento de la labor profesional desarrollada por todo el colectivo. El seguro cubre la hospitalización y el fallecimiento de profesionales de la salud, que se haya producido entre el 14 de marzo y el 13 de septiembre, ambos incluidos, como consecuencia de la Covid-19. Es decir, la cobertura tiene un carácter retroactivo.

El plan del capital aportado ha previsto indemnizaciones para los familiares de fallecidos de 30.000 € y también un subsidio por hospitalización de 100 € por día, mínimo tres días y máximo 14 días.

La aplicación tienen carácter retroactivo desde que entró en vigencia la declaración del estado de alarma y se hará extensivo durante seis meses.

Hasta la fecha el número de sanitarios afectados supera los 50.900 con más de 50 fallecidos. Entre los beneficiarios se hace extensivo a médicos, enfermeras, matronas, especialistas en análisis clínicos, auxiliares de enfermería, técnicos de radiología, farmacéuticos, personal en formación, fisioterapeutas, etc.

Solicitudes

Para solicitar las indemnizaciones solo tendrán que rellenar el cuestionario justificando su condición de trabajador del ámbito sanitario en cualquier establecimiento: centros de salud, hospitales, hospitales de campaña dependientes de hospitales o de las comunidades autónomas, clínicas privadas, consultorios de atención primaria públicos y privados, servicios públicos de urgencias y emergencias (112/061), residencias geriátricas y servicios de urgencias y emergencias dependientes de estos.

El límite del fondo previsto, de 38 millones de euros, se cree que alcanzará para cubrir la siniestralidad total y el supuesto de que alguna cantidad se destinará para investigación sobre el Covid-19.

Desde INFOMATRONAS aplaudimos largamente la iniciativa.

Para solicitar las indemnizaciones entrar en la página web:

<https://www.unespa.es/que-hacemos/coronavirus/>



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 coronavirusSARS-CoV-2: **TELEFONO: 91 700 79 88**

Familiares de personas enfermas o fallecidas por el coronavirusSARS-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



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



ALGO SE MUEVE POR LA AMARGA REALIDAD. ¡OJALA SE HAGA EXTENSIVO!

Carta de un grupo de enfermeras en distintas especialidades, motivados y dispuestos para la defensa de la profesión: Aprendamos de los errores, miremos a Europa

Hoy en día, todos somos héroes. Si cuando estábamos en la carrera, allá por el 2008, al comienzo de la famosa crisis económica, nos hubieran dicho que a las ocho de la tarde toda España saldría a aplaudirnos a las ventanas y a los balcones, habríamos arqueado las cejas con incredulidad y nos habríamos mirado entre nosotros. Unos años más tarde, con el diploma en la mano y la crisis todavía patente en todo el país, nos habría dado un ataque de risa.

¿Por qué? Pues porque, aunque es algo que agradecemos enormemente en estos días de sufrimiento y mucho trabajo, no es en lo que pensamos cuando hablamos de valorar a la profesión sanitaria. En este caso, a la Enfermería.

Hoy día, muchos se echan las manos a la cabeza cuando escuchan que muchos médicos, sobre todo en las Comunidades Autónomas (CCAA) más afectadas por la crisis del COVID-19, deben cambiar de especialidad para poder colaborar en otras unidades donde la presión asistencial está por las nubes. ¿Cómo va a intubarme un ginecólogo? ¿Cómo va a valorar un nefrólogo una neumonía bilateral? ¿Cómo un enfermero puede trabajar en una UCI Neonatal, y al día siguiente ser enviado a Cirugía Vascul, y ser obligado a ofrecer el mismo nivel de asistencia en dos servicios tan diferentes? La sociedad se compadece de la Medicina, pero se lo exige a la Enfermería.

Esto fue algo que vislumbramos cuando comenzamos nuestra andadura profesional. La inmensa mayoría no tuvimos más remedio que emigrar. Algunos entre CCAA, aunque fuimos más los que nos mudamos al extranjero. Para algunos, la experiencia fue positiva, pero para muchos de nosotros no. Nos sentíamos rechazados por nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), que gritaba a los cuatro vientos lo necesarios y lo valorados que éramos, pero que después nos rechazaba, a pesar de que el ratio enfermero/paciente era muy alto y empeoraba cada vez más. Los que decidimos no cruzar fronteras, íbamos mareados de un lugar a otro a otro, con contratos precarios, mal pagados, en clínicas privadas donde lo importante era la facturación a fin de mes y no el cuidado del paciente.

Debido a nuestra experiencia, hemos comprendido que el concepto de enfermero generalista, «enfermero para todo» o «enfermero todoterreno», capaz de ir a cualquier servicio que nos vendieron (y siguen vendiendo), y que tan bien queda de cara al resto de Europa: «Los mejores enfermeros del mundo», está obsoleto. Es arcaico y contraproducente, no permite el avance de la profesión y coloca barreras a los sanitarios que quieren desarrollarse en su trabajo.

La especialización enfermera es necesaria como se ha podido comprobar en esta situación de crisis, en la que muchos profesionales se han visto movidos hacia áreas de cuidados críticos sin la debida formación en los mismos, lo cual supone un riesgo tanto para el profesional, como para el paciente y el sistema. Y aunque es algo que se lleva haciendo durante años, con la enorme demanda que ha surgido estas últimas semanas, han sido todavía más los enfermeros generalistas que han sido desplazados a estos servicios sin la formación sanitaria adecuada.

Resultaría extraño, ridículo, que un profesor de preescolar diese clase a alumnos de segundo de Bachillerato. No tendría sentido que un Ingeniero Químico hiciera el trabajo que un Ingeniero Industrial, o que un Internista realizase una cesárea de urgencia. Entonces, ¿por qué este mismo principio no se aplica a la Enfermería? ¿Por qué se nos exige algo que, para el resto de las áreas laborales, resultaría inadmisibile?

Al trabajar en un área en la que no se tiene experiencia, se producen problemas relacionados con la complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales y formativos de los profesionales, y factores relacionados con la enfermedad. Todo esto pone en peligro la seguridad del paciente; no puede brindarse una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Las bases de un sistema de salud de los que muchos se vanaglorian. Los efectos derivados de este problema provocan una causa de elevada morbilidad y mortalidad. Si se analiza todo esto, ¿resulta económicamente rentable para nuestra Consejería de Salud, para nuestro SNS?





Después de este análisis, creemos que es necesario desarrollar un cambio clave en la formación de los enfermeros generalistas. La Enfermería tiene el mismo derecho que la Medicina a tener sus especialidades. ¿Por qué los médicos pueden estudiar y desempeñar solo el área en el que se han formado y al personal de enfermería se nos exige ser competentes en cualquier especialidad que engloba la sanidad? No es justo que un enfermero se exponga profesional y emocionalmente cada vez que se produce un cambio de contrato (que suele ser bastante a menudo, además).

Muchos tratan de vender la idea de que la Enfermería es polivalente, pero eso no es cierto. Los enfermeros disponemos de conocimientos sobre qué debemos hacer a nivel general, pero no a nivel específico. Porque (y esto es algo que resulta ridículamente obvio de remarcar) no podemos conocer todos los protocolos, todas las técnicas, todos los cuidados enfermeros, todos los tratamientos, todas las complicaciones, todo lo anexo a una especialidad en concreto. Y, con contratos que en muchas ocasiones no duran más de un mes (aunque muchas veces no son más que unos pocos días o semanas), no tenemos el tiempo ni la capacidad de asimilar toda la información necesaria del área en donde trabajamos.

De esto podríamos tomar nota de los británicos, quienes tienen un gran abanico de especialidades, como enfermería de EPOC o de rehabilitación cardiovascular, por citar algunos ejemplos. En España, aunque tenemos algunas reconocidas, siguen siendo insuficientes para cubrir todas las áreas y servicios con el que cuenta nuestro SNS.

Por desgracia, este tema no solo afecta a los enfermeros generalistas. También se da en las pocas especialidades enfermeras que están reconocidas a día de hoy, y cuyas competencias (se supone) están bien definidas. Un ejemplo claro es la Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

Por propia experiencia, hemos observado las enormes desigualdades que existen en la atención a la mujer entre CCAA. Las más sonadas, en la Atención Primaria (AP). En CCAA como Aragón o el País Vasco, la atención que se ofrece es completa. Las pacientes tienen a su matrona en los Centros de AP, y estas les ofrecen la posibilidad de atender todo su ciclo vital, desde consultas de anticoncepción, pasando por el embarazo y el puerperio, la toma de citologías, hasta el climaterio y la menopausia. Por otro lado, tenemos a Andalucía, donde sus residentes de matrona ni siquiera tienen la oportunidad de formarse en la última etapa sexual de la vida de la mujer, ya que la mayoría de los Centros de AP de la comunidad no ofrecen ese servicio. Pero no solo eso. En provincias como Córdoba apenas hay matronas cubriendo plazas en estos centros. En su gran mayoría, las mujeres durante el proceso de embarazo y puerperio son atendidas por Médicos de AP y enfermeros generalistas, no especializados. Y aunque encontramos a grandes profesionales, no están preparados para atender todas las dudas y necesidades que pueden surgir en una etapa vital de esta importancia, ya que no fueron formados para ello. Para comprobar este hecho, solo habría que preguntar por el tiempo formativo que pasaron realizando prácticas en el área de Ginecología y Obstetricia.

Sin embargo, las desigualdades no terminan en la AP. En la mayoría de los hospitales andaluces, no se encuentran matronas más allá del servicio de paritorio. En plantas de maternidad, o de puerperio, son atendidas por enfermeros generalistas, mientras que en otras CCAA (ponemos de nuevo el ejemplo de Aragón), estas plazas están cubiertas por matronas, mejor formadas en el área del embarazo y el puerperio. De esta forma, se evitan las saturaciones en el área de paritorio y los problemas derivados de una alta demanda asistencial. Lo mismo sucede con el puerperio. Nadie mejor que una matrona está capacitada para atender las dudas de la lactancia y del recién nacido (RN), sobre todo en aquellas mujeres que sean primerizas. En muchísimas ocasiones, las madres se deciden por la lactancia artificial porque sus dudas no son respondidas o atendidas con la paciencia y los conocimientos que son necesarios.

Un último apunte, también obvio, son las plantas de ginecología. Si las matronas somos especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica, ¿por qué nos relegan (aunque no siempre se cumple como hemos reseñado con anterioridad) a plantas de Obstetricia, cuando también nos obligan a formarnos en otra rama de la especialidad que apenas (y a veces nunca) volvemos a tocar? ¿Es descabellado que un especialista, recalcamos, de Obstetricia y Ginecología, trabaje en una planta de Obstetricia, o en otra dedicada a la Ginecología?





Es una pregunta lógica y ridícula, pero que se da desde hace muchos años y tememos que se siga produciendo, ya que no se prevén cambios. La conclusión de esto es que, mientras hay mujeres peor atendidas por profesionales que no están preparados para ello, hay cientos de matronas en paro con unos conocimientos que están totalmente desperdiciados.

Con todo lo anterior, queremos reflejar nuestro descontento con la falta de especialidades para el personal de enfermería, por la falta de empatía del estado y su sanidad pública hacia nosotros. Tenemos derecho como profesionales sanitarios a un reconocimiento general y específico de nuestra situación laboral. Necesitamos que se nos escuche ante la falta de especialidades y del poco reconocimiento de las que existen.

La falta de homogeneidad en las bolsas de Enfermería de España, el abandono a las pocas especialidades que existen, la creación de bolsas específicas aleatoriamente, la forma de sumar puntos... es lo que está matando poco a poco a la Enfermería, y lo que provoca que a los enfermeros expatriados nos haga balbucear la pregunta sobre la Enfermería en España, y sobre si volveremos alguna vez. Volver a la precariedad, a la falta de seguridad, a no saber nunca donde vamos a trabajar, ni en qué condiciones, ni bajo qué supervisión, con la única certeza de que el cuidado que recibirán nuestros pacientes será el mejor que podamos darles, pero no el mejor que podrían recibir. Con la idea, también, de que los años que hemos amontonado de experiencias y cursos solo nos servirán para una bolsa general en la que podemos acabar trabajando en una planta de psiquiatría, mientras que una compañera, con la especialidad de Salud Mental, tendrá un contrato corto y eventual en una planta de cirugía general.

Son muchas las incongruencias que sacuden hoy en día a nuestra sanidad. La crisis del COVID-19 nos ha hecho más vulnerables y han expuesto todas esas carencias que muchos profesionales sanitarios llevamos demandando y denunciando desde hace décadas.

No queremos que se repita la situación que estamos viviendo los profesionales de la enfermería, cuando nos vemos obligados debido a las circunstancias actuales u otras, a cambiar de unidad y/o servicio y vernos desamparados, desolados por el desconocimiento.

No queremos ser héroes ni deseamos aplausos. Lo único que pedimos son las herramientas necesarias para que podamos realizar con seguridad nuestro trabajo, formación acorde (y no abusiva) de la especialidad que vayamos a desempeñar, para que la seguridad de nuestros pacientes, de la que tanto se está hablando estos días, sea nuestra mejor arma contra cualquier enfermedad.

Los gestos se agradecen, pero son los cambios los que realmente salvarán vidas en un futuro.

Firmantes:

Victoria Martínez de Viergol Fernández. En la actualidad está trabajando en la Unidad de Cuidados intermedios en Munich y ha estado reforzando unidades con pacientes con COVID-19.

Laura Martínez Moreira. Actualmente trabajando en la UCI con pacientes COVID-19 positivo en el Hospital Universitario de Puerto Real.

Blanca Montero Saborido. Actualmente trabaja en UCI de Traumatología en Liverpool, con pacientes con COVID-19 .

Agripina Moscoso López. Actualmente trabaja de enfermera de quirófano en el hospital San Juan de la Cruz, Úbeda.

Miguel Ángel Gálvez Landeira. Actualmente trabaja en la planta de Cirugía digestiva, ginecología, urología y gastrología como enfermero de quirófano del hospital Saint Jean (Bruselas)

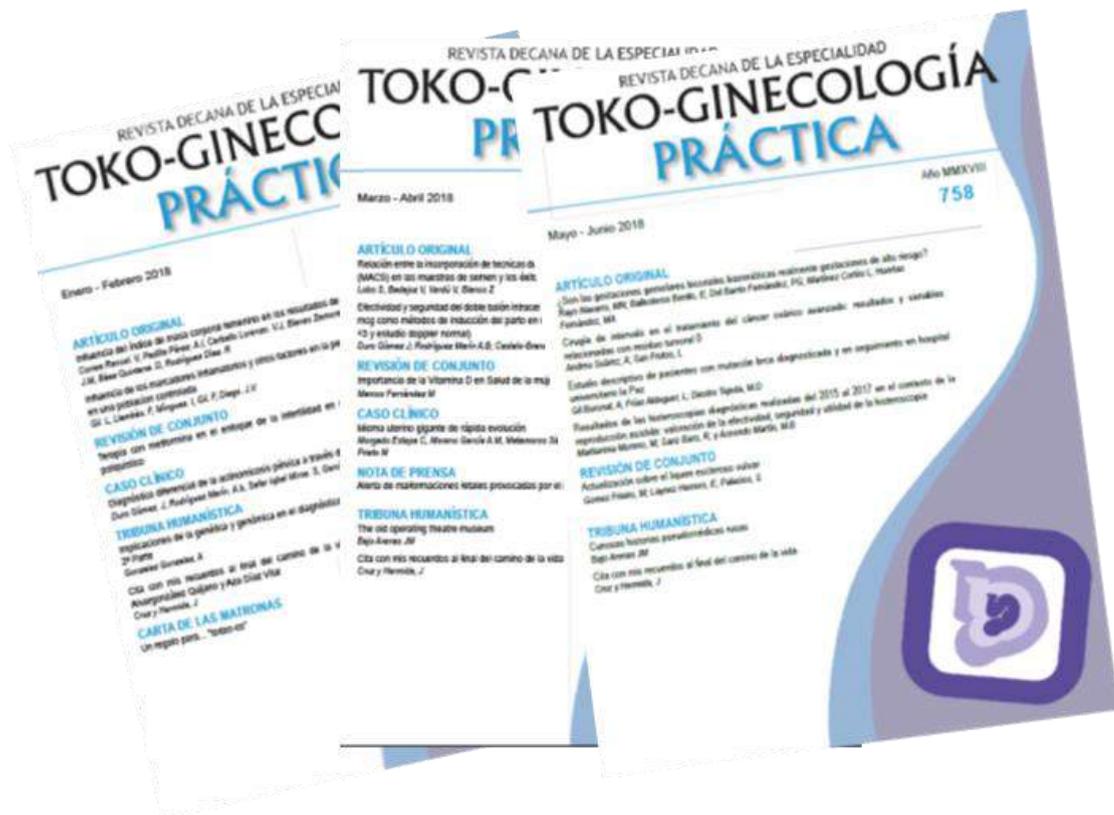
Belén Martínez Sánchez. Trabaja como matrona en distintas CCA

José Kern Volcy Bellido. Ejerció como matrn en el Hospital de Norwich (Inglaterra). Actualmente trabaja en la Unidad de Neonatología en el Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Esteban Salas Torres. Actualmente trabaja en la UCI del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" de Santander.

Todos Diplomados por la Universidad de Cádiz en 2011

¿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

INVITACIÓN

INFOMATRONAS ES EL UNICO BOLETIN MENSUAL GRATUITO
"DE Y PARA"
TODO EL COLECTIVO DE MATRONAS/ES



¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Quieres compartir alguna experiencia humana relevante?

¿Cuales son tus reivindicaciones?

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



infomatronas@gmail.com





“BRUJAS, COMADRONAS, ENFERMERAS. Historia de las sanadoras.

Me ha parecido interesante presentar este libro que, aunque lleva muchos años en el mercado, mantiene vivas y frescas muchas de sus afirmaciones.

Publicado por primera vez en 1973 es un libro esencial sobre la anormalidad del establecimiento médico y sus raíces históricas en los cazadores de brujas. **Ahonda en la demonización de las sanadoras y la monopolización política y económica de la medicina.** Esta rápida historia nos pone al día, explorando las actitudes cambiantes actuales hacia el parto, la medicina alternativa y las brujas modernas. **Hacen una descripción fantástica de la aportación de las mujeres al mundo de la sanidad y la salud aunque, tan solo por una cuestión de género, ha existido y persiste el intento de depreciar el valor que las aportaciones de las mujeres e incluso su invisibilización en un mundo androcéntrico.** Invisibilización íntimamente relacionada con el proceso destinado a imponer la superioridad de los hombres sobre las mujeres que tiene como consecuencia, el sexismo.

No hay mejor explicación de su contenido que su propia introducción que utilizo para presentar esta obra que, a buen seguro, es conveniente lectura para las matronas. La obra está enmarcada en dos importantes etapas diferenciadas del proceso de toma del poder médico por parte de los hombres: la persecución de las brujas en Europa medieval y el nacimiento de la profesión médica masculina en los Estados Unidos en el siglo XIX. Como afirman las autoras **" Conocer nuestra historia es una manera de retomar la lucha de nuevo"**.

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus



cultivos de hierbas medicinales, los secretos cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. **Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija.** La gente del pueblo las llamaba, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral. Sin embargo, en la actualidad la atención en salud se halla exclusivamente en manos de profesionales masculinos. El 93% de los médicos de los Estados Unidos son varones y casi todos los altos cargos directivos y administrativos de las instituciones sanitarias también están ocupados por hombres". En estos casi 40 años transcurridos desde la publicación de la primera edición esta última afirmación ha cambiado porque incluso se ha >>



feminizado el mundo de la medicina, sin embargo hay cosas que no han cambiado como continuaban afirmando en la introducción de la obra:

"Las mujeres todavía son mayoritarias en la profesión, el 70% del personal sanitario es femenino, pero se nos ha incorporado como mano de obra dependiente a una industria dirigida por los hombres. Ya no ejercemos autónomamente ni se nos conoce por nuestro nombre y se nos valora por nuestro trabajo. La mayoría somos ahora un simple peonaje que desarrolla trabajos anónimos y marginales: oficinistas, dietistas, auxiliares técnicas, sirvientas. Cuando se nos permite participar en el trabajo médico, solo podemos intervenir en calidad de enfermería. Y las enfermeras o parteras profesionales, cualquiera que sea nuestra calificación, siempre realizamos un trabajo subordinado con respecto al de los médicos. Desde la auxiliar de enfermera, cuyas serviles tareas se suceden mecánicamente con precisión de cadena de montaje, hasta la enfermera o partera, que transmite a la auxiliar las órdenes del médico, todas compartimos la condición de sirvientas uniformadas bajo las órdenes de los profesionales varones dominantes. Nuestra subordinación se ve reforzada por la ignorancia, una ignorancia que nos viene impuesta. Las enfermeras y parteras aprenden a no hacer preguntas, a no discutir nunca una orden. < ¡El médico sabe mejor lo que debe hacerse!> El es el brujo que mantiene contacto con el universo prohibido y místicamente complejo de la Ciencia, el cual – según nos dicen – se halla fuera de nuestro alcance. Las trabajadoras de la sanidad se ven apartadas, alienadas, de la base científica de su trabajo. Reducidas a las tareas de alimentación y limpieza, constituyen una mayoría pasiva y silenciosa. Dicen que nuestra subordinación está determinada biológicamente, que las mujeres estamos mejor dotadas por naturaleza para ser enfermeras o parteras que para médicos. A veces incluso nosotras mismas intentamos buscar consuelo en la teoría de que la anatomía nos había derrotado ya antes de que lo hicieran los hombres, que estamos tan condicionadas por los ciclos

menstruales y la función reproductora que nunca hemos actuado como sujetos libres y creadores fuera de las paredes de nuestros hogares. Y además debemos enfrentarnos con otro mito alimentado por la historia convencional de la medicina, a saber, la noción de que los profesionales masculinos se impusieron gracias a su superioridad técnica. Según esta concepción, la ciencia (masculina) habría sustituido de forma más o menos automática a la superstición (femenina), que en adelante quedaría relegada a la categoría de "cuentos de vieja". Pero la historia desmiente estas teorías. En tiempos pasados las mujeres fueron sanadoras autónomas y sus cuidados fueron muchas veces la única atención médica al alcance de los pobres y de las propias mujeres. **A través de nuestros estudios hemos constatado además que, en los periodos examinados, fueron más bien los profesionales varones quienes se aferraban a doctrinas no contrastadas con la práctica y a métodos rituales, mientras que las sanadoras representaban una visión y una práctica mucho más humanas y empíricas. El lugar que actualmente ocupamos en el mundo de la medicina no es "natural". Es una situación que exige una explicación.**

¿Cómo hemos podido caer en la presente subordinación, perdiendo nuestra anterior preponderancia? Nuestra investigación al menos nos ha permitido averiguar una cosa: la opresión de las trabajadoras sanitarias y el predominio de los profesionales masculinos no son resultado de un proceso, directamente ligado a la evolución de la ciencia médica, ni mucho menos producto de una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo el trabajo de sanadoras. Al contrario, es la expresión de una toma de poder activa por parte de los profesionales varones. Y los hombres no triunfaron gracias a la ciencia: las batallas decisivas se libraron mucho antes de desarrollarse la moderna tecnología científica. En esa lucha se dirimían cosas muy importantes. Concretamente, el monopolio político y económico de la medicina, esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio reporta. Y todavía es más importante lo»



que se dirime hoy en día, ahora que quien controla la medicina tiene el poder potencial de decidir quién esta y quien esta cuerda. La represión de las sanadoras bajo el avance de la medicina institucional fue una lucha política; y lo fue en primer lugar porque forma parte de la historia más amplia de la lucha entre los sexos. En efecto, la posición social de las sanadoras ha sufrido los mismos altibajos que la posición social de las mujeres. Las sanadoras fueron atacadas por su condición de mujeres y ellas se defendieron luchando en nombre de la solidaridad con todas las mujeres. En segundo lugar, la lucha también fue política por el hecho de formar parte de la lucha de clases. Las sanadoras eran las médicas del pueblo, su ciencia formaba parte de la subcultura popular. *“La práctica médica de estas mujeres ha continuado prosperando hasta nuestros días en el seno de los movimientos de rebelión de las clases más pobres enfrentadas con la autoridad institucional. Los profesionales varones, en cambio, siempre han estado al servicio de la clase dominante, tanto en el aspecto medico como político. Han contado con el apoyo de las universidades, las fundaciones filantrópicas y las leyes. Su victoria no es tanto producto de sus esfuerzos, sino sobre todo el resultado de la intervención directa de la clase dominante a la que servían. Este breve escrito representa solo un primer paso en la vasta investigación que deberemos realiza si queremos recuperar nuestra historia de sanadoras y trabajadoras sanitarias”.*

Por fortuna han cambiado muchas cosas en estos casi cuatro lustros pasados, muchas mujeres han luchado porque esto termine. En lo que nos atañe como matronas españolas, gran parte de este tiempo pasado a nivel de representación profesional ha estado comandado de forma exclusiva por la Asociación Española de Matronas y han sido intensos años de lucha aun no finalizada, para que nuestra profesión tenga la consideración social que merece y el puesto y las competencias justas en el ámbito sanitario, sin subordinación y sí con complementariedad. Pero eso cuesta y hay que

saber que ni siquiera la justicia y/o el sentido común, ayudan a que esto sea así, sino la lucha constante y determinada de las propias matronas desde el sentimiento profundo de identidad y compromiso profesional que tienen que tener siempre presente.

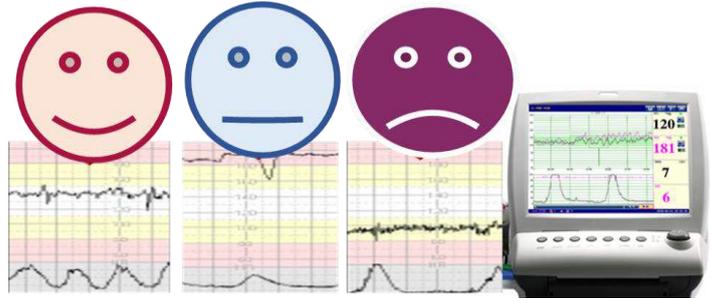
La edición que presentamos es la primera traducida al español de la obra original de 1973 (1981). Se puede descargar el libro completo en español en este link:

<https://partidofarc.com.co/sites/default/files/bruja-s-parteras-y-enfermeras.pdf>



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

Matricula:
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. ICBCL 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



2020

AÑO INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA Y LA MATRONA



www.aesmatronas.com

