



# INFORMatronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS JULIO 2020 N.º 49



COMPARTIMOS BUENAS NOTICIAS  
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO  
 BUENAS NOTICIAS HEMOS LEIDO  
 COMPARTIMOS BUENAS NOTICIAS  
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO  
 NOTICIAS QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE  
 ESTÁ PASANDO INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO  
 QUE CUENTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE  
 COMPARTIMOS BUENAS NOTICIAS  
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO  
 QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE  
 COMPARTIMOS BUENAS NOTICIAS  
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO  
 BUENAS NOTICIAS HEMOS LEIDO  
 COMPARTIMOS BUENAS NOTICIAS  
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO  
 NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO  
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES  
 CUENTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE PARA  
 NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO  
 ESTÁ PASANDO ESPECIAL MATRONAS  
 DICEN QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION  
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN





## 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<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

### Consejo editorial:

- Rosa M<sup>a</sup> 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:**

- ASPECTOS ÉTICOS EN LA TELEASISTENCIA

### **HEMOS LEÍDO:**

- MÁS DE 230.000 PROFESIONALES SANITARIOS SE HAN CONTAGIADO DE COVID-19
- CREAN UN "BUNKER PARITORIO" PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LAS EMBARAZADAS
- ENCUENTRAN PRUEBAS DE QUE EL GRUPO DE SANGRE JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE A LA HORA DE SUFRIR LA COVID-19

### **MUY INTERESANTE: ACTUALIDAD COVID-19**

- LACTANCIA MATERNA Y COVID-19
- UN GRUPO DE MATRONAS PONE EN MARCHA EL PROYECTO...
- CURSO ON LINE SOBRE SALUD VAGINAL ACREDITADO Y GRATUITO
- CORONAPEDIA

### **BREVES:**

- PARTES DE BAJA ENGAÑOSO POR COVID 19...
- SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ¿COMPLICES O CULPABLES?
- AUTOFORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO
- ESTUDIO EXIGIDO POR LA AGENCIA EUROPEA
- ENCUESTA SOBRE LA EXPERIENCIA DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS Y MEDIOS DE APOYO

### **NOTICIAS DE SIMAES**

### **BUENAS NOTICIAS:**

- NUEVA EDICIÓN DE LOS CONSEJOS DE TU MATRONA
- XXIV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS
- ¿QUÉ ES MIMANDO A MAMÁ?
- LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS PARTICIPA EN LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN
- CORREOS EMITE UN SELLO HOMENAJE A LAS ENFERMERAS Y A LAS MATRONAS
- UNA MATRONA PRESIDENTA DE UN COLEGIO DE ENFERMERÍA
- SESIÓN "SOLO PARA HOMBRES"
- COMUNICADO DEL MINISTERIO: ATENCIÓN PSICOLOGICA.

### **LECTURA RECOMENDADA:**

- PARIR Y CRIAR. MATRONAS Y NODRIZAS EN LA VITORIA DE LOS SIGLOS XVIII Y XIX.

### **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**



## ASPECTOS ÉTICOS EN LA TELEASISTENCIA

**E**ste es el cuarto artículo que escribo desde que se inició la pandemia y el estado de alarma que, a fecha de hoy (21 de junio) concluye con casi 100 días (98 días) desde que se decretase un 14 de marzo. Quizá no hayan cambiado tantas cosas como esperábamos en un principio o como parecía que podía ser después de vivir una situación tan trágica y dura por las consecuencias y a la vez, tan caótica e improvisada por lo desconocida para todos. Y en ese “todos” incluyo a todas las sociedades, desde las científicas a las gubernamentales pasando por las económicas y sanitarias.

Ahora se discute quien lo sabía antes, que si unos u otros, que si quien hizo antes esto o aquello...en fin, ahora el Parlamento ha cambiado y ya no es el lugar que era, en el que se hacía política, se legislaba y/o se velaba por el bienestar de los ciudadanos, cada uno opinando desde su particular visión partidista pero con respeto entre ellos, ahora es como un constante debate público pueril que más bien responde al formato de uno de esos concursos-shows televisados en los que se necesita montar broncas para generar audiencia.

Y con todo este contexto general en pro de la “reconstrucción” (no sé muy bien cuál) o de vuelta a la “nueva normalidad” (a lo de antes pero diferente), el ámbito sanitario también experimenta importantes cambios, la “teleasistencia”.

### •Teleasistencia:

Desde que empezó toda esta situación, muchos trabajadores de diferentes empresas tuvieron que hacerlo desde sus casas, organizándose mediante recursos técnicos informáticos que pasaron a llamarse “teletrabajo”. Claro está que no todas las empresas pudieron hacerlo por sus peculiares características laborales, pero sí muchas para las que eran impensables hasta la fecha, como educación y sanidad.

No es que sea una nueva práctica, pues el uso de la tecnología ha sido utilizada para comunicarse en situaciones de necesidad por grandes catástrofes, en zonas rurales aisladas, o entre profesionales de atención primaria (AP) y especialistas para el resultado de pruebas diagnósticas, o el uso de la receta electrónica, etc., mediante programas informáticos, lo cual, lejos de suponer una ventaja para la atención en pacientes crónicos, ha supuesto, en algunos casos, un inconveniente si no se utilizan los mismos soportes, tal cual es el caso en la Comunidad Valenciana, el programa de Abucasis en AP y el de Orión en especializada que dificultaba el acceso a las historias clínicas de los pacientes.



Tampoco es nuevo en la formación de profesionales, muchos hemos realizado diferentes cursos online, incluso congresos, jornadas o conferencias. Y por supuesto, en los últimos tiempos, de lo que más hemos hecho uso es de las videoconferencias para reuniones, o de las videollamadas con nuestros familiares y amigos. Todo un “boom” en los últimos tiempos en los que nos hemos tenido que reinventar para mantener contacto con el exterior de nuestras casas.

Desgraciadamente también hemos tenido que asistir a la presencia de dispositivos electrónicos (tabletas, teléfonos,..) para utilizarlos como único medio de





de comunicación entre pacientes en fase final de vida, que no podían despedirse de otra manera de sus familiares o entre parejas cuando parían en los hospitales solas, sin más presencia que la de la matrona y el dispositivo, que por suerte (con unión y lucha colectiva), conseguimos revocar esa orden en algunas Comunidades Autónomas como la Valenciana.

Pero la teleasistencia, “asistir desde la distancia” clásicamente es un servicio dirigido a personas mayores que viven solas o personas con discapacidad, que permite pedir ayuda en caso de urgencia, desde el propio domicilio<sup>1</sup>.

Se puede distinguir varias modalidades de teleasistencia teniendo en cuenta diferentes factores: según el tipo de accionamiento, según el tipo de respuesta y según el tipo de servicio. A su vez, el usuario también determinará la modalidad de la demanda del servicio de teleasistencia: urgencia vital (las ya conocidas del 112, bomberos, policía..), situaciones no críticas, mensajería (recordatorio de citas médicas), automatización y control (sensores de accidentes domiciliarios en personas mayores), seguridad técnica (sistemas de alarmas de incendios...), de valor añadido (limpieza o comidas a domicilio),o de telemedicina, como es el caso que nos ocupa, que se da desde los centros de salud de AP y hospitales

## •Telemedicina

La telemedicina engloba las siguientes funciones:

- La telemedicina implica la concienzuda Identificación del paciente, manejo de archivos de paciente (sistema de historia clínica, etc.).
- Seguimiento de constantes vitales específicas desde casa para enfermos crónicos y seguimiento en remoto por el médico ( o enfermera) y hospital de referencia.
- Tele-diagnosic en casos de emergencia: posibilidad de diagnósticos vía online. Sistemas indirectos de radiología digital, digitalización de imágenes por foto tradicional, sistemas de adquisición de imágenes diagnósticas y digitalización con archivo y comunicación (PACS) haciendo factible el acceso a las imágenes “en cualquier momento en cualquier parte”.
- Formación a distancia de cuidadores, familiares e incluso de los propios pacientes sin necesidad de desplazamientos.
- Disponer de Profesionales con formación específica para dar soporte psíquico y tratar la soledad en personas de edad avanzada.

Pero además son diferentes actores los que intervienen, desde los gestores del servicio hasta los propios usuarios, los que a través de diferentes dispositivos hacen posible el servicio básico, y en esta pandemia se han visto reflejadas las diferentes carencias o deficiencias telemáticas en nuestro sistema sanitario.



## “TELEGINE-OBSTETRICIA”:

En nuestra profesión, como matronas, aunque la consulta clínica presencial, es y ha sido, parte de la regla de oro en el cuidado de las mujeres en general y de las gestantes en particular, también las matronas nos hemos visto obligadas durante esta pandemia a reinventarnos, a tener que seguir trabajando desde la consulta de atención primaria (AP) ,como parte del equipo asistencial de los centros de salud (CS) , para dar un servicio mínimo y atender, sobre todo, la angustia, el miedo y la desesperación de muchas mujeres que vivían su situación desde la incertidumbre de qué pasaría con su seguimiento de salud durante el embarazo.





Así que muchas compañeras se pusieron “manos a la obra” que se dice, e intentaron organizar su trabajo priorizando las consultas que eran imprescindibles y seleccionando cuales debían ser presenciales y cuales telefónicas. Además se elaboraron los contenidos de las clases de educación maternal (EM) en formato online, que a través de plataformas digitales, ofrecieron a las gestantes que estaban en sus casas, confinadas como todo el mundo.

Esto es uno de los cambios cualitativos más importantes que ha tenido que vivir el colectivo de matronas desde los CS para seguir siendo las profesionales que cuidan la salud de las mujeres durante la gestación, tanto en las actitudes y competencia de la población como con los profesionales, para trasladar una parte de los contactos clínicos a las consultas no presenciales.

También ha habido dificultades y éstas han sido de diferente calado, unas porque los sistemas de soporte informático no funcionaban bien, otras porque las matronas no se sentían preparadas para dar clases online, otras porque se han sentido invadidas en sus espacios (se ocuparon las salas de EM para pacientes COVID) y otras que sólo han realizado su trabajo vía telefónica. Sea como sea, esto ha generado un antes y un después en el trabajo de la matrona de AP. Un cambio que durante esta vuelta a la “nueva normalidad”, como ahora la llaman, en el que el colectivo tendrá que demostrar que han sido capaces, por un lado, de adaptarse a la nueva manera de abordar la asistencia a las mujeres, gestantes o no, vía telemática y por otro, que la calidad y seguridad en el cuidado no ha disminuido y siguen siendo parte imprescindible del equipo de salud en AP.

Pero, ¿quiere esto decir que, aun siendo la atención o cuidados a las gestantes o mujeres en general vía no presencial, los aspectos éticos no deben ser tenidos en cuenta? La respuesta es NO.

## ASPECTOS ÉTICOS DE LA ATENCIÓN TELEMÁTICA

Podemos llegar a pensar que detrás de la pantalla o del auricular estamos más “protegidos” y sin riesgos de enfrentarnos a situaciones que de otra manera nos deben poner en alerta si no están integrados los cuidados éticos en nuestra práctica habitual. Nada más lejos de la realidad. La deontología debe estar presente en cada acto profesional que realizamos, sea presencial o telemático, y por ello debemos seguir recordando algunos aspectos a tener en cuenta en esta nueva manera de atender a la población.

- **Equidad:** Lo primero que la mujer debe asumir, al igual que la matrona, es que una llamada de teléfono para atender una consulta es ya de por sí, un acto asistencial que requiere de un tiempo y que éste no puede estar en detrimento de la ocupación de la línea más de lo que sería de manera presencial, para poder atender a otras mujeres. Ha habido personas que desesperadamente han intentado contactar con los CS pero ha sido una labor imposible y no se ha podido solucionar, así que de manera injusta, unas han tenido más oportunidad que otras, lo que lejos de ser una mera anécdota, ha incrementado más la desesperación y la angustia.

- **Límites:** Hilando con lo anterior, se debe conocer muy bien los límites de la consulta telefónica, o de la videollamada y saber cuándo hay necesidad de transformarla en una consulta presencial, con las medidas de seguridad incluidas, para que no sea la dificultad de acceso un agravante en la repercusión de la salud de la mujer, especialmente, la gestante. Esto supone, además, un profundo conocimiento por parte de la matrona de la situación particular de cada mujer, bien porque ya la conocía previamente o porque accede a su historia clínica.





- **Confidencialidad:** Cuando hacemos uso de los medios telemáticos para realizar la consulta, la confidencialidad debe estar garantizada, siempre, y en especial, cuando lo que se va a transmitir es el resultado de unas pruebas, analíticas generalmente, de una persona. Se debe verificar (identificar) que la persona que atiende la llamada es la propia interesada y no ningún otro familiar, aunque sea la pareja. Solo la usuaria es la persona dueña de la información de los datos de su estado de salud. Puede que sepamos reconocer su voz, pero hay que asegurarse y verificarlo o podríamos incurrir en una falta muy grave y sus posibles consecuencias al no respetar la protección de datos personales. La confidencialidad de los datos está en estrecha relación con el secreto profesional al que nos debemos también las matronas.

- **Intimidad:** De la misma manera, debe garantizarse que el espacio en el que se realiza la consulta telemática, respeta la intimidad de la usuaria, es decir, no se hace delante de otras personas que no tienen relación alguna ni con el proceso (otros profesionales) ni con la usuaria (vecinos, familiares). Por la misma ley de protección de datos, nadie puede acceder a nuestra historia clínica sin nuestro permiso explícito y puede ser causa de delito, aun creyendo que es un favor para evitar un desplazamiento al CS. El envío de fotos o vídeos personales con datos relevantes sobre la salud de una persona sin su consentimiento puede ser otro delito añadido.

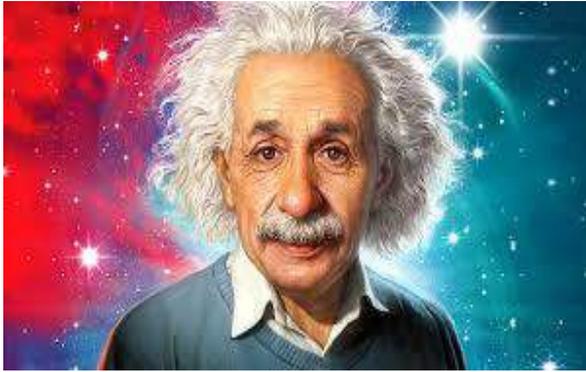
- **Consentimiento Informado:** El recurrir a las tecnologías (TICs) no exime de tener que dar la información, veraz y comprensible, de cualquier procedimiento que se vaya a realizar con la propia persona o con sus datos para que ésta pueda hacer una toma de decisiones y otorgue su consentimiento aunque sea de manera oral que deberá quedar reflejado en la propia historia clínica. Todas sabemos que muchas consultas que se hacían previamente, como por ejemplo la de analgesia epidural, quedaron suspendidas pero la gestante tiene derecho a recibir la información, sea a través de la matrona o del especialista que la realiza, con tiempo previo suficiente a la realización de la técnica, y que en estos casos, dejará constancia de manera escrita al ingresar en maternidad (paritorio) o porque la traiga firmada una vez entregada en alguna consulta presencial de las que ha tenido que realizar.

- **Seguridad:** Cuando la matrona considere que dentro de su nuevo protocolo (adaptado) debe realizar la consulta presencial, deberá garantizar las medidas de seguridad tanto para ella como para la usuaria, y eso pasa por disponer de la dotación necesaria de material y equipamiento de protección que la Gerencia o Dirección está obligada a proporcionar. La matrona deberá comunicar las carencias o deficiencias que pongan en riesgo la salud de las mujeres, en especial de la gestante, o del recién nacido en el caso de una puérpera.

## CONCLUSIÓN

Lo que está claro es que todos los profesionales sanitarios, y en concreto las matronas de AP en los centros de salud van a tener que ir integrando la tecnología a la realización de su trabajo, garantizando como no podía ser de otra manera, la buena praxis, manteniendo la calidad asistencial y la ética profesional aunque para ello sea necesario aprender el manejo de las TICs, la reorganización y planificación de la agenda de consultas, gestionar los recursos disponibles sobre medidas de seguridad, o realizar los cursos de EM vía online mediante plataformas, redes o lo que sea necesario, no hay "excusa" para dejar de ofrecer los diferentes programas de cuidados sea durante el embarazo, el puerperio o en mujeres con problemas ginecológicos.

Por ello, también la gerencia o direcciones, juegan un papel crucial y ético ya que deben garantizar los recursos, entre ellos, la calidad de los sistemas técnicos de soporte telemático y que no sea ésta la excusa para que ninguna mujer, gestante o no, sea atendida como se merece. Aunque tenga que ser a través de una pantalla o un >>



auricular, la comunicación debe ser no solo de calidad técnica, sino también humana y aquí es donde el lenguaje verbal y no verbal debe desarrollar todo el potencial humano de los profesionales. La voz y sus matices, la palabra y sus significados, la mirada y sus expresiones, la escucha y sus interpretaciones, sólo quedan mermados en estas circunstancias, dos sentidos: el olfato y el tacto pero no el resto que nos caracteriza como humanos.

Y como decía mi científico favorito A. Einstein: *“Temo el día en que la tecnología sobrepase nuestra humanidad. El mundo solo tendrá una generación de idiotas”* (con perdón). ■

M<sup>a</sup> Isabel Castelló López

Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

Referencias:

1. Alicia Martínez Dimas .Fundación Alzheimer España





Consejo Internacional de Enfermeras  
*La voz global de la enfermería*

## MÁS DE 230.000 PROFESIONALES SANITARIOS SE HAN CONTAGIADO DE COVID-19

**Según ha informado el Consejo Internacional de Enfermeras en nota de prensa, más de 230.000 profesionales sanitarios se han contagiado de COVID-19 y más de 600 enfermeras han fallecido como consecuencia de esta enfermedad. Por ello, desde el CIE vuelven a insistir a los gobiernos en la recopilación de datos precisos para proteger su salud.**

**El CIE ha solicitado una vez más a los gobiernos que registren el número de contagios y fallecimientos del personal sanitario y que tome las medidas que sean necesarias para proteger a las enfermeras frente al COVID-19.**

### Nota de prensa del CIE:

No hay ningún registro sistemático y estandarizado del número de enfermeras y otros profesionales sanitarios que han contraído la enfermedad o han fallecido a causa de ella. No obstante, el análisis del CIE, basado en datos de sus Asociaciones Nacionales de Enfermería, así como en cifras oficiales e informes de los medios de comunicación de una serie limitada de países, apunta a que más de 230.000 profesionales sanitarios han contraído la enfermedad y más de 600 enfermeras han fallecido como consecuencia.

Howard Catton, director general del CIE, asegura que es necesaria una base de datos central con información fiable, estandarizada y comparable sobre todas las infecciones, periodos de cuarentena y muertes que guarden relación directa o indirecta con el COVID-19. “Los países necesitan mecanismos claros para la presentación de informes y la labor de monitorización considerando asimismo los incidentes de violencia psicológica, sexual y física contra los trabajadores de la salud. Sin esa información no podemos saber el coste real del COVID-19, lo cual reducirá nuestra capacidad de abordar otras pandemias en el futuro. Florence Nightingale conocía la importancia de los datos en la lucha contra la enfermedad y en este caso su ausencia posiblemente les esté costando la vida a muchas enfermeras, además de devastar a sus familias y acabar con sus carreras en pleno apogeo. No se puede permitir que continúe y el CIE exige que se actúe ahora para corregir esta situación”, ha reivindicado.

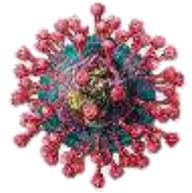
El análisis del CIE muestra que, como media, el 7% de todos los casos de COVID-19 en todo el mundo afectan a trabajadores sanitarios, lo cual supone que las enfermeras y otros profesionales se enfrentan a un gran riesgo personal, al igual que los pacientes a los que cuidan.

Una extrapolación de la cifra del 7%, calculada por el CIE para abarcar a todos los países, señala que hasta 450.000 de los más de seis millones de casos del mundo podrían ser de profesionales sanitarios.

La proporción de profesionales sanitarios contagiados varía ampliamente entre países. Sin embargo, muchas naciones no están registrando los datos, lo cual dificulta extremadamente la realización de comparaciones significativas a nivel internacional.

En base a estas cifras, el CIE se ha planteado una serie de preguntas a las que se podría dar respuesta si todos los países recopilaran datos estandarizados completos y si estos se recabaran centralizadamente a escala mundial. Las preguntas son:





- ¿Qué contribuye a la variación de las tasas de infección de trabajadores sanitarios entre países? Por ejemplo, menos del 1% en Singapur y más del 30% en Irlanda.
- ¿Por qué algunos países que tienen un número elevado de casos registran una cifra baja de fallecimientos de profesionales sanitarios? Por ejemplo, Alemania y España.
- ¿Por qué se señalan tasas de mortalidad de enfermeras superiores en algunos países de América Latina?
- ¿Por qué algunos países están notificando tasas de mortalidad desproporcionadas en el caso de los profesionales sanitarios negros, asiáticos y de minorías étnicas? Se trata de una cuestión planteada directamente al CIE por parte de la Asociación de Enfermeras de Filipinas en relación con los profesionales sanitarios filipinos en Reino Unido.
- ¿Cómo varían las tasas de contagio de los profesionales sanitarios entre distintos entornos clínicos como por ejemplo hospitales y centros de cuidados prolongados?

**Catton denuncia además que en estos momentos la enfermería parece ser uno de los trabajos más peligrosos del mundo. “Necesitamos obtener estas cifras en relación con cada país para saber qué está sucediendo exactamente que explique estas variaciones que son evidentes incluso si sólo se echa un vistazo rápido a los números. Sólo entonces podremos aprender la mejor forma de mantener seguras a nuestras enfermeras y prevenir que se repitan estas terribles estadísticas en el futuro”, ha zanjado. ■**



## CREAN UN “BUNKER PARITORIO” PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LAS EMBARAZADAS

Fuente: ALICIA ALMENDRO. Diario Enfermero. (Reproducimos)

*“Ante la incertidumbre ocasionada por la pandemia de COVID-19 y la necesidad de camas en el resto del hospital, las matronas del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid) decidieron realizar una reestructuración del paritorio y convertirlo en un “Bunker” en tan solo 12 horas. “El objetivo final era seguir acompañando a las gestantes con seguridad en su proceso del parto”, explica Laura Fuertes, matrona del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid).*

*“La reestructuración se realizó habilitando la zona de dilatación, urgencias, consultas, despacho y almacén en habitaciones para el puerperio. Se cierra parte de la sala de espera de urgencias para evitar el paso y mantener el paritorio aislado, estableciendo una zona limpia para todas las gestantes y puérperas, y otra “sucia” para gestantes con COVID-19 positivo o sospecha”, comenta Ruth Nieto, matrona del Hospital Infanta Elena de*

*Valdemoro (Madrid). “Además, con la idea de transmitir tranquilidad y una visión más positiva en este momento tan esperado, se decora el paritorio con un arcoíris de mariposas, y un mural de huellas en tréboles de 4 hojas de los niños nacidos en esta pandemia”, añade Nieto.*

*Y es que, dada la emergencia sanitaria generada y el escenario permanentemente en cambio vinculado a ella, el hospital tuvo que adaptarse a la nueva situación de forma continuada para garantizar el derecho de accesibilidad a la asistencia en condiciones de igualdad, sin pérdida de la humanización en los cuidados. Un reto complejo con numerosas incógnitas, dificultades y condicionantes, como las propias infraestructuras del centro, y en el que, pese a todo, la totalidad del personal del hospital se volcó para alcanzarlo.*

*“Las matronas hemos seguido dando nuestro*





apoyo, acompañamiento e informando a las gestantes ante sus dudas en estos días, transmitiendo tranquilidad. Se ofrece el servicio de continuidad asistencial en el puerperio, para evitar el número de contactos, con la posibilidad de alta precoz, disminuyendo las horas de ingreso en el hospital. Así mismo, tras el alta precoz, se realiza una consulta de revisión a las 48 horas del parto con el mismo personal”, argumenta Fuertes.

### **Acompañante**

Aunque en algunos hospitales las mujeres han tenido que dar a luz sin ningún acompañante, en el Hospital Infanta Elena no ha sido así. “Desde el primer momento, damos la posibilidad de un acompañante durante este proceso. Para evitar contagios, el acompañante tampoco podía salir del “bunker paritorio”, facilitando las dietas, informándoles previamente para que trajeran todo lo necesario para su estancia en el hospital. Eso sí, el acompañante no debe tener sospecha o ser positivo **para** COVID-19 en el momento de ingreso o 15 días previos”, puntualiza Nieto.

Al realizar la reorganización del “bunker paritorio”, se crea un circuito cerrado para evitar entradas o salidas de este. “Tanto nuestro personal, como posibles acompañantes no podían entrar ni salir del paritorio para evitar contagios. El personal tomaba todas las medidas de protección oportunas establecidas por el hospital”, resalta Fuertes

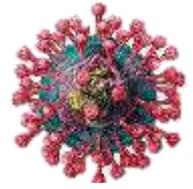
Estas últimas semanas no han sido fáciles para nadie. Las matronas tuvieron que dar un giro de 180 grados para adaptarse a la nueva situación. “Al principio había mucha incertidumbre ante la situación y atención al parto. El nuevo “uniforme” no transmitía tanta cercanía, pero nos hemos volcado para que, en ese día tan especial, los protagonistas fueran la madre y el bebé. Era fácil percibir la preocupación en el ambiente, pero no queríamos hacerles llegar nuestra incertidumbre”, argumenta Nieto.

Ahora con la desescalada y la vuelta hacia la “nueva

normalidad” continúan con las medidas de protección para garantizar la seguridad de las gestantes. “Al ingreso se les realiza la PCR para coronavirus y tras le parto, las puérperas con resultado negativo acuden a la planta de obstetricia considerada libre de COVID-19”, cuenta Fuertes. Las recomendaciones generales que se dan a las embarazadas antes y después del parto son evitar contacto con personas sospechosas, uso de mascarilla y lavado de manos. “Y, sobre todo recordamos que deben continuar con su seguimiento y control del embarazo para asegurar el bienestar de este. Es importante que conecten con su bebé y disfruten de esta etapa, manteniendo un embarazo activo”, finalizan las dos matronas. Además, las matronas de este hospital han escrito un texto que refleja de manera clara cómo han vivido estas últimas semanas en el paritorio:

### **ACOMPAÑANDO TU PARTO EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS (I)**

Hoy empieza un nuevo día en el hospital, desde que esta situación empezó, el ambiente no es el mismo, y es fácil percibir esa sensación de miedos, preocupación, estrés... Nos avisan desde urgencias de que acude una mujer embarazada de 39 semanas que siente contracciones regulares. Y entonces, llegas tú, en ese día tan especial, tan esperado, ese día que has tratado de visualizar miles de veces, 9 meses de preparación, en las que has imaginado de todo, menos que tu bebé nacería en este estado de alarma sanitaria. Me presento y te explico nuestro nuevo protocolo hospitalario, quizás no era lo que habías planeado. Pero estaremos juntas 🤝 Entiendo tu preocupación, y dentro de mí también esta... pues llevo un traje de batalla que no es el adecuado, quiero estar más cerca de ti, pero no quiero hacerte llegar mis incertidumbres, porque hoy la protagonista eres TÚ. Iniciamos la exploración, 5 cm de dilatación, ¡estás de parto! Ingresas acompañada de tu pareja. Una hora más tarde decides ponerte la epidural tras un control y una ducha con agua caliente que te ha ayudado a relajarte en este tiempo. En la siguiente exploración ya estás con 10 cm, dilatación completa ¡lo estás >>



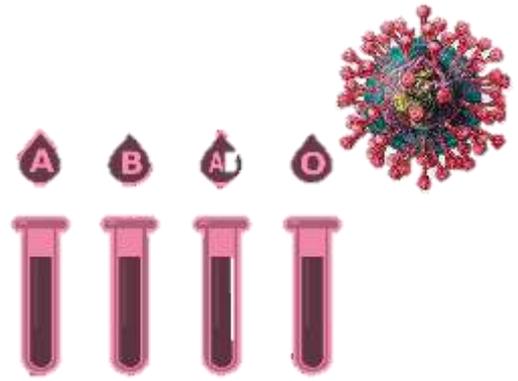
*haciendo genial! ¡Al parecer este pequeño tiene muchas ganas de conoceros! Dos horas después comentas que tienes gran sensación de presión, un dato que me llena de alegría. Un poco más tarde refieres querer empujar... tenemos una muy buena noticia... ¡ya podemos verle!. Y tras un poco más de esfuerzo... ¡Ya está aquí!, ya puedes sentir su cuerpo mojado, caliente y oír ese llanto de vida.*

### ACOMPAÑANDO TU PARTO EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS (II)

*El bebé está contigo, no hay nadie con quien pueda estar mejor, desde lejos y aunque no te lo parezca, bajo el traje de astronauta, lo valoro y vigilo. Corroboré que está perfectamente adaptado, vigoroso, te pido que lo mantengas calentito.... sé que lo harás porque no tienes ninguna intención de separarlo de ti ¡Este niño ha nacido con mucha fuerza!, sabe que no son tiempos fáciles... Puedo ver en tu mirada, tu cara de felicidad, pero a la vez con mil dudas. ¡Qué impotencia no poder besarle! Es normal sentirte así, pero a veces las cosas vienen sin que nosotros las elijamos y no podemos cambiarlas. Te explico que tu bebé tiene todo lo que necesita, y esa eres TÚ 🧑🏻 Una mascarilla no va a separaros, no va a cambiar ese vínculo. Veo como caen tus lágrimas... Me encantaría tanto poder abrazarte a mí también que al final te abrazo. Meda igual este traje, porque soy persona y porque quiero acompañarte. Salgo de la habitación, acabo llorando yo también. Suerte que tengo grandes compañeras que tienen las palabras adecuadas para ese momento. Me lavo la cara, y vuelvo a entrar con mi mejor sonrisa. Hablamos de cómo te gustaría compartir esto con tus familiares, que le conozcan, pero sabes que ahora mismo no es posible. Trataremos de darle la vuelta y pensar que estos días os vendrán muy bien para descansar... y haremos uso de las tecnologías que ahora tanto nos acercan. Tu bebé ha nacido en tiempos de guerra, pero os tiene a vosotros, sus padres. Y esta situación no debe impedir disfrutar de esta nueva etapa tan única, tan especial. Me despido de ti, mi guardia ha terminado. ■*



## ENCUENTRAN PRUEBAS DE QUE EL GRUPO DE SANGRE JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE A LA HORA DE SUFRIR LA COVID-19



*“Estudios realizados en China, han podido demostrar como el Covid-19 afecta de manera distinta a cada persona según el tipo de grupo sanguíneo al que pertenezca. De esta manera los pacientes infectados por coronavirus que pertenecen al grupo sanguíneo A, tienen más probabilidades de contagiarse que otros que pertenecen a grupos distintos.*

*Por su parte, los del grupo O tienen menos probabilidades de infectarse y contagiarse del famoso Covid-19. Los grupos sanguíneos tienen una estrecha relación con el sistema inmune de la persona por lo que no es descabellado que estén vinculados a las enfermedades víricas como en el caso del coronavirus.*

*Los resultados preliminares de un estudio iniciado el pasado mes de abril que buscaba utilizar los millones de perfiles en su base de datos de ADN para arrojar luz sobre el rol de la genética en la enfermedad, sugieren que las personas que tienen sangre del tipo O están más protegidos contra el coronavirus.*

*Según los datos publicados por 23andMe, las personas con tipo de sangre O tienen entre un 9% y un 18% menos de probabilidades de tener resultados positivos para la Covid-19 que las personas con otros tipos de sangre. Estos hallazgos se mantienen cuando se ajustan por edad, sexo, índice de masa corporal y origen étnico.*

*Aunque el estudio encontró que el grupo sanguíneo O sólo era protector entre los tipos de sangre rhesus positivos, las diferencias en el factor rhesus (tipo de sangre + o -) no fueron significativas en los datos de 23andMe. Tampoco fue un factor de susceptibilidad o gravedad en los casos. Además, entre las personas expuestas al virus, la atención médica y otros trabajadores de primera línea, 23andMe descubrieron que el tipo de sangre O es similarmente protector, pero la proporción de casos*

*dentro de los estratos es mayor.*

*Entre los encuestados del estudio de 23andMe, el porcentaje que informaron una prueba positiva para Covid-19 es más bajo para las personas con tipo de sangre O. El porcentaje de los que informaron una prueba positiva para Covid-19 fue más alto entre aquellos con el tipo de sangre AB.*

*Tanto los datos sobre el tipo de sangre como los hallazgos genéticos preliminares también parecen respaldar una variante en el gen ABO asociada con un menor riesgo. El estudio en China analizó la susceptibilidad, mientras otros estudios, italiano y español, encontraron una asociación con el tipo de sangre y la gravedad de la enfermedad.*

*Ese estudio analizó los genes de más de 1.600 pacientes en Italia y España que experimentaron insuficiencia respiratoria y descubrió que tener sangre tipo A estaba relacionado con un aumento de 50% en la probabilidad de que un paciente requiriera un ventilador. Por su parte, el estudio en China entregó resultados similares con respecto a la susceptibilidad de una persona a la Covid-19.*

*“También ha habido algunos informes de vínculos entre la Covid-19, la coagulación de la sangre y las enfermedades cardiovasculares”, asegura Adam Auton, investigador principal del estudio de 23andMe. Pese a los interesantes resultados, Auton ha advertido que queda mucho camino por recorrer, “incluso con estos tamaños de muestra, podría no ser suficiente encontrar asociaciones genéticas”*

## LACTANCIA MATERNA Y COVID-19



En un artículo publicado online el pasado 21 de mayo de 2020 en *The Lancet* se decía que investigadores alemanes habían detectado SARS-CoV-2 en leche materna, durante tres días consecutivos, en una mujer afectada de COVID-19 (de una muestra total de dos mujeres).

El primer impacto fue grande para todos los que, tras las informaciones recibidas y la evidencia disponible hasta ese momento, dimos por hecho que la aparición de una posible infección en un neonato --en los casos en los que ocurría-- sería el resultado de una transmisión probablemente postnatal (por el contacto estrecho madre/hij/a/o tras el nacimiento), y no consecuencia de una transmisión vertical.

Los estudios a este respecto cuentan aún con pocos casos y, de ellos, la gran mayoría con poblaciones de embarazadas y neonatos de China. En ellos se señala que la frecuencia de las diferentes complicaciones durante el embarazo o el parto en mujeres afectadas por COVID-19, es similar a la que se da en mujeres sin COVID-19. Asimismo, las complicaciones perinatales detectadas (sobre todo, prematuridad), no han podido ser atribuibles a la infección, y tampoco existe evidencia firme sobre la transmisión vertical del SARS-CoV-2 (ni antes, ni durante, ni tras el parto —atribuible a la lactancia materna—).

Hasta ahora, los pocos neonatos analizados, hijos de madres infectadas en el tercer trimestre (hay pocos datos de otros trimestres), han sido negativos al nacimiento. Del mismo modo, todos los estudios de líquido amniótico, placenta, exudado vaginal y leche materna, habían resultado negativos. En la experiencia con el Registro Nacional SENEo-COVID-19, con casi 300 casos analizados, no se ha recogido ningún caso de transmisión vertical demostrada: apareció un único caso de un neonato a término --asintomático-- con resultado positivo en una muestra de exudado faríngeo tomada a las 36 horas de vida.

El mínimo porcentaje de neonatos en los que se ha hallado una IgM positiva al nacimiento, pero con test virológicos negativos, habiendo sido separados de sus madres después del nacimiento, nos sugiere que podría ser posible la transmisión vertical. Las hipótesis que se barajan contemplan: o bien un paso transplacentario de IgM —poco probable por el tamaño de estas moléculas, más grandes que las IgG—, o bien un paso de estas IgM desde la madre al neonato en el momento del parto.

En la mencionada publicación en *The Lancet* (“Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk”) se decía que investigadores alemanes del Instituto de Virología Molecular de Ulm, en colaboración con Karin Steinhart, del Departamento de Salud de Heidenheim, habían detectado el SARS-CoV-2 en leche materna. Estos científicos analizaron la leche materna de dos mujeres con COVID-19. La primera de ellas, comenzó con síntomas 24 h tras su parto, y al 4º día postparto se le realizó un exudado que resultó (+) para SARS-CoV-2, momento a partir del cual se inició el aislamiento de la madre junto con el bebé; el RN comenzó con síntomas respiratorios al cabo de 7 días, con resultado de exudado (+).

La segunda madre, ingresó en el hospital antes de su parto, y compartió la habitación durante tres días con esta primera madre y su bebé (hasta que comenzó el mencionado aislamiento de los mismos tras su test (+)). Esta segunda madre se fue de alta con su bebé tras el parto sin haber notado ningún síntoma de la enfermedad. Al cabo de dos días en su domicilio, comenzó con síntomas, y decidió usar mascarilla de forma continuada. A los 4 días del alta, ella obtuvo un resultado de exudado (+), y negativo para su RN. Tres días más tarde reingresó en el hospital (9º día tras el nacimiento) junto con su RN, que comenzó con sintomatología respiratoria e ictericia, y en esta ocasión el RN resultó (+) para SARS-CoV-2, repitiéndose el resultado (+) tanto para la madre como para el bebé a los 20 días de vida, además de presentar resultado (+) para VSR (virus sincitial respiratorio).





Los investigadores no hallaron evidencia del coronavirus en la leche materna de la primera madre infectada, pero sí en la de la segunda, en cuya leche se encontró RNA SARS-CoV-2 hasta en cuatro ocasiones consecutivas. La metodología utilizada (PCR cuantitativa en tiempo real) les permitió, además, conocer la carga viral de la infección.

La duda está en mente de todos. Los investigadores afirmaron que “desde el inicio de los síntomas” ambas madres habían utilizado mascarilla cuando tocaban o alimentaban a su bebé, se habían desinfectado adecuadamente manos y senos, y esterilizaban de manera estricta todo el material utilizado para la extracción y administración de leche.

Después de 14 días tras el primer resultado (+) en leche materna de la segunda mujer, ya no se detectó el virus en la misma y tanto el recién nacido como su madre se recuperaron satisfactoriamente.

El resultado de esta muestra de dos mujeres, ha puesto de manifiesto, según los investigadores, que el nuevo coronavirus SARS-Cov-2 puede estar presente en la leche de mujeres lactantes con algún tipo de infección aguda. Pero los mismos investigadores reconocen que no se ha podido saber con certeza si el bebé se infectó, realmente, a través de la lactancia y por tanto, si los virus presentes en la leche materna pueden causar una infección vertical, y en qué porcentaje.

Esta investigación forma parte de un proyecto internacional con dos años de duración, sin que, por el momento, se hayan ampliado sus resultados preliminares ni presentado más conclusiones.

En España contamos con los datos proporcionados por la Dra. Adelina Pellicer, jefa de la Unidad de Neonatología del Hospital La Paz. Ella ha afirmado que, durante esta pandemia, en su hospital se han registrado varios casos de SARS-CoV-2 en recién nacidos por contacto medioambiental, además de un posible caso que sugiere una posible transmisión vertical de la COVID-19 de madre a hijo “por la secuencia de positividad en el recién nacido”. Pero nada se menciona acerca de la leche materna. La “Fundación para la Investigación Biomédica” del

Hospital La Paz lidera actualmente un estudio sobre el papel de la lactancia materna en la transferencia de posibles factores de protección frente a la COVID-19.

También nos hacemos eco de la Carta Científica publicada en **Anales de Pediatría: “Primer caso de infección neonatal por SARS-CoV-2 en España”**, en la que Pediatras del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, presentan un caso de infección neonatal por SARS-CoV-2. Se trata de una niña nacida con cesárea urgente por preeclampsia grave materna, a la semana 38+4. Al tercer día del ingreso, la madre, sin factores de riesgo presentó neumonía bilateral grave, con PCR (+) a coronavirus. Hasta ese momento la niña permaneció asintomática con su madre en la planta de maternidad alimentada con lactancia mixta. Debido a la situación clínica de la madre, que requirió asistencia en una unidad especial (cuidados intensivos con ventilación mecánica), se procedió a la separación y se realizó a la recién nacida una RT-PCR COVID-19 que fue negativa al 6º día de vida, pero que se positivizó dos días más tarde. Continuó asintomática hasta el noveno día, en que comenzó con clínica leve que desapareció a las 24 horas, manteniéndose asintomática pero con PCR aún (+).

Las autoras sospechan que la transmisión ha sido horizontal, ya que el primer test realizado fue negativo, y confirman que el cuadro clínico, con clínica leve, está en concordancia con la literatura actual. Tampoco mencionan nada acerca de la leche materna

Ante la importancia del tema, hemos querido revisar otras noticias y publicaciones al respecto.

Un artículo revisado es: **“Consecuencias maternas y neonatales de la infección por coronavirus covid-19 durante el embarazo: ‘una scoping review’**”, de Rafael A. Caparros-González, perteneciente al Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Granada.

En él, su autor ha identificado 10 estudios en los que se evaluó la salud materna y neonatal tras infección materna por COVID-19, la mitad de ellos, realizados en China, un estudio sobre





recomendaciones para obstetras basadas en el coronavirus SARS-CoV y en el Middle East Respiratory Syndrome (MERS), un consenso de expertos de China para el manejo perinatal y neonatal en la prevención y control de COVID-19; tres informes de recomendaciones para profesionales de la salud elaborados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK), The Royal College of Midwives (UK), Royal College of Paediatrics and Child Care (UK), y la misión conjunta China-OMS sobre la COVID-19.

Las conclusiones de esta revisión en relación con los neonatos es que, al menos aparentemente, no se observan en ellos complicaciones duraderas, señalando que (a excepción de un caso en que no se realiza la prueba) todos los recién nacidos a los que se evaluó en busca del COVID-19 dieron resultado negativo. No existe evidencia de una mayor susceptibilidad a la infección por COVID-19 en embarazadas que en mujeres no embarazadas. Tampoco existe evidencia que apoye la transmisión vertical de SARS-CoV-2 de la madre al bebé, hipótesis respaldada por la ausencia de SARSCoV-2 en las muestras estudiadas de leche materna, líquido amniótico y sangre de cordón umbilical analizados de recién nacidos de madres con COVID-19. Según los estudios incluidos en esta revisión, la afectación en recién nacidos es bastante escasa, existiendo sólo un caso de un neonato fallecido, posiblemente debido a su prematuridad y bajo peso.

El siguiente trabajo es una revisión publicada el pasado 27 de mayo en la Revista Española de Salud Pública del Ministerio de Sanidad por Fernández-Carrasco y otros: "Infección por Coronavirus Covid-19 y Lactancia Materna: una revisión exploratoria". Entre los autores de este trabajo se encuentran profesionales del departamento de Ginecología y Obstetricia de la red hospitalaria Hospiten Estepona, profesionales del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Ceuta y profesores en la Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Granada en Ceuta, y otros expertos nacionales e internacionales.

En total analizaron 14 documentos, de los cuales: 9 eran estudios empíricos que estaban realizados en China, Italia, EEUU y Australia, basados en 114 madres infectadas por SARS-CoV-2 y sus respectivos recién nacidos; 3 artículos de revisiones, con recomendaciones, basados en la experiencia clínica; y 2 informes de recomendaciones para profesionales de la salud elaborados por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) y por la Sociedad Española de Neonatología.

En dos de los estudios empíricos realizados en China y en uno realizado en Italia los neonatos se infectaron por el coronavirus. En todos ellos, el contagio fue por contacto cercano con su madre infectada, a través de gotas del tracto respiratorio. No encontraron pruebas de transmisión vertical ni se detectó el virus en leche materna. No se observó ningún contagio a través de la alimentación (las características del virus son similares a otros virus respiratorios como el de la gripe, siendo muy improbable que se transmita a través de la leche). En tres de los estudios empíricos analizados, los recién nacidos no se contagiaron de coronavirus porque fueron separados de su madre.

Tres de los estudios empíricos analizados en esta revisión afirmaron que lo mejor para el recién nacido era ser alimentado con la leche materna. En tres de ellos se analizaron muestras de leche de madres infectadas por coronavirus, detectándose la presencia de anticuerpos del virus en las mismas. Sin embargo, hubo otros estudios que sugerían que cuando la madre está infectada es necesario ponerla en aislamiento entre 14 y 21 días, separándola del recién nacido para que no lo infecte, alimentándolo con leche materna de forma indirecta.

Los autores refieren haber encontrado como limitaciones a los estudios revisados: que eran observacionales, con muestras pequeñas y tiempo de observación muy corto, por lo que, para una evidencia científica más fuerte, serían necesarios más estudios, con muestras más extensas y más calidad metodológica. >



Las conclusiones finales de los autores de esta revisión son: que “la lactancia materna es muy beneficiosa para el recién nacido, y que si el estado de salud de la madre y del neonato lo permiten, se debería de amamantar de forma directa, siempre teniendo las medidas adecuadas de higiene respiratoria. En el caso de que el estado de salud de la madre no permita el amamantamiento directo se debería alimentar al recién nacido con leche materna extraída previamente de su madre y sin pasteurizar. En caso de imposibilidad de utilizar la leche materna, sería una buena opción recurrir a la leche de banco”. También sostienen que la decisión final sobre el tipo de lactancia deberá consensuarse entre la paciente y los neonatólogos en base a los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y del recién nacido. Y que, en general, lo mejor para el recién nacido es ser alimentado con leche materna, ya que en las muestras de leche de madres infectadas por coronavirus lo que sí se detectó fue la presencia de anticuerpos contra el virus, siendo éste un importante factor protector contra la infección.

Este extremo se corrobora en el estudio preliminar “Evidence of a significant secretory-IgA-dominant SARS-CoV-2 immune response in human milk following recovery from COVID-19”, aún no revisado ni publicado oficialmente, de la microbióloga Rebecca Powell, profesora asistente de Medicina y enfermedades infecciosas en la Escuela Icahn de Medicina en Monte Sinaí, en Nueva York. En el estudio preliminar realizado, se obtuvieron 15 muestras de leche de madres previamente infectadas por SARS-CoV-2, así como 10 muestras control negativas obtenidas antes de Diciembre 2019. Se analizó mediante ELISA las IgA, IgG, IgM e inmunoglobulinas secretoras. El 80% de las muestras obtenidas tras pasar la COVID-19, mostraban reactividad para IgA, sugiriendo que ésta es predominantemente secretora. Finalmente los valores medios hallados son significativamente mayores para IgA e IgA secretora (también para IgG pero no para IgM) comparadas con los valores hallados en las muestras pre-pandémicas.

**En resumen, estos hallazgos indican que en la leche humana existe una fuerte respuesta inmune IgA secretora dominante tras la infección por SARS-CoV-2 en la mayoría de las madres.**

Durante todos estos meses, se han alzado voces autorizadas en defensa de la lactancia materna, como la del director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien ha pedido recientemente que exista una atención «respetuosa» hacia las madres y sus recién nacidos... “Sabemos [ha dicho] que los niños tienen un riesgo relativamente bajo de COVID-19, pero tienen un alto riesgo de numerosas otras enfermedades y afecciones que la lactancia materna previene. Según la evidencia disponible, el consejo de la OMS es que los beneficios de la lactancia materna superan cualquier riesgo potencial de COVID-19”. Así, el dirigente de la OMS ha instado a los países a que animen a las mujeres con sospecha o con COVID-19 confirmada, a que continúen con la lactancia y a que no se separen de sus bebés, a menos que estén muy enfermas. Asimismo, ha informado de que el organismo de las Naciones Unidas está actualmente investigando el riesgo que pueda existir de que las mujeres con COVID-19 transmitan a sus bebés el virus a través de la lactancia materna.

Organismos internacionales y nacionales como OMS, UNICEF, UENPS (Unión de Sociedades Europeas Neonatales y Perinatales), Academia de Medicina de Lactancia Materna de EEUU, AAP (Academia Americana de Pediatría), SENEo (Sociedad Española de Neonatología), IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), etc. recomiendan como “gold standard” la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, incluso en el caso de que la madre presente la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Es importante recordar que la lactancia es la forma más completa de nutrición para los recién nacidos, ya que les proporciona anticuerpos que aún no hubieran podido desarrollarse en ellos y que son >



muy necesarios para defenderse de infecciones respiratorias en los primeros meses de vida, como podría ser la provocada por este nuevo coronavirus. En 2003 y en 2012, no se pudo detectar el SARS-CoV de dichos años en la leche materna y, como vemos, en la actualidad sólo se ha detectado el virus SARS-CoV-2 en una pequeña proporción de muestras de leche materna, sin que se haya logrado demostrar su transmisión y posterior infección a los lactantes.

Dado que los síntomas iniciales de la infección por este coronavirus son los de un resfriado común, resulta muy difícil aislar a tiempo a una madre con síntomas de catarro de su bebé lactante. Y teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna y el papel insignificante de la leche materna en la transmisión de otros virus respiratorios, la recomendación general es que la madre puede continuar amamantando.

El hallazgo aislado del virus en leche materna que hemos descrito, sin poderse demostrar el contagio al lactante, se une al hallazgo también en ella de anticuerpos específicos contra dicho coronavirus.

Ante la reciente descripción de los casos en la literatura científica de positividad de PCR para SARS-CoV-2 es necesario seguir investigando esta posible vía de transmisión vertical postnatal, sin embargo, la evidencia actual, junto con las indudables ventajas de la lactancia materna, sigue aconsejando su mantenimiento.

**Estaremos pendientes de los resultados de todas las investigaciones en marcha, así como de la aparición de nuevos datos. Y, de momento, nos quedamos con lo que sostiene el Ministerio de Sanidad en su Documento Técnico: “Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19” (versión de 17 junio de 2020):**

- La lactancia materna otorga muchos beneficios, como el potencial paso de anticuerpos madre-hijo frente al SARS-CoV-2, por ello y ante la evidencia actual se recomienda el mantenimiento de la lactancia materna desde el nacimiento, siempre que las condiciones clínicas

del recién nacido y su madre así lo permitan.

- Recientemente se han descrito casos de dos madres con muestras de leche con presencia de SARS-CoV-2 mediante detección por PCR extraídas con medidas seguras que evitarían la contaminación de la leche tras su extracción. En un caso, la positividad ocurrió a los 10, 12 y 13 días postparto y el recién nacido obtuvo un resultado positivo para SARS-CoV-2 a partir del décimo día, siendo los síntomas leves y transitorios. Los autores no pueden asegurar si la ruta de infección fue la lactancia u otra ruta desde su madre infectada (Rüdiger Groß y cols.). En el segundo caso se describe positividad de PCR para SARS-CoV-2 en muestras de leche materna al segundo día tras el nacimiento, y la clínica del recién nacido fue tras el nacimiento prematuro, cursando también de forma leve y transitoria (Maksim Kirtsman y cols.). Por ello, en el momento actual, es prudente seguir fomentando y recomendando la lactancia materna, ante las indudables ventajas de la misma, hasta que no se demuestre una evidencia sólida sobre el riesgo de contagio postnatal.
- Las madres de recién nacidos prematuros precisarán de ayuda para iniciar la extracción de leche en las primeras 2 horas tras el parto para favorecer la administración de calostro a 21 su recién nacido. Mientras ello no sea posible se recomienda la administración de leche humana donada de banco según criterios particulares de cada centro.
- La Sociedad Española de Neonatología, la Sociedad Italiana de Neonatología y la UENPS (Union of European Neonatal and Perinatal Societies) recomienda el amamantamiento con medidas para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto para los casos de madres con infección probable o confirmada pauci o asintomáticas en alojamiento conjunto con el recién nacido.





- La OMS, UNICEF y la Academy of Breast feeding Medicine, entre otros, recomiendan mantener el amamantamiento tanto para casos de madres con infección confirmada como probable, siempre y cuando se mantengan medidas para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto. En casos de madres con enfermedad grave se recomienda ayudar a la madre para la extracción de la leche.
- Los CDC consideran como primera opción manejar a la madre y al neonato por separado y alimentar al bebe con leche materna extraída. En caso de que se haga alojamiento conjunto y amamantamiento, mantener medidas estrictas de aislamiento de contacto.
- Para los casos de madres lactantes fuera del periodo postnatal inmediato y que se infectan o hay sospecha de infección por el SARS-CoV-2 se recomienda extremar las medidas de aislamiento (higiene de manos y mascarilla) y seguir amamantando al neonato, o bien hacer una extracción de la leche tomando las máximas precauciones de aislamiento (higiene de manos y mascarilla) y que ésta sea administrada al neonato por un cuidador sano.
- No es preciso pasteurizar la leche extraída antes de administrarla al neonato.
- La decisión final sobre el tipo de alimentación del recién nacido deberá consensuarse entre la paciente y el equipo tratante, en base a los conocimientos científicos de cada momento y el estado de salud de la madre y el recién nacido. **Estas recomendaciones pueden ir variando día a día.** ■

**Dra. Dña. Carmen Molinero Fraguas. Matrona**

## Bibliografía.

- [www.thelancet.com](https://www.thelancet.com). Published online May 21, 2020 [https://doi.org/ 10.1016/S140-6736\(20\)31181-8](https://doi.org/10.1016/S140-6736(20)31181-8)
- ConSalud.es. Virólogos alemanes detectan el SARS-CoV-2 en leche materna, 12.05.2020. Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/virologos-alemanes-detectan-sars-cov-2-leche-materna\\_79904\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/virologos-alemanes-detectan-sars-cov-2-leche-materna_79904_102.html)
- Ministerio de Sanidad. Informe técnico. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 [internet]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/20200306\\_ITCoronavirus.V2.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/20200306_ITCoronavirus.V2.pdf)
- ConSalud.es. La Paz registra un posible caso de transmisión de COVID-19 de una embarazada a su bebé. 22.05.2020. Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/paz-registra-caso-transmision-covid-19-embarazada-bebe\\_79910\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/paz-registra-caso-transmision-covid-19-embarazada-bebe_79910_102.html)
- Alonso Díaz C, López Maestro M, Moral Pumarega MT, Flores Antón B, Pallás Alonso CR. Primer caso de infección neonatal por SARS-CoV-2 en España, Anales de Pediatría, págs. 237-238 (Abril 2020). DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.03.002. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-primer-caso-infeccion-neonatal-por-articulo-S1695403320301302>
- Caparros-González RA, Consecuencias maternas y neonatales de la infección por coronavirus Covid-19 durante el embarazo: una scoping review, Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 17 de abril e202004033. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C\\_202004033es.pdf](https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202004033es.pdf)





### Bibliografía (continuación)

- Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón Carreño T, Rodríguez-Díaz L. Infección por coronavirus Covid-19 y lactancia materna: una revisión exploratoria. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 27 de mayo e202005055. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C\\_202005055.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202005055.pdf)
- Fox A, Marino J, Amanat F, Krammer F, Hahn-Holbrook J, Zolla-Pazner S, Powell, RL (2020). Evidence of a significant secretory-IgA-dominant SARS-CoV-2 immune response in human milk following recovery from COVID-19. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20089995>  
Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20089995v1>
- El preocupante aviso de la OMS sobre los efectos secundarios del coronavirus en mujeres y menores. Redacción El Huffpost, Europa Press, 12/6/2020. Disponible en: [https://www.huffingtonpost.es/entry/coronavirus-efectos-secundarios\\_es\\_5ee3a70ac5b639dabca9cb14](https://www.huffingtonpost.es/entry/coronavirus-efectos-secundarios_es_5ee3a70ac5b639dabca9cb14)
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 88. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331851/nCoVsitrep17Apr2020-eng.pdf>
- Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez M, San Feliciano Martín L, Costa Romero M, Gabarrel Guiu MC, Menéndez Orenga M, Gómez Fernández-Vegue M, Peña Caballero M, Espínola Docio B, Gimeno Navarro B, Martín Morales JM, Manejo del riesgo de contagio por coronavirus en madres y recién nacidos, [Internet] 2020. Disponible en: <http://aelama.org/wp-content/uploads/2020/03/Lactancia-y-coronavirus-2020.pdf>
- World Health Organization. Lactancia materna y COVID-19 para trabajadores de la salud. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/breastfeeding-covid-who-faq-es-12may2020.pdf?sfvrsn=f1fdf92c\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/breastfeeding-covid-who-faq-es-12may2020.pdf?sfvrsn=f1fdf92c_8)
- Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 (Versión de 17 junio de 2020). Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento\\_manejo\\_embarazo\\_recien\\_nacido.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf)

## Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga



## UN GRUPO DE MATRONAS PONE EN MARCHA EL PROYECTO: RESULTADOS PERINATALES Y SALUD MENTAL MATERNA EN GESTANTES CON COVID-19. UN ESTUDIO CON METODOS MIXTOS

La reubicación de unidades de maternidad, es una medida que se ha llevado a cabo en muchas comunidades de todo el territorio español, por la necesidad apremiada de reunir pacientes con COVID-19 en camas de cuidados intensivos, lo que ha provocado junto con la escasez de evidencia científica acerca de esta enfermedad en la gestación, una disparidad de criterios sobre el manejo del embarazo, circuitos de ingreso y protocolos de actuación.

En nuestro contexto actual el área de maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga con un volumen de 1500 partos al año ha sido trasladada al Hospital Regional Materno Infantil, hospital de referencia en la provincia de Málaga en salud materna e infantil con un volumen anual de alrededor de 4100 partos.

Ninguno de nosotros habíamos vivido una situación como esta, los protocolos cambiaban cada día y todos nos esforzábamos por sacar lo mejor de nosotros mismos en la lucha contra este terrible

virus. Había mucho trabajo y se vivieron situaciones de angustia y miedo al principio, ante la toma de los exudados y al atender los primeros partos con COVID-19. Las mujeres acudían a nuestra urgencia con mucho miedo, y lo peor era que tenían que vivir el parto solas sin acompañante, al menos al principio. Entre marzo-mayo de 2020 se han atendido en las urgencias del Hospital Materno Infantil un total de 50 casos sospechosos y 11 confirmados. Las mujeres gestantes se encuentran incluidas como grupo de riesgo para contraer COVID-19, ya que las modificaciones fisiológicas y físicas del embarazo hacen que se encuentren más susceptibles de contraer cualquier infección vírica o bacteriana. Según los datos aportados por la bibliografía, la mayoría de las mujeres infectadas por el virus SARS-CoV2 pasaron la enfermedad de forma asintomática no encontrándose más riesgo de infección que en el grupo de mujeres no embarazadas de edad similar.

Con respecto a los efectos de la infección por SARS-CoV2 sobre el feto no hay evidencia de que sea un >

factor teratogénico y, por otro lado, aunque se encuentran casos de recién nacidos pretérmino no se evidencia si fue de forma espontánea o iatrogénica ya que la indicación de finalización de la gestación se debió a efectos de la COVID-19 pero en al menos un caso había rotura prematura de membranas y compromiso fetal.

Por otro lado, la falta de estudios científicos sobre la COVID-19 en el embarazo, parto y puerperio, las consecuencias socioeconómicas, el aislamiento, y el miedo a complicaciones de su embarazo, pueden suponer factores predisponentes para desarrollar un cuadro de estrés postraumático en la mujer embarazada. Este hecho es muy relevante ya que el estrés postraumático es el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en las gestantes tras la depresión y el trastorno nicotínico.

Por estas razones consideramos necesario la elaboración y ejecución de un proyecto de investigación que reúna datos sobre los resultados perinatales y explore el nivel de estrés postraumático en y explore el nivel de estrés postraumático en las gestantes durante el estado de alarma. Para ello se ha diseñado un estudio ambispectivo de una cohorte de mujeres gestantes con sospecha o confirmación por diagnóstico de COVID –19 mediante métodos mixtos lo que permitirá aportar información sobre:

1. Aportar información sobre un perfil de factores sociodemográficos, epidemiológicos y obstétricos sobre los casos con COVID19 captados durante el embarazo. Aportando información frente a la escasez de evidencia que encontramos en este grupo de paciente.
2. Obtener tasas de resultados perinatales en las pacientes infectadas por el virus SARS-COVID19.
3. Aportar información sobre morbilidad durante el embarazo y COVID19.
4. Investigar sobre la salud mental de las gestantes con COVID19 al esclarecer el nivel de estrés postraumático durante el embarazo en pacientes con la infección, en aislamiento domiciliario u hospitalario, mediante el uso de una herramienta validada: la Escala del Trauma de Davidson (STD) junto con entrevistas en profundidad. Esto ayudará a los profesionales sanitarios a emprender estrategias de afrontamiento y apoyo efectivas en los protocolos de actuación con este grupo de pacientes, filosofía coherente con el interés por la humanización del proceso del parto y puerperio.

Para este proyecto se ha solicitado financiación a la convocatoria de Ferring Covid19 Grands 2020 y que está pendiente de resolver. En el diseño del mismo hemos participado tres matronas, dos del Hospital Virgen de la Victoria y una del Hospital Ma-terno Infantil de Málaga. ■

**Salomé Moreno (Hospital Virgen de la Victoria)**  
**Ángela Torres (Hospital Materno Infantil)**  
**Cristóbal Rengel (Hospital Virgen de la Victoria)**



# 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

**CURSO ON LINE ACREDITADO**

[www.cursosaludvaginal.es](http://www.cursosaludvaginal.es)



## 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 visiten en: [www.aemmat.es](http://www.aemmat.es)



# 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](http://www.cursosaludvaginal.es)

PARA CUALQUIER CONSULTA: [info@cursosaludvaginal.es](mailto: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: patogenia, prevención y tratamiento'](#)

[Curso para CIUDADANOS 'Cómo prevenir la infección por Coronavirus \(COVID-19\)'](#)

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

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

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



## SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ¿ COMPLICES O DESCONOCEDORES?

Verificación imprimible del documento. La integridad de este documento puede comprobarse en la sede electrónica del Gobierno de Cantabria, a través de https://sede.cantabria.es/sede/validador/validador.do?accion=VALIDAR\_DOCUMENTO\_PUBLICADO



Área de Inspección y Evaluación



Estimada Sra XXXXXXXXXXXXXXXX

En relación con su solicitud de incapacidad temporal por trabajadora especialmente sensible se la comunica que de acuerdo con el documento del Ministerio de Sanidad titulado "Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 (COVID-19)", versión 22.05.2020, el documento "Actualización de la emisión y transmisión de partes de incapacidad temporal al Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el caso de trabajadores especialmente sensibles y de partes de procesos COVID-19 intercurrentes con otros procesos de incapacidad temporal por distintas patologías", de 30 de abril de 2020, y la documentación aportada, NO procede la baja médica.

Valoración aportada por el Servicio de Prevención:

- inmunodeficiencia
- puesto de trabajo: matrona
- nivel de riesgo no especificado
- no trabaja en área COVID

De acuerdo a la evolución epidemiológica de la pandemia, al Plan de Transición, y a la instrucción del Instituto Nacional de la Seguridad Social no procede la solicitud de propuesta de incapacidad temporal por trabajador especialmente sensible, salvo casos excepcionales (trabajadores con exposición de riesgo, con un nivel de riesgo tres o cuatro).

Santander, a 17 de junio de 2020

XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Inspector Médico

INSPECCIÓN MÉDICA  
Edificio Casa del Mar 3ª Planta  
Av. Sotillos 27  
39003 Santander  
Teléfono: 942 20 27 68/71



Firma  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
INSPECTOR MEDICO-D.G. DE ORDENACION, FARMACIA E INSPECCION  
CSV: A0800A7LW04QL5Udrtgrat0g3qJLYdAL3n8j



Este documento tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa del documento ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015)

Pág 1/1

Una matrona nos ha hecho llegar este informe emitido por la Inspección Médica de la Comunidad de Cantabria, entidad que desde hace tiempo ha relevado a los médicos de familia de la emisión de bajas por asuntos relacionados con la COVID 19. La solicitud de la baja se efectúa no por petición de la interesada, sino por la de su médico de familia que en una visita presencial por una dolencia aguda, se sorprende que esta matrona estuviera trabajando y de inmediato, solicita la preceptiva a su criterio, baja a la Inspección Médica.

El procedimiento en estos casos, es solicitar al Servicio de Prevención de Riesgos laborales al que está adscrita la matrona (Hospital Valdecilla) la correspondiente evaluación y eso que se lee en el informe, es la incompleta valoración que remiten a la Inspección que consecuentemente deniega la baja.

Lo cierto es que en ese informe no se ha de constar además de la condición principal de su inmunodeficiencia por estar sometida a un tratamiento farmacológico inmunosupresor, se le suma que es mayor de 60 años, e hipertensa, condiciones todas de vulnerabilidad como describen en el Protocolo "PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL SARS-CoV-2 19 de junio de 2020 :

***"Con la evidencia científica disponible a fecha 2 de junio de 2020 (Información científica-técnica sobre el COVID-19, del Ministerio de Sanidad; ECDC; CDC), el Ministerio de Sanidad ha definido como grupos vulnerables para COVID-19 las personas con enfermedad cardiovascular, incluida hipertensión, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, insuficiencia renal crónica, inmunodepresión, cáncer en fase de tratamiento activo, enfermedad hepática crónica severa, obesidad mórbida (IMC>40), embarazo y mayores de 60 años."***

Además de obviar estos condicionantes, el Servicio de Prevención de Riesgos laborales " despacha a la afectada " afirmando " un nivel de riesgo no especificado" y a renglón seguido que " no trabaja en Área Covid-19".

Es absolutamente lamentable que circunstancias de estas se produzcan y conculquen los derechos de los trabajadores poniendo en riesgo su salud y por añadidura, dejen entrever una labor más que cuestionable de un servicio que, como su nombre indica, debe prevenir a los trabajadores de riesgos laborales.

Si este servicio no han determinado el nivel de riesgo ciertamente es porque no se han molestado en escuchar y menos en darse una vuelta por el servicio al que esta matrona está adscrita dentro del Área de Partos porque nos consta que en la Unidad (UARO) en la que presta sus servicios es un " totum revolutum" en la que a diario se atienden consultas de embarazos patológicos previa realización de un CTG de control de bienestar fetal, se atiende a todas las gestantes con pródromos de parto susceptibles de alta, con el correspondiente CTG, cualquier urgencia obstétrica sea cual sea la causa con su preceptivo CTG y ahondando más, la medida determinada por la Jefatura de Servicio de Obstetricia y Ginecología para mantener "limpia" el Área de Partos, de pasar a las mujeres en trabajo de parto a realizarles un CTG mientras esperan el resultado del Covid-19...

Y que sepamos el simple hecho de ponerles las correas de los transductores no se hace a distancia de 1,5 mts. sino bien pegaditas cara con cara, mujer que en muchas ocasiones está hiperventilando (emisión de aerosoles) y ambas con la misma protección de una simple mascarilla quirúrgica y en el caso de esta matrona, una pantalla no homologada., bueno también puede usar una bata de " chichinabo" sin impermeabilidad alguna ...

Cierto y parejo a la estimación de la incidencia baja de Covid-19 en la región han sido los casos de gestantes afectadas ( y parejas) además de casos de profesionales del Área infectados, pero los ha habido y el riesgo en esta Unidad existe .

En esta Unidad se reciben a todas las mujeres sin determinar y mientras no se demuestre lo contrario con síntomas o sin ellos, son sospechosas... Ya sabemos hace mucho de la transmisión asintomática... ■

REDACCIÓN

Tabla 1. Escenarios de riesgo de exposición al coronavirus SARS-CoV-2 en el entorno laboral

EXPOSICIÓN DE RIESGO	EXPOSICIÓN DE BAJO RIESGO	BAJA PROBABILIDAD DE EXPOSICIÓN
<p>Personal sanitario asistencial y no asistencial que atiende a un caso sospechoso o confirmado de COVID-19.</p> <p>Técnicos de transporte sanitario, si hay contacto directo con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19 trasladado.</p>	<p>Personal sanitario cuya actividad laboral no incluye contacto estrecho con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Acompañantes para traslado.</li> <li>– Celadores, camilleros, trabajadores de limpieza.</li> </ul>	<p>Trabajadores sin atención directa al público, o a más de 2 metro de distancia, o con medidas de protección colectiva que evitan el contacto, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Personal administrativo.</li> <li>– Técnicos de transporte sanitario con barrera colectiva, sin contacto directo con el paciente.</li> <li>– Conductores de transportes públicos con barrera colectiva.</li> <li>– Personal de seguridad.</li> </ul>
<p>Situaciones en las que no se puede evitar un contacto estrecho en el trabajo con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19.</p>	<p>Personal de laboratorio responsable de las pruebas de diagnóstico virológico.</p> <p>Personal no sanitario que tenga contacto con material sanitario, fómites o desechos posiblemente contaminados.</p> <p>Ayuda a domicilio de contactos asintomáticos.</p>	
REQUERIMIENTOS		
<p>En función de la evaluación específica del riesgo de exposición de cada caso: componentes de EPI de protección biológica y, en ciertas circunstancias, de protección frente a aerosoles y frente a salpicaduras.</p>	<p>En función de la evaluación específica del riesgo de cada caso: componentes de EPI de protección biológica.</p>	<p>No necesario uso de EPI.</p> <p>En ciertas situaciones (falta de cooperación de una persona sintomática):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– protección respiratoria,</li> <li>– guantes de protección.</li> </ul>

Una vez constatamos, o preferimos pensar que es esto y no complicidad manifiesta en el ocultamiento de los casos de profesionales sanitarios infectados por COVID, que también la conocemos, que como viene sosteniendo y manifestando la AEM desde el inicio de la pandemia, el Área Obstétrica que no sólo no ha cesado su actividad totalmente a demanda, que es la única especialidad que tiene más de un usuario además de la interacción con el acompañante de elección (en los servicios en que se ha respetado el acompañamiento en el parto), no se le presta, empezando por los profesionales que desarrollan su labor en el Área, ni siquiera en estas circunstancias, la atención que merecen.

Pensad vosotras por qué os decantáis: Servicios de Prevención de Riesgos Laborales ¿Cómplices de la sobreexplotación de los trabajadores sanitarios? o ¿Culpables por inacción y desconocimiento de las tareas encomendadas?

LAMENTABLE, DENIGRANTE, Y MUCHAS COSAS MAS.....

## AUTOFORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO



Desde el Ministerio de Sanidad y la Delegación del Gobierno nos han comunicado que, durante el estado de alarma, el servicio 016 online está siendo uno de los recursos más utilizados por las mujeres, una alternativa para quienes no pueden realizar una llamada de teléfono desde su domicilio. En el periodo correspondiente al estado de alarma en 2020, en comparación con las mismas fechas de 2019, ha recibido 482 consultas más, lo que supone un incremento del 450,5%.

Desde el Servicio de Estrategias de Salud y Formación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria se coordina la elaboración de un Plan de formación anual cuyo objetivo es contribuir a la difusión y conocimiento de los programas de salud impulsados desde el Departamento de Sanidad.

Con el fin de facilitar el acceso de todos los profesionales sanitarios a las actividades formativas incluidas en este plan de formación y favorecer de esta manera su visibilidad y despliegue en los distintos sectores sanitarios, se están modificando sus contenidos y metodología para su adaptación a un entorno de formación online en la modalidad de Autoformación.

El programa de Autoformación es una iniciativa en la que se ofrece el libre acceso al material didáctico de los cursos, tratando de potenciar el aprendizaje autónomo y permite:

- a. Acceder de forma totalmente libre a un catálogo de acciones formativas y realizarlas cuantas veces se desee.
- b. Adquirir conocimientos de forma autónoma sin las limitaciones de un programa formal, de horarios, plazos y desplazamientos.
- c. Satisfacer distintas necesidades: de consulta, ampliación de conocimientos, recuerdo de aprendizajes, etc.

**El acceso a estos cursos de Autoformación en Estrategias de Salud se realiza a través de la Plataforma de Teleformación del SALUD en el siguiente enlace (si no funciona el hipervínculo, cortar y pegar en el navegador):**

[https://formacion.salud.aragon.es/course/info.php?id=389,](https://formacion.salud.aragon.es/course/info.php?id=389)

**En esta plataforma podéis encontrar distintos cursos-guías de Autoformación en Violencia de Género:**

- Atención desde los Servicios de Salud a la VG. Introducción-
- Trata de seres humanos con fines de explotación sexual
- Actuación en urgencias de Atención Primaria por agresión sexual
- Actuación en mutilación genital femenina

**LAS PLANTAS DE MATERNIDAD DE MUCHOS HOSPITALES  
ESPAÑOLES, CARECEN DE MATRONAS.**

**¿CÓMO?  
¿ES ESO POSIBLE?**

**SI, es cierto, la mayoría NO TIENEN.**

**LAS EMBARAZADAS EN EL POSTPARTO NECESITAN APOYO,**  
más aún cuando visitas presenciales a la Matrona o los talleres de lactancia se han reducido o  
suspendido con la pandemia, y las tasas de lactancia disminuyen exponencialmente.

**AHORA, MÁS QUE NUNCA, LAS  
MATRONAS  
SON NECESARIAS EN LAS  
PLANTAS DE MATERNIDAD.**

**UNA PLANTA DE MATERNIDAD QUE PRETENDA DAR UN CUIDADO DE CALIDAD,  
DEBE TENER ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA (MATRONAS).**



SINDICATO DE MATRONAS  
ESPAÑOLAS



*SIMAES no pretende con este llamamiento desmerecer la labor de compañeras enfermeras generalistas que, nos consta, hacen todo lo que pueden para atender a parturientas y familias.*



## **LAS MATRONAS ESPAÑOLAS SE "RECICLAN" SOBRE LA MARCHA, SE VEN OBLIGADAS A ASUMIR EL DEFICIT DE PLANTILLA Y EL NINGUNEO DE LA ADMINISTRACIÓN COMO HACE 30 AÑOS.**

En estos tiempos convulsos, cada Matrona se adapta día a día a las nuevas circunstancias sanitarias y técnicas en los centros de salud y en los hospitales, soslayando la falta de personal y plazas, la ausencia de sustituciones y de relevo generacional.

Las Matronas españolas, tanto las de atención primaria como las de hospitalaria, se están enfrentando a esta crisis histórica con las mismas carencias de hace 30 años: déficit de especialistas y ninguneo por parte de la Administración. En estos tiempos convulsos de la Covid-19, la enfermería obstétrico-ginecológica se está convirtiendo en una especialización mucho más compleja de lo que ya lo es, por la ausencia de la comunicación personal y directa que caracteriza el trato de la Matrona o las barreras defensivas contra el contagio impuestas en los hospitales. Nuevos medios técnicos, como la teleconsulta o la aplicación de protocolos de prevención sistemáticos, se imponen en el día a día de la profesión.

Se adquieren, sobre la marcha, habilidades comunicativas para realizar el seguimiento del embarazo vía telefónica o por videoconsulta, se asumen sin pestañear nuevos procedimientos, como requerir el test PCR en el proceso de ingreso, conocer en profundidad la normativa sobre riesgos biológicos en el entorno sanitario o las instrucciones para trabajar con engorrosos equipos de protección individual (EPI), y todo ello con las mismas carencias que llevan arrastrando desde la puesta en marcha de la especialidad en 1994.

España sigue teniendo los ratios más bajos de Europa respecto a enfermeras y Matronas por número de habitantes, lo que incide en la calidad del servicio ante la incapacidad de cubrir las necesidades asistenciales con nuevas incorporaciones. Según la Presidenta de la AEM "Esto es así porque las listas de contratación están agotadas y porque hay muchas matronas contratadas como enfermeras generalistas, que lo somos antes que nada, y más en una situación de necesidad como la que estamos viviendo", y tiene razón porque muchas Matronas, ante la incertidumbre, aceptan contratos más largos o frecuentes como enfermeras generalista, asegurando un empleo y reduciendo los efectivos de la especialidad.

En las actuales circunstancias, con muchas Matronas afectadas por COVID (todavía no nos han informado cuántas), el déficit se acrecienta y sigue sin resolverse la mácula cultural de muchos gestores sanitarios que creen, infundadamente, que las Matronas atienden solo partos, obviando los servicios de atención a la mujer y las gestantes. La Matrona es necesaria para calmar ansiedades e incertidumbres propias de esta crisis entre las embarazadas, además de mantenerlas informadas de los cambios organizativos que afectaran a su proceso. Nacer en tiempos de la Covid-19 es, además de inquietante, aparatoso, con "tu" Matrona enfundada en un EPI esforzándose en ser cercana y asertiva.

Por si todo ello fuera poco, se están produciendo dos fenómenos sociológicos importantes: la aplicación de las medidas de conciliación familiar y laboral, con reducciones de jornadas lógicas que merman efectivos, y la proximidad de un altísimo número de jubilaciones de una generación que inició su andadura en esta profesión hace pronto 30 años. Se estima que cerca del 30% de las Matronas actuales tienen su jubilación próxima.

Añádase a este coctel la falta de desarrollo de las competencias profesionales por los gestores de salud, que insisten no utilizar el recurso de una enfermera especializada para sacar el mayor provecho a una formación superior, a todas luces más eficaz y efectiva económicamente.



## **PARA SANIDAD EL CONTAGIO POR CORONAVIRUS ES UN ACCIDENTE LABORAL PERO SIGUE SIN INCLUIRSE ENTRE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES.**

**A los profesionales afectados por Covid durante el Estado de Alarma y hasta un mes después de su conclusión, se les reconoce como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo.**

**SIMAES insiste que la solución pasa por declarar el contagio en los sanitarios como enfermedad profesional.**

El Ministerio de Sanidad ha actualizado, con fecha 8 de junio, el 'Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2' con el objetivo de incluir, tal y como refleja el real decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, que las enfermedades padecidas por los profesionales sanitarios como consecuencia del contagio del coronavirus Covid-19 durante el estado de alarma tengan una consideración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo.

La condición de accidente de trabajo deberá ser acreditado por los servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral. No obstante sólo se acreditarán los contagios del virus SARS-CoV-2 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", según indica el procedimiento. Esto implica que desde el día 28 de mayo, "la emisión de los partes de baja y alta se realizará por la Mutua colaboradora con la Seguridad Social que corresponda".

El Real Decreto-ley 19/2020, establece en su artículo 9 que las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV-2 durante el estado de alarma, tendrán consideración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral. Esta previsión se aplicará a los contagios 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.

A los efectos, en el anexo de este nuevo protocolo se incluye el DOCUMENTO que deberán rellenar los servicios de prevención de los profesionales sanitarios y socio-sanitarios que durante el ejercicio de su labor se hayan infectado por el coronavirus, para que puedan acreditar tal circunstancia y le sea reconocido como accidente laboral en las condiciones anteriormente citadas.

En estas circunstancias entendemos este protocolo da cobertura a aquellos profesionales que tienen la baja desde el inicio del Estado de Alarma, el 14 de marzo, y hasta un mes después del final del mismo, el 21 de julio, discriminando al resto de afectados.

No obstante, en SIMAES insistimos que la solución, al margen de restricciones, plazos y/o inundar los juzgados con reclamaciones, pasa por que el COVID-19 sea considerado directamente como ENFERMEDAD PROFESIONAL, incluyendo a este virus en el Grupo 4 de la clasificación existente de agentes que provocan enfermedades profesionales, como así es en realidad para los sanitarios. Ello tendría como consecuencia el acceso a determinados beneficios, como el de un incremento en la prestación económica percibida correspondiente al periodo de baja, así como a recibir mayor protección en caso de posibles recaídas a consecuencia de haber padecido la enfermedad, entre otras cuestiones.

Enlace de acceso a la GUIA:

<http://simaes.org/wp-content/uploads/2020/06/20200608-PrevencionRRL COVID-19.pdf>



## EXTREMADURA APLAZA LA SUBIDA DEL 2% PARA “CUANDO LA SITUACIÓN FINANCIERA LO PERMITA”

**SIMAES reitera que no es de recibo que el peso del aumento del gasto social recaiga sobre los sanitarios y menos cuando se conceden premios por la lucha contra el coronavirus.**

Según un comunicado de la Junta de Extremadura, la reunión de la Mesa General de Negociación de la Administración Pública de Extremadura ha abordado ayer jueves, 4 de junio, “el aplazamiento la subida salarial prevista del 2% a los empleados públicos debido al impacto de la crisis de la COVID-19 y ha emplazado a los representantes sindicales a continuar en la senda del diálogo cuando la situación financiera lo permita”.

La justificación de la Hacienda autonómica es la caída de la recaudación extremeña en unos 300 millones de euros y las partidas sobrevenidas en el ámbito sanitario (60 millones de euros), como consecuencia del coronavirus, además de la previsible caída del PIB nacional entre el 9,2 y el 12%.

No obstante, la Consejera de Hacienda indica que mantiene su voluntad “para el diálogo y la negociación con las organizaciones sindicales cuando el Ejecutivo extremeño disponga de elementos sólidos de cómo va a ser la situación y conocer realmente cuáles van a ser los recursos de los que dispone la Comunidad Autónoma.”, por lo que se realizará una nueva convocatoria de la Mesa General para negociar los términos del acuerdo.

SIMAES reitera la injustificado de la decisión de no abonar la subida pactada, cuyo abono entendemos que es obligatorio, salvo que se modifique la ley y pese a los argumentos de emergencia social esgrimidos, puesto que no sería de recibo que el peso del incremento del gasto social recaiga sobre los sanitarios cuando este concepto es abonado por el resto de CCAA y que, incluso, se conceden premios por la lucha contra el COVID.

## ESTUDIO EXIGIDO POR LA AGENCIA EUROPEA DEL MEDICAMENTO (EMA) SOBRE EL ACIDO VALPROICO Y OTRA SOBRE RETINOIDES).



EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH

La Asociación Española de Matronas de España ha recibido una invitación del Servicio Navarro de Salud a participar en un estudio europeo para evaluar el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre los potenciales efectos teratogénicos de los medicamentos que contienen ácido valproico o retinoides.

Se trata de un estudio exigido por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y que se va a desarrollar en 8 países, incluido España. Este estudio también cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) de Navarra.

Se trata sencillamente de responder a dos encuestas anónimas (una sobre valproico y otra sobre retinoides). Las encuestas están en castellano y se van a realizar entre médicos de atención primaria, médicos especialistas hospitalarios, farmacéuticos comunitarios, matronas y mujeres en edad fértil que hayan recibido estos fármacos. Las encuestas han sido adaptadas según el perfil profesional del respondedor potencial y se estima que el tiempo de cumplimentación es inferior a 10 minutos para cada una de ellas.

Este estudio es muy importante pues, según sus resultados, la EMA determinará si es necesario aplicar medidas adicionales para minimizar los riesgos teratogénicos asociados al uso de valproico o retinoides. Por ello, te agradeceríamos que respondieras a las dos encuestas antes del 30 de junio, a través de los enlaces que puedes encontrar a continuación:

Encuesta retinoides:

<https://uppersurvey.science.uu.nl/index.php?r=survey/index&sid=762782&lang=es>,

Encuesta valproico:

<https://uppersurvey.science.uu.nl/index.php?r=survey/index&sid=847529&lang=es>

## ENCUESTA SOBRE LA EXPERIENCIA DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS Y MEDIOS DE APOYO

Se trata de estudio observacional descriptivo transversal, que pretende valorar el fenómeno de segundas víctimas en el contexto español entre los profesionales de la rama de la obstetricia, matronas y tocólogos. Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso y/o una lesión relacionada con el paciente, no esperada, se convierte en la segunda víctima.

Este fenómeno conlleva sufrimiento, inseguridad, pérdida de reputación y más aspectos negativos para los profesionales sanitarios, lo que tiene un impacto directo en la calidad de la vida laboral y repercute en el propio Sistema Nacional de Salud.

**Ejemplo: Cuando ocurre un incidente durante el parto, la primera víctima es la mujer o recién nacido y la segunda víctima es el profesional sanitario.**

Por tanto, todos podemos ser segundas víctimas. Es importante visualizar este fenómeno, ver cómo nos sentimos y que formas de apoyo necesitamos.

El propósito de este estudio es: Evaluar con el cuestionario SVEST-E la experiencia de segunda víctima del personal sanitario español en el campo de la obstetricia (Obstetras y Matronas).

Rogamos tu participación y lo agradecemos de antemano.

Equipo Investigador

Esta investigación ha sido Aprobada el 24/04/2020 por el control de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN) con código CEIm HUGCDN: 2020-140-1

Acceder al cuestionario:

<https://www.svest.es>,

Usuario: 2020

Contraseña: 2020

Todos podemos serlo

Mañana te puede tocar a ti





## XXIV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados Pamplona 2020 9 al 13 de Noviembre

Este año, el XXIV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados ¡se virtualiza!

Las nuevas circunstancias nos han obligado a reinventarnos, adaptarnos y a repensar este evento, referente en el ámbito de la investigación en cuidados, de principio a fin. Aunque habrá muchas novedades que iremos desgranando a lo largo de los próximos meses, ahora, la principal y más importante es que la próxima edición será en formato online y tendrá lugar del **9 al 13 de noviembre de 2020 en horario de 15:30 a 20:00 h.**

Estamos seguros de que esta virtualización animará a asistir a un público más amplio -que podrá compatibilizar su jornada laboral con el evento- cuya presencia enriquecerá el Encuentro.

El contexto de cierre de fronteras físicas en el que nos hemos visto inmersos nos anima a abrir las digitales, internacionalizando el Encuentro más que nunca. Estamos muy interesados en contar con una visión cada vez más amplia de la investigación en cuidados y sólo podremos lograrlo con la presencia de participantes de otras nacionalidades.

Recuerda que puedes enviar tu resumen hasta el 15 de julio (20:00 h GMT) a través de la web: <https://www.investigacionencuidados.es/resumenes/>

<https://encuentros.iscii.es/pamplona2020/es/programs.html>

[https://www.investigacionencuidados.es/investen/docus/Diptico\\_doctorandos\\_ES.pdf](https://www.investigacionencuidados.es/investen/docus/Diptico_doctorandos_ES.pdf)



## **SE NECESITA MATRONA**

**Ubicación: Área de Salud de Menorca - IBSALUT**

**Centro de trabajo: Atención Primaria.**

**Contrato: 1 de Julio al 31 Octubre 2020**

**Tipo de Jornada: Completa.**

**Contacto: Bolsa Única IBSALUT**

**Tfno. 971 48 70 94.**

**e-mail: [hgmo.rrhh@hgmo.es](mailto:hgmo.rrhh@hgmo.es)**

## ¿QUÉ ES MIMANDO A MAMÁ?

Es un proyecto que nace en 2018 de la ilusión de una matrona e IBCLC de Alicante, África Sánchez, por acompañar a las mujeres y sus familias en uno de los momentos más importantes de su vida, su embarazo y la MATERNIDAD. Y fomentando el conocimiento de la mujer en todas las etapas de su vida, desde la menstruación hasta el climaterio.



Buscamos ofrecer otra visión de la maternidad desde antes del embarazo hasta los primeros años de la crianza. Todo desde una perspectiva más natural respetando la fisiología de los procesos y basándonos en la última evidencia científica disponible.

El confinamiento nos ha hecho replantearnos formas de trabajar y hemos incorporado la modalidad Online en la mayoría de los servicios que ofrecemos. Consulta individual de embarazo, lactancia, postparto y talleres grupales, teóricos y prácticos, tanto en el embarazo con el taller de Parto activo, parto en movimiento. En el postparto con un programa de recuperación física, y destacan los talleres de Porteo Ergonómico, lactancia, alimentación infantil y primeros auxilios.

Por último, desde el primer momento, integramos las formaciones para profesionales, con docentes elegidos por ser especialistas o pioneros en un tema concreto. Formaciones no sólo dirigidas a matronas, sino también para fisioterapeutas, enfermeras, odontólogos, médicos... con intención de crear una Red de profesionales actualizados. Estas formaciones están siempre relacionadas con la maternidad, la infancia o la mujer y se realizan con una periodicidad prácticamente mensual. Los próximos meses tenemos agendados ya cursos de fisioterapia en Lactancia en julio, parto en casa en agosto y a partir de septiembre formaciones para impulsar la actividad de la matrona tanto facilitando un cambio en la actual educación maternal y posibilitando la preparación física durante el embarazo y dotar de herramientas para mejorar las posiciones fetales en el parto.

Cada vez somos más matronas emprendedoras que facilita la diversidad en el acompañamiento y el empoderamiento de las mujeres.

[www.mimandoamama.es](http://www.mimandoamama.es)

[mimandoamama@gmail.com](mailto:mimandoamama@gmail.com)



# 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/>

## LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS PARTICIPA EN LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DE SANIDAD CON UN DOCUMENTO DE PROPUESTA SOBRE LA SALUD DE LA MUJER (SEXUAL Y REPRODUCTIVA) Y LAS COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS



### Resumen de la propuesta:

**1. Durante el tiempo que dure la pandemia se extremarán todas las acciones de prevención de contagio mediante, circuitos seguros, los test necesarios, los rastreos serológicos a gestantes, acompañante y profesionales del área el aislamiento y el equipamiento de protección para todos los profesionales y los/las pacientes en AP y hospitalización.**

Hay que garantizar las medidas de protección del personal sanitario, convertido durante buena parte de la evolución de la pandemia, posiblemente, en principales transmisores. Por no mencionar el altísimo número de contagiados que han convertido la Declaración de la OMS como “Año de las enfermeras y las matronas” en el “año de la inmolación de las enfermeras y las matronas”, junto a otros profesionales sanitarios. Es necesario aprovisionarse de material de protección suficiente y de calidad para que exista una reserva estratégica; potenciando la fabricación local de estos productos para no depender de terceros países; exigiendo a los empleadores la vigilancia del estado de salud de los profesionales sanitarios; y declarando el contagio por COVID-19 enfermedad profesional, yendo más allá de su inclusión como accidente laboral, por las potenciales secuelas y letalidad a medio, largo plazo que a día de hoy se desconoce.

**Hay una realidad que la mayoría de las administraciones sanitarias no ha tenido presente: la exposición de riesgo del área obstétrica en relación con la pandemia COVID 19. En ningún momento las autoridades sanitarias han contemplado que es prácticamente la única AREA Hospitalaria a la que no se ha podido aplicar la reducción de actividad ya que es un servicio a demanda que, por otra parte, ha seguido generando el mayor número de ingresos hospitalarios.** Las gestantes que en la primera mitad del año anterior acudieron a los servicios de obstetricia para finalizar su embarazo fueron unas 175.000, que en cifra similar hemos atendido las matronas en esta primera mitad de año 2020 en medio de la declarada pandemia. A este número de mujeres hay que añadir el contacto e interacción con el acompañante de elección de la mujer, con lo cual la cifra de contactos y por tanto de exposición y riesgo potencial de las matronas al virus, se multiplica por dos. Se suma a lo anterior, el número de atenciones a las urgencias ginecológicas que se han seguido atendiendo en los hospitales, aunque en menor número, circunstancias que viene a escenificar la inadecuada utilización de los servicios de urgencias, ahora moderada por el temor a la COVID, pero que en la mayoría de casos es la matrona quien procede al triaje y contacto directo con las mujeres que acuden al servicio de urgencias.

En todas las áreas sanitarias se han detectado gestantes (y acompañantes) infectadas-os, la mayoría de ellas-os asintomáticos, pero con la misma potencialidad infectante y sin embargo, nadie ha reparado en la alta exposición de las matronas en los servicios gineco-obstétricos con la viremia, por añadidura y ante usuarias-os sin testar, con medidas insuficientes de protección.

**2. Potenciación de la Atención Primaria y la Salud Pública con las inversiones necesarias.**

La importancia del papel de la A.P en el SNS no es discutible y en tiempos de la enfermedad por Covid-19 adquiere mayor relevancia, en la necesaria vigilancia epidemiológica. Las enfermeras especialistas o no, los médicos generalistas, los pediatras, fisioterapeutas, asistentes sociales, etc. desempeñan un papel esencial de este ámbito de asistencia. Las matronas son un recurso imprescindible para el cuidado de salud sexual y reproductiva de la mujer y precisan un ajuste de población asignada.



Las ratios de matronas en relación a la población mujeres en edad fértil está muy por debajo de la media europea.

**3. Potenciar el papel de las matronas:** Más bien permitir el desarrollo de todas las competencias reguladas en el plan formativo y las Directivas Comunitarias, en la atención a la salud sexual y reproductiva, al embarazo de bajo riesgo en AP, atención al recién nacido (RN) en los primeros 28 días de vida, la promoción de lactancia materna y su participación en actividades preventivas, de promoción y educación para la salud individual y comunitarias.

**4. Profesionalizar la gestión sanitaria:** Impulsando un acuerdo político para el desarrollo normativo para que las matronas puedan ocupar cargos de gestión a todos los niveles en consonancia con su titulación académica de Grado Universitario y especialistas, como mínimo en las direcciones de enfermería de los hospitales maternos o Maternidades.

No parece lógico que personal de menor cualificación y formación académica como las enfermeras generalistas, ocupen reiteradamente esos puestos.

**5. Mejorar las condiciones laborales de las matronas garantizando condiciones dignas de los contratos,** estabilidad en el empleo y jornadas laborales acordes con la complejidad del puesto de trabajo y facilitando la continuidad de los cuidados. Creación de bolsas únicas para matronas en las CCA que no la tienen, concretamente Madrid.

Revisión de baremo de méritos ya que hay constancia de que, entre otras cosas ilógicas, algunas autonomías por ejemplo, con su sistema de baremación están primando a profesionales formadas en el extranjero en detrimento de profesionales formados en España con calidad superior a la mayoría del entorno europeo.

**6. Mejora de las retribuciones como especialistas con altísima responsabilidad al cuidar a dos clientes/usuarios/pacientes al mismo tiempo.** Desde hace décadas, la medicina materno fetal considera que el feto no es solo un “apéndice” de la madre sino que su categoría es de segundo paciente, con sus propias incidencias de salud ajenas al estado de la madre. Hasta el año 1987, cuando se cambió el modelo retributivo la diferencia salarial de las matronas con enfermeras generalistas era acorde con la especialización, competencias y complejidad del trabajo. A partir del nuevo modelo retributivo perdimos un 13% mientras la enfermería general aumentaba sustancialmente. Sin duda, se puso de manifiesto que las matronas durante siglos arrastramos dos grandes debilidades: la mayoría absoluta somos mujeres y representadas por organizaciones profesionales o sindicales para los que somos invisibles, por ser minoría.

A todas luces, es un agravio comparativo no sólo con las matronas sino con el resto de enfermeros especialistas que, como se ha hecho evidente, somos necesarios en cada área y por tanto, sobradamente justificada una diferencia salarial que remunere el mayor esfuerzo formativo y la especificidad de las funciones especialistas.

**7. Definir, dentro de los hospitales maternos, espacios separados que atiendan a mujeres de bajo riesgo gestionados exclusivamente por matronas.**

En la experiencia de muchos países de nuestro entorno, es muy beneficioso para las mujeres y los resultados perinatales, la actitud, aptitud y la evidencia científica para el cuidado y atención del proceso de bajo riesgo bajo la dirección de la matrona.

**8. Establecer los ratios matrona/número de nacimientos en hospitales considerando el grado de complejidad del trabajo, similar al de las unidades de cuidados intensivos.**

La OCDE en su estudio también señala las ratios de matronas por cada 1.000 nacimientos. En este caso la media de la ratio de matronas por cada 1.000 nacimientos de los países estudiados se establece en 25,9 mientras que en



España esta ratio se sitúa en 12,4 matronas por cada 1.000 nacimientos como se indicaba anteriormente, nuevamente muy por debajo de la media del resto de países.

En España estamos pues, muy lejos de la media europea como lo está la enfermera generalista.

También en AP se tiene que revisar la población asignada para cada matrona. En este momento algunas matronas se ocupan de hasta 3 Centros de Salud. La presión asistencial les impide desarrollar algunos programas de salud con mujeres menopaúsicas y adolescentes.

**9. Promover y facilitar la formación continuada** para el colectivo y estimular la investigación sobre cuidados y otros temas relevantes sobre la salud de las mujeres.

**10. Potenciar las Unidades Docentes (UDD) de Matronas, dotándolas de suficientes recursos materiales y humanos que permitan cumplir el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)—según Orden SAS-1349/2009—, y los requisitos de formación previstos en la DIRECTIVA 2005/36/CE, transferida al ordenamiento jurídico español en el RD. 183/2008.**

**Con las siguientes medidas:**

Las UDD, ya sean bajo el patrón de Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), o el más reciente de Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM), adolecen de falta de recursos suficientes. Esta carencia se manifiesta, sobre todo, en las matronas que imparten la docencia teórica y en las tutoras y tutores de residentes, quienes no tienen, en gran parte de las ocasiones, ningún tipo de compensación (ni económica, ni horaria, ni valorativa...), y su dedicación depende, en una gran mayoría de casos, del altruismo, la voluntariedad y el esfuerzo de las matronas.

Asegurar el cumplimiento del Programa Formativo teórico en su totalidad, como exige el ordenamiento jurídico tanto en lo relativo al tiempo de formación, como a las materias, especialmente en las UD Multiprofesionales; y vigilar, asimismo, el cumplimiento del Programa Formativo práctico (respetando el itinerario formativo de los especialistas en formación). Basadas estas vigilancias en el RD. 183/2008, que establece: “Las unidades docentes... se someterán a medidas de control de calidad y evaluación... La Agencia de Calidad coordinará las auditorias, informes y propuestas necesarios para... evaluar... el funcionamiento y la calidad del sistema de formación...”

En los casos necesarios, contemplar la posibilidad, ya en uso en algunas UD y UDM, de reagrupación de residentes de varias de estas Unidades, para una mejor optimización de recursos y garantía de cumplimiento del Programa formativo teórico.

Crear un sistema unificado de acceso a la docencia, que valore, de manera imparcial, el curriculum de las matronas aspirantes a la misma, y que debería realizarse “con sujeción a los criterios generales que en su caso apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud” (según RD. 183/2008). Si bien suelen ser las Comisiones de Docencia las encargadas de la selección, no hay un baremo unificado que garantice la imparcialidad de la selección, por lo que son posibles, situaciones de nepotismo y parcialidad, priorizando la participación de las matronas en la impartición de materias teóricas del programa.

Dotar del presupuesto suficiente a las CCAA (y, por ende, a las entidades titulares de los Centros hospitalarios, de AP, y otros dispositivos docentes) para que las tutoras y tutores puedan dedicarse a sus múltiples tareas de tutorización de residentes, entre otras, y según el RD. 183/2008: “...planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente”, con garantías de cumplimiento, sin que vean duplicado su trabajo y esfuerzo, y sin la necesidad de utilizar su propio tiempo personal y no contar con compensación alguna (horaria, retributiva, etc.)■

El documento completo está colgado en la web del Congreso: <https://bit.ly/2Yq1t75>,

[http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion\\_participacion\\_ciudadana/20200623\\_D17.pdf](http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion_participacion_ciudadana/20200623_D17.pdf),

**CORREOS HOMENAJEA  
A LAS ENFERMERAS Y  
MATRONAS CON LA  
EMISIÓN DE UN SELLO**



El pasado día 5 de junio, correos rindió homenaje a las enfermeras y matronas con la emisión de una tirada de sellos (1.500.000) en conmemoración del que en teoría iba a ser su año, en España y en el resto del mundo, un reconocimiento internacional por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este año era especial para las enfermeras y las matronas, y con esta pandemia, ha quedado demostrado el valor de estas profesionales que sin recursos suficientes y de manera incansable han cuidado de la población enferma o no por la COVID19.

En la estampación está la enfermera Elvira López Mourín, gallega de nacimiento, que como bien reza bajo su nombre, fue la primera enfermera de la aviación española en 1922, hace ya de esto casi un siglo y quien además formó parte de la primera promoción de enfermeras profesionales (cinco en total) de Cruz Roja en 1918, protagonizando con éxito el primer transporte sanitario español y en concreto la primera mujer profesional sanitaria, lo que le otorgó reconocimiento por parte de la realeza española de ese momento, a saber, Alfonso XIII y su esposa la reina Victoria Eugenia.

Respecto de las matronas, el sello hace una referencia con una imagen de una matrona sosteniendo a un bebé, recordando la extraordinaria labor que estas profesionales realizan en el cuidado del embarazo y el parto, incluso en momentos de pandemia en la que han desarrollado su trabajo con muchísimas dificultades pero siempre defendiendo el bienestar de las mujeres, sus hijos y sus parejas.

Según correos, “una oportunidad única para que los países demuestren cuánto aprecian a sus enfermeras y matronas, reaccionar y darles el apoyo necesario para que puedan desarrollar al máximo su enorme valía profesional”

Últimas noticias nos han confirmado que tras lo vivido durante la pandemia y dada la imposibilidad de realizar los actos previstos, este reconocimiento se prolongará hasta julio de 2021. Esperemos que los aplausos y las buenas palabras queden reflejados no sólo en la estampación de un sello sino en una mejora de las condiciones laborales de estas profesionales. ■

Redacción

## LA PROTAGONISTA DEL SELLO CONMEMORATIVO DEL AÑO INTERNACIONAL DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS EXISTIÓ, TIENE NOMBRE.



Una de las acciones que las entidades integrantes (la AEM entre ellos) de la Plataforma Nursing Now encabezada por el Consejo General de Enfermería habíamos aprobado hace meses, era el proyecto de la emisión de un sello postal conmemorativo de este singular año 2020 que la OMS ha declarado como el Año internacional de las Enfermeras y las Matronas, en merecido homenaje al trabajo de ambos grupos profesionales. Y subrayo Matronas porque como la AEM viene sosteniendo desde el principio de lanzarse esta campaña, la denominación "Nursing Now" ya resulta incompleta contando con que en la mayoría de países del mundo, la de matrona es una profesión independiente, además existe el término anglosajón "Midwifery" para nombrar a la profesión y por añadidura, la campaña tuvo su origen en el parlamento Británico, país en que la matronería o partería es especialmente potente, motivos varios para no entender cómo no fue añadido el término Midwifery a esta campaña mundial.

Lo cierto es que la situación sanitaria actual de España también está apoyando la realidad de las matronas históricamente experimentada de invisibilidad ya que seguimos teniendo que defender con uñas y dientes las propias matronas, la AEM institucionalmente, los derechos, reconocimiento y participación de nuestra profesión incluso en la necesaria reconstrucción sanitaria de España. Y ¿sumamos también el asunto del sello?.....

Sí, se ha hecho realidad la emisión del sello proyectado, aunque todo hay que decirlo, a las matronas no nos consultaron para su confección porque también hay matronas nacionales y mundiales con nombre propio cuyos actos de forma individual merecerían figurar en este sello, aunque no fueran contemporáneas o sí de la enfermera protagonista, que de todo tiempo las tenemos porque la matronería a diferencia de la enfermería, ha estado presente en el mundo desde los albores

de la civilización humana.

Se me ocurre por ejemplo, mencionar a Dña. Quirce de Toledo que con la limitación de documentos gráficos de la época sin embargo quedó plasmada para la posteridad en los maravillosos azulejos que adornan el Palacio de Pimentel de Valladolid, en el que asistió al nacimiento del glorioso Felipe II, el rey más importante del mundo.....mucho más cercana en el tiempo también tenemos figura y nombre propio o ¿es que no es más que meritorio movilizar a un gobierno penado por el Tribunal de la Comunidad Europea por suspender la formación de matronas en España y conseguir restaurarla?...

Bueno, una vez más nos toca a las matronas pasar "de incognito" lo que no es óbice para desdeñar la elección de la heroína que protagoniza el sello: Elvira López Mourin y que según me consta, ha sido Miguel Ángel González Canomuel, médico estudioso de la Sanidad Militar quien la propuso a Correos.

A través de noticias de hemeroteca sabemos que Elvira López Mourin fue una gallega de origen humilde, nacida en Láncara, parroquia de San Martiño do Río (Lugo) en 1891, paisana de aquella otra heroína gallega María Pita, cuyas hazañas en la defensa de la Coruña contra 'as tropas inglesas constituyen una de las páginas más honrosas de las glorias patrias.

Nuestra protagonista por las humildes circunstancias familiares (y sociales) , ni siquiera recibió la instrucción básica en su infancia, pero su decisión, esfuerzo y ganas de aprender la convirtieron en una de las 12 profesionales del primer curso (1918) del Cuerpo de enfermeras profesionales creado por la Cruz Roja que completaron los cursos reglamentarios en el Hospital de San José y Santa Elena de la Cruz Roja Española en Madrid, aunque no fue hasta febrero de 1923, que el Ministerio de Guerra, tras los exámenes pertinentes, les otorgó los nombramientos como enfermeras de sanidad >



militar, según consta en noticias de hemeroteca. Tenemos que situarnos y apuntar que estamos en el contexto de la Guerra del Rif ( 1911-1927) también llamada Guerra de Marruecos o de África, un enfrentamiento originado por la sublevación de las tribus rifeñas de la región montañosa del norte de Marruecos contra la ocupación colonial española y francesa, aunque las tropas españolas fueron las más afectadas.

La guerra de África impulsó la labor sanitaria de las mujeres que no dudaron en acudir a Marruecos a asistir a los heridos y enfermos a pesar de las adversas condiciones bélicas, sumadas a todo tipo de inclemencias como las climatológicas y las que por lógica podemos pensar que se dieran en medio de una guerra en un hospital militar de la época.

El primer contingente femenino de ayuda sanitaria llegado a África, concretamente a Melilla llegó en 1921 comandado por la Duquesa de la Victoria: 5 hermanas de la caridad, 3 enfermeras profesionales y algunas damas de Cruz Roja lo formaban.

*del Cuerpo de Sanidad Militar, y prestan servicio damas enfermeras, enfermeras de profesión y religiosas de San Vicente" como relata la Revista de Sanidad Militar de Octubre de 1921.*

El periódico La Libertad del 29 de Noviembre de 1921 publicaba en sus páginas las disposiciones oficiales en relación al Destino en Marruecos, entre otros, la formación de los equipos quirúrgicos de uno de los cuales iba a formar parte Elvira :  
*"Han sido destinado a los equipos quirúrgicos que se encuentran o han de enviarse Marruecos, el siguiente personal:*

*Al equipo núm. 2 (Melilla). Enfermera doña Elvira López, del Hospital de Urgencia de esta Corte" .*

No creo que pudiéramos tachar de apacible la vida de Elvira López en este destino, aunque sí podemos afirmar que dio un cambio sustancial el día 2 de Noviembre de 1922 cuando equipos sanitarios de Melilla fueron solicitados para asistir a los múltiples heridos que llegaban en ambulancias, escoltadas por camiones blindados al hospital de Dar-Dríus, tras el ataque de Tizzi Assa, mientras eran atendidos por el coronel de Sanidad señor Coll y otros médicos, a todas luces insuficientes. La distancia del Hospital de Melilla al del Campamento de Dar Drius en kilómetros hoy nos puede parecer muy corta ya que distan entre 60-70Kms. pero el estado de las carreteras, los vehículos militares además del peligro de los guerreros rifeños acosando a las fuerzas de ocupación españolas, lo hacían de más complicado acceso y todo ello fue lo que dio un giro a la asistencia requerida en aquél hospital de campaña de Dar Drius: en esa situación, ante la urgencia de la llegada de equipo médico y material quirúrgico se decidió el desplazamiento por vía aérea del equipo quirúrgico (EQ<sub>2</sub>) denominado "Noguera" compuesto por el jefe del equipo, comandante medico Víctor Manuel Noguera, el ayudante de manos( aux. médico), anestesista y el sanitario D. Luis de la Flor García de la primera comandancia de tropas de la Sanidad Militar al que se unió voluntariamente. en respuesta a la solicitud del jefe de una enfermera para completar el equipo, Elvira López .



**Foto Archivo Hemeroteca Nacional:  
Mundo Gráfico 22-11-1922.**

**SRTA. ELVIRA LÓPEZ**  
 Enfermera, que salió de Melilla en avión la noche del 1.º del actual para asistir a los heridos en el combate de Tizzi-Azza, por lo que ha sido felicísima por S. M. la Reina.

Los servicios sanitarios para la campaña de Melilla (en la guerra del Rif ) fueron de especial interés para el gobierno de España y por ello crearon y dotaron varios hospitales dependientes de la sanidad militar que convivieron con el de la Cruz Roja "ubicado en el hermoso edificio de los Hermanos de la Doctrina Cristiana. A su frente está la Duquesa de la Victoria; el personal facultativo es





Hay que mencionar que las ordenanzas militares prohibían a las mujeres volar y hasta el momento apenas se habían utilizado aviones con fines sanitarios.

*"Una mujer valerosa hasta la temeridad, hasta el heroísmo, ya que aparte de los riesgos de un viaje nocturno en aeroplano, no había la certeza de aterrizar en terreno seguro, porque el enemigo al acecho, hostilizaría fatalmente todo cuanto se pusiera al alcance de sus fuegos"* describía en el periódico "La Correspondencia Española" ( 9 -11-1922) a esta profesional que ha pasado a la historia poco conocida como la primera enfermera adscrita a la sanidad militar que voló en misión humanitaria. Esta valerosa acción tuvo gran notoriedad en los medios de comunicación de la época y por ello la enfermera fue felicitada desde las más altas instancias, como los Reyes de España, el presidente del Gobierno etc..

Una cronista muy especial de la época, Margarita Ruiz de Lihory que usaba el seudónimo de Margarita Alcahalí\*, relató la noticia y las declaraciones de Elvira López para el periódico "La Correspondencia Española (11 Noviembre 1922) del que era colaboradora:

*...."Arriba ya dije que no había damas ni hermanas de la Caridad en el hospital, lo cual demostrará bien claramente qué lejos estaba el Alto mando de que allí se hubiera de hacer nada. Unas horas hacía que los equipos que habían ido al hospital con los médicos operadores se habían ido a Melilla por no tener en aquel lugar nada que hacer. La situación se hacía angustiosa por acudir heridos y no tener allí los recursos de la ciencia. En un aeroplano envié Burquete a buscar al médico Noguera, uno de los "ases" de la Cirugía militar que con su pericia y habilidad había de salvar la vida a muchos de los heridos, en cuyas caras apareció la esperanza al ver llegar a tan famoso cirujano. Con él llegó el resto de su equipo, o sea el ayudante señor Crespo y la señorita enfermera Elvira López, que cumpliendo su misión con un altruismo digno de alabanza, arrostró los peligros de trasladarse en aeroplano hasta el hospital de Dar Drius.*

*Desde las nueve de la noche, hora en que llegó,*

*hasta las cinco de la mañana estuvo el Sr. Noguera operando sin parar un momento, con un entusiasmo y celo dignos del mayor encomio. Mi deber de mujer y de buena española era ofrecerme para ayudar en lo poco que pudiera y llevar, al menos, algún consuelo a los heridos, y así lo hice, mereciendo mi determinación la aprobación del comandante general, que me envió al hospital para que prestara allí mis pobres servicios, ya que entonces no había ninguna otra mujer".*

\*Margarita Ruiz de Lihory y Resino, ( 1889-1968), entre otros títulos nobiliarios, exhibió aunque nunca lo ostentó realmente el de baronesa de Alcalalí, realizó misiones de espionaje en Marruecos para España donde conoció a Francisco Franco (a quien salvaría la vida en dos ocasiones) y al dirigente de la resistencia rifeña contra España Abd-el-Krim , convirtiéndose finalmente en agente doble, tanto para el dirigente marroquí, como para el general español. Su cobertura fueron las inusuales labores para una mujer de la época de periodista de guerra siendo colaboradora del periódico la Correspondencia de España e incluso sería la única mujer que escribió en las páginas de la Revista Hispano-Africana de la Liga Africanista Española.

Permítaseme el inciso al mencionar la novela de Gadea Fitera, "Como arena entre tus dedos" en la que la autora, por cierto, hija de Laura Fitera, matrona muy conocida por haber sido la responsable de la Unidad Docente de Valencia durante muchos años, convirtió magistralmente la vida de Margarita Ruiz de Lihory en novela. ■

**Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla**  
**Presidenta AEM**



Foto: alicantina.fotografias.es

## ENTREVISTA UNA MATRONA PRESIDENTA DE UN COLEGIO DE ENFERMERÍA

Hoy las matronas estamos de enhorabuena, una compañera, **Monserrat Ángulo Perea** es, recientemente elegida y nombrada, la nueva Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante (COEA). Es de celebrar por el hecho que ninguna matrona fue nunca presidenta de un colegio de enfermería y eso es un hito en nuestro colectivo. Con tal motivo, **Monserrat Angulo** ha accedido amablemente a concedernos esta entrevista para nuestro boletín de Infomatronas de este mes.



**P:** Hola Montse, en primer lugar, desde la Asociación Española de Matronas (AEM) felicitarte por tu nuevo cargo como Presidenta de un colegio profesional, el de Enfermería de Alicante, y puestos a empezar, ¿Cómo te sientes ahora sabiendo que eres la primera matrona Presidenta de un Colegio de Enfermería?

**R:** Pues muy orgullosa y con una gran responsabilidad por representar al colectivo de Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica desde un Colegio Profesional.

**P:** Sabemos que desde hace unos años eras la vicepresidenta de ese mismo colegio, ¿Qué te ha hecho decidirte para asumir la responsabilidad que conlleva el cargo de Presidenta?

**R:** En primer lugar, fue porque la anterior Presidenta, Belén Payá, decidió no presentarse a la misma, y eso me hizo pensar que tal vez yo pudiera hacer ese papel y así poder impulsar desde dicha presidencia las competencias, la capacidad de liderazgo y de gestión de las matronas en particular y del resto de enfermeras y enfermeros en general.

**P:** Sabemos que eres matrona desde hace más de 20 años, cuéntanos ¿qué bagaje crees que ha aportado tu experiencia profesional en la toma de esta decisión?

**R:** Desde hace 22 años como bien dices soy matrona, antes ejercí 9 años como enfermera en

diferentes unidades asistenciales, y de estos los últimos 20, participando como Vocal primero y después como Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Alicante, lo cual me ha llevado a conocer muy de cerca toda la situación y problemática de la profesión. También, desde los inicios he creído en la formación, actualización profesional, habiendo participado en Congresos, Jornadas, tanto como ponente como organizadora de los mismos; he sido miembro del Tribunal de oposiciones de matrona de la Consellería de Sanidad; representante de las matronas dentro del área de Psicosomática de la SEGO, creo que todo esto ha contribuido a este bagaje profesional.

**P:** Ser una enfermera especialista, en tu caso matrona, ¿crees que puede enriquecer tu ejercicio como Presidenta dentro del colectivo enfermera? ¿Por qué? ¿Qué puede aportar?

**R:** Sí, sin ninguna duda, creo en la importancia y relevancia de la especialización dentro de la profesión Enfermera, de hecho en los 20 años de actividad colegial, mi área de desarrollo ha sido el de las Especialidades de Enfermería; la defensa de las competencias de las enfermeras en sus distintas especialidades, del modelo de formación de especialistas en Unidades Docentes lideradas por enfermeras y la autonomía profesional, nuestra plena competencia científico-técnica, la presencia >

*de compañeras/os en puestos de responsabilidad gestora.*

*Debe existir una vinculación de un número determinado de puestos de trabajo a las especialidades de Enfermería existentes, dotándolas de reconocimiento, tanto competencial como económico, y teniéndose en consideración en los baremos de la Bolsa de Trabajo y en la Carrera Profesional.*

**P: Todas y todos sabemos la enorme responsabilidad y compromisos que puede conllevar este cargo, ¿te has planteado seguir trabajando en tu puesto como matrona? ¿Por qué?**

*R: Nunca me he planteado dejar de trabajar como matrona, mi trabajo me aporta mucho en el día a día, amo mi profesión y no quisiera que la labor gestora me quitara de poder seguir trabajando al lado de las mujeres y con las mujeres. Además, este puesto no está remunerado económicamente y no me permite la liberación de mi trabajo como matrona en el Hospital Universitario de san Juan de Alicante, donde tengo mi plaza.*

**P: ¿Qué nuevos retos supone ser Presidenta del colegio de enfermería de Alicante en esta etapa de tu vida?**

*R: Muchos, tanto personales como profesionales; en estos momentos las enfermeras tenemos que conseguir alcanzar muchos espacios, debemos liderar y defender los cuidados para los cuales nos formamos con un alto coste personal e institucional; las especialidades de enfermería por la vía EIR, suponen un gran coste a las administraciones que luego no están totalmente reconocidas, existe un déficit de enfermeras y matronas tal como nos ha demostrado la actual situación de pandemia que estamos viviendo y tal y como está diciendo la OMS; nuestra ratio es la tercera más baja de toda la Unión Europea. Tenemos que conseguir derogar un decreto que nos ancla a tiempos del franquismo, como es la Orden de 1973 que tanto condiciona nuestra autonomía profesional.*

*Pero creo que todos estos retos y otros que aparecerán a lo largo de mi legislatura se podrán lograr y superar gracias al apoyo de las compañeras y compañeros de la Junta de Gobierno del Colegio Asociaciones como esta de la que me siento muy*

*orgullosa de pertenecer y a nivel personal, de mis amigas, amigos y familiares que me quieren y entenderán que en algunos momentos estaré más ocupada de lo que ellos quisieran.*

**P: ¿Cuál crees tú que puede ser la mayor dificultad con la que te encuentres en el desempeño de tu cargo?**

*R: Si te tengo que ser sincera, el miedo a no poder cumplir con las expectativas creadas, pero sobre todo a que se me juzgue como defensora de las matronas dentro del colectivo enfermero, que bien es cierto, defenderé siempre, pero sin perder la perspectiva de que también soy enfermera.*

**P: Cuéntanos un poco ¿Cuáles son tus objetivos más inmediatos a corto y medio plazo?**

*R: El objetivo más inmediato y qué me acompañará todo el mandato, será la defensa de las competencias, funciones y puestos de trabajo de las enfermeras y enfermeros, y más en particular la de las y los especialistas enfermeros. Creo que la formación y capacitación nuestra es muy elevada y que las administraciones y nuestros políticos no están contando lo suficiente con nuestro colectivo. Tenemos que seguir defendiendo la especialización enfermera, la autonomía profesional, nuestra plena competencia científico-técnica, la presencia de compañeras/os en puesto de responsabilidad gestora y seguir potenciando la figura de la enfermera escolar, todo ello para poner en valor los cuidados dirigidos a la comunidad educativa, familia y comunidad.*

*En este sentido debe hacerse una catalogación de puestos laborales y convocatorias de plazas específicas de enfermero/a especialista, debiendo existir una estrategia de conversión de las plazas de enfermero general en plazas de enfermero especialista.*

*Este año y hasta julio del 2021, la OMS ha declarado el Año Internacional de las Enfermeras y Matronas, y esto nos crea una situación para poder ser escuchadas en múltiples foros y para que la sociedad nos pueda identificar y conocer mejor.*

*Esto junto con la situación excepcional de pandemia mundial que estamos viviendo, donde se ha hecho patente el déficit de enfermeras generalistas y de especialistas y donde nuestro*



*papel para la prevención y cuidado de la población está siendo tan importante.*

*Luchar por la educación para la salud de las personas en todas las etapas de la vida, el papel de las enfermeras y enfermeros en Atención Primaria, la atención a la cronicidad, la longevidad y especial hincapié en el descenso de la natalidad y lo que esto nos influye a la hora de atender los procesos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y de la sociedad.*

*Y por último y no menos importante la defensa de las mujeres y sus derechos, para poder detectar y cubrir las necesidades sanitarias de este colectivo, que es la mitad de nuestra población y reconocer lo que las mujeres aportamos a la salud de la sociedad, en nuestra función productiva y reproductiva.*

*Estos dos últimos puntos dirigidos fundamentalmente a las Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas).*

**P: Hemos hablado de lo que tu experiencia y tu profesión pueden aportar en esta etapa como Presidenta, pero ¿qué va a suponer para tu vida personal?**

**R:** *Fundamentalmente una gran satisfacción y cómo he dicho antes, a pesar de la merma en la cantidad de tiempo de compartir juntos, mi familia, amigos y amigas, sabrán valorar lo que esta etapa supone para mí. Creo que es un buen momento para crecer personal y profesionalmente.*

**P:** *Por último, ¿qué mensaje les darías a las jóvenes profesionales, mujeres, especialistas o no, para mejorar el futuro del colectivo?*

*Que crean en ellas, que sigan formándose con la mejor evidencia posible y haciendo grande la profesión, que luchen y se empoderen para seguir creciendo y haciendo valer sus funciones y capacitación, que no se olviden del cumplimiento del Código Ético y Deontológico, y del papel que la sociedad espera de nosotras para mejorar la misma*

**Muchas gracias, y te deseamos lo mejor en esta nueva etapa y que se cumplan todos tus objetivos.**

REDACCIÓN



Montserrat Angulo Perea  
Presidenta del Colegio de enfermería de Alicante



## PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO Y LA CRIANZA

### ACOMPañAR EN EL TRABAJO DE PARTO. SESIÓN “SOLO PARA HOMBRES”

Sesión “Solo para hombres”  
ACOMPañAR EN EL TRABAJO DE PARTO

Esperanza Agra Palillo, Matrona en Centro de Salud Ciudad San Pablo de Coslada y Centro de Salud Ibiza de Madrid

Acompañar en el trabajo de parto y masculinidad son dos cuestiones que hace muy poco tiempo, en la historia de las mujeres, que van acompañadas. Pero han sido las propias mujeres quien lo han posibilitado eligiendo a sus parejas hombres para acompañarlas a tener a sus hijos en el medio hospitalario. Una elección más o menos consciente de las consecuencias de ser acompañadas por ellos en vez de por ellas, en vez de por otras mujeres de su medio sociofamiliar; suponiendo que en el medio hospitalario así lo hubieran favorecido, que tampoco creo que haya sido el caso, pues la premisa por la que los hombres empiezan a “pasar al parto” es que “es el padre de la criatura y tiene derecho a verle nacer” por eso solo les estaba permitido pasar en el momento del expulsivo. Pero las mujeres empiezan a pedir que las acompañen también durante la dilatación, y costó, pero se rediseñaron los espacios del servicio de paritorio de los hospitales para que esto fuera posible, respetando la intimidad de todas las mujeres ingresadas.

De no permitir la entrada del padre al parto hemos pasado a que todo padre tiene que pasar al parto, y si no, se le juzga de que no va a ver un buen padre, de que no deben de tener buena relación de pareja. ¿Pero todas las mujeres desean que sus parejas hombres estén en el trabajo de su parto? También nos resulta difícil aceptar que un proceso tan íntimo como el parto, a algunas mujeres pudiera ser que prefiera tenerlo en una intimidad que no incluya a su pareja ¿De que se le juzgaría a la mujer en este caso?

Mujeres y hombres somos tan iguales como diferentes. Con los mismos deberes y derechos, y con singularidades que el proceso reproductivo no da lugar a la duda. El video que os presentamos parte de esta premisa, de que como diferentes precisamos diferentes preparaciones, y de que como iguales, merecemos igual aprecio a nuestra singularidad en la atención que nos ofrece el sistema sanitario. Un video que podemos disfrutar

como uno más de los materiales que el confinamiento nos ha obligado a elaborar, en la búsqueda de nuevos formatos audiovisuales y telemáticos para la preparación para el nacimiento y la crianza. Un video que recoge en 30 minutos el contenido que se desarrollaba en las clases presenciales del mismo nombre, en el Centro de Salud Ciudad San Pablo de Coslada, desde 1996, y en los Centros de Salud de Ibiza y Legazpi, en Madrid, los dos últimos años.

Es mucha la presión social para que el hombre esté con la mujer en el trabajo de parto, y muy poca la escucha al hombre sobre si quiere, o no estar allí. Este es el primer planteamiento en estas sesiones de preparación para el parto donde solo están los hombres; hasta donde ha pensado cada uno de ellos, cual es verdaderamente su deseo, independientemente de los deseos de su compañera mujer. Les sorprende que “se les de permiso” para expresarlo abierta y sinceramente en un grupo de iguales. Llegan a estas sesiones con la idea de que vamos a decirles lo que tienen que hacer para “ayudarlas a ellas, para tranquilizarlas y calmarlas”; pero se les recuerda que “uno no puede dar lo que no tiene”, que para tranquilizarlas a ellas primero ellos tienen que conseguir su propia tranquilidad, que aquí no vamos a hablar tanto de ellas como de ellos, de lo que les pasa a ellos ante la expectativa de estar con ellas allí. ¿Y qué les pasa a ellos? Pues que sienten una gran impotencia ante un proceso largo y costoso en el que no hacer nada es hacer mucho, en el que acompañar es estar medio paso atrás, sin protagonismo.

En estas sesiones se intenta que vean la diferencia entre acompañar, dirigir o interrumpir el camino que ella elige para llevar mejor el trabajo de parto. Que decirle a la mujer como tiene que respirar, no es acompañar, es dirigir; que poner una cara rara por determinadas posturas que ella decide adoptar, entorpece el trabajo de parto.



Un segundo plano al que desde la masculinidad hegemónica no se está acostumbrado.

No es cuestión de ser hombre o mujer, pareja o amiga, el padre de la criatura u otra persona de la confianza de la madre, lo importante es que quien esté, sea para ofrecer un acompañamiento empático con la mujer y respetuoso con el proceso del parto. El parto se produce en el cuerpo de la mujer por lo que la decisión de que el padre esté presente o no, es una elección de ella y no un derecho de él. Y este convencimiento todavía no está muy extendido, ni entre los hombres, ni entre los sanitarios, ni entre las propias mujeres, que en ocasiones dicen “sé que no va a ser de gran ayuda, pero como voy a privarle de ese momento del nacimiento de su hijo”. **Una vez más las mujeres anteponen las necesidades de “los demás” a las propias, y eso sí que dificulta el parto.**

El parto es un proceso intuitivo que se da en esferas cerebrales que no son las de la intelectualidad, por lo que la palabra, el discurso o la compostura tienen que dejar paso al contacto visual, a la caricia, al movimiento, a los gestos, incluso al gemido, gruñido o grito, o todo lo contrario, al rechazo, al recelo... y que los hombres comprendan que esto no es nada personal, es imprescindible para que su presencia sea realmente una ayuda.

La mujer sabe lo que tiene que hacer en el parto y lo que necesita es que se confíe en ella, en la criatura y en los profesionales con los que ha decidido ser atendida. Lo que la mujer necesita cuando está de parto es que no se le haga dudar, que no se la confunda, que no se la juzgue, que no se la inquiete con impacencias, que no se la compadezca. Y esto lo sabemos hacer en muchas otras índoles de la vida, así que en el parto también; pero para ello hay que estar desde la aceptación y no desde el rechazo al proceso fisiológico del trabajo de parto. Y para ello hay que hablar de masculinidad y sus mandatos de género en nuestra sociedad, en la que el ocultamiento de las emociones, hasta hace pocos años, que se empezó a hablar de inteligencia emocional, no se ponía en duda como un valor, cuando en realidad es una deficiencia relacional.



La paternidad es un momento donde las emociones en los hombres afloran sin tantas resistencias, por lo que es prioritario posibilitar un espacio a los varones donde pueden expresar libremente sus inquietudes, donde se tengan en cuenta sus necesidades como individuo, con independencia de las necesidades de la mujer, o al menos que se escuchen sus dificultades a la hora de responder a las expectativas que su mujer tiene sobre su comportamiento. Un espacio donde el hombre tenga la oportunidad de que sus miedos sean resueltos enfrentándose a ellos y no mediante la huida, ya que difícilmente van a ser de ayuda y apoyo para sus mujeres si no aceptan y resuelven antes sus propios miedos e inseguridades.

Espero que el visionado de este material sea un recurso más con el que favorecer que las mujeres tengan mejores experiencias de parto, atendiendo tanto sus necesidades biopsico como psicosociales.

<https://youtu.be/oYto3LhvdB0>,

Esperanza Agraz Patiño. Matrona Atención Primaria



## COMUNICADO DEL MINISTERIO DE SANIDAD



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

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

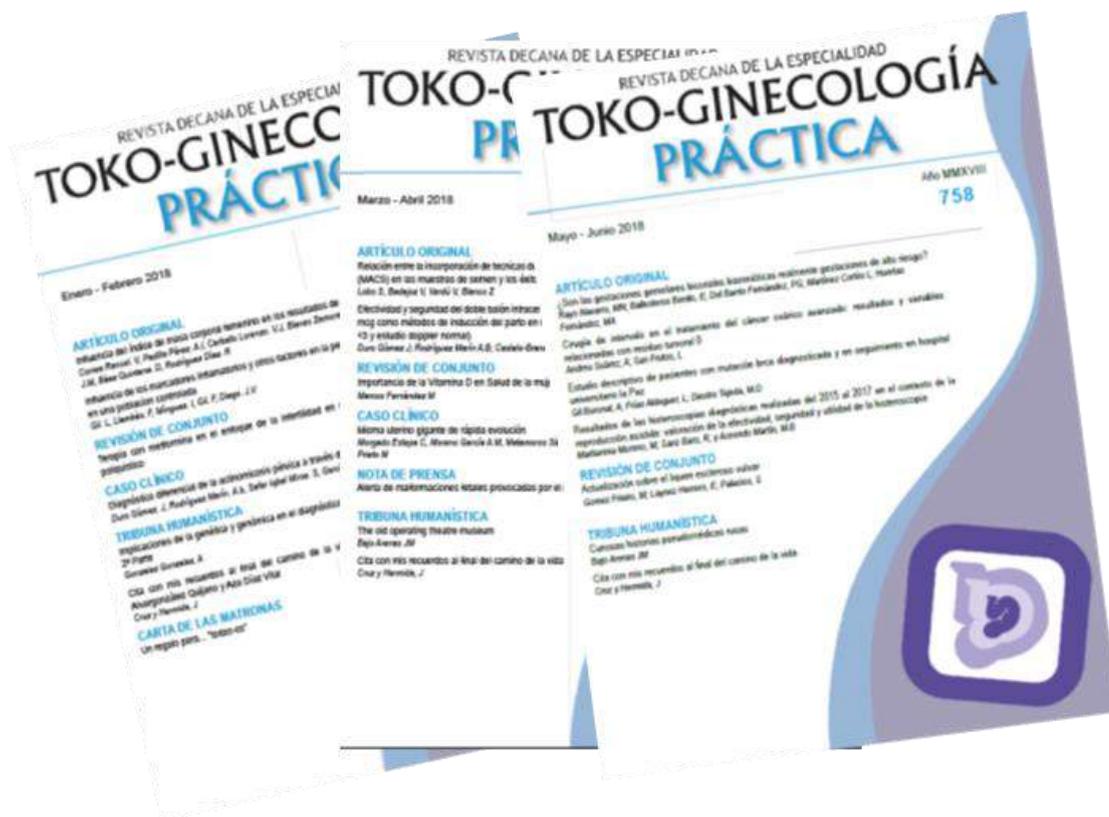
Población general con dificultades relacionadas con la alerta y la cuarentena por coronavirus SARS-CoV-2: **TELEFONO: 91 700 79 88**

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

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

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

## ¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



Desde enero de 2018 la Asociación Española de Matronas suscribió un acuerdo con los editores de la revista TOKOGINECOLOGIA PRÁCTICA por el cual todas las matronas españolas pueden suscribirse gratuitamente, a través de INFOMATRONAS y también la posibilidad de publicar artículos en la misma.

Para recibir los 6 números que se editan anualmente solo hay que solicitarla en:

[infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com)

# INVITACIÓN

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



¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

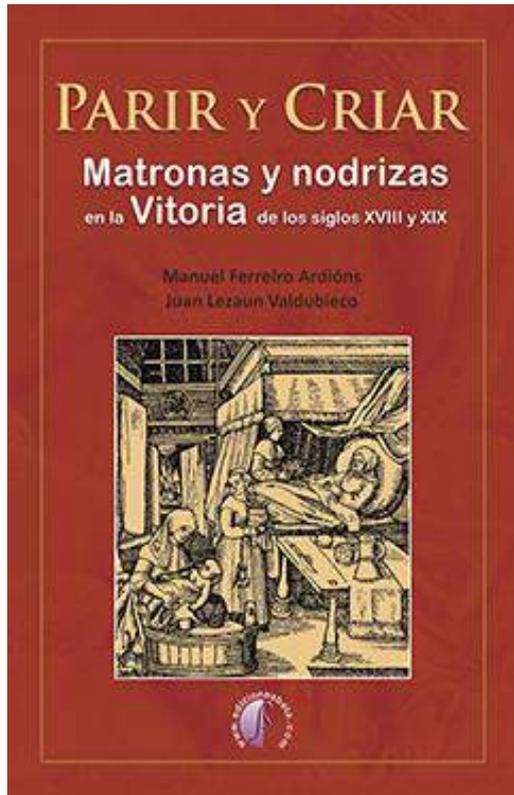
¿Cuales son tus reivindicaciones?

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



[infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com)





## PARIR Y CRIAR. MATRONAS Y NODRIZAS EN LA VITORIA DE LOS SIGLOS XVIII Y XIX.

Autores:

Manuel Ferreiro Ardións .Juan Lezaun Valdubieco.

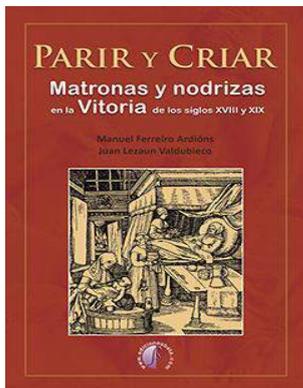
Enero 2020

Me siento especialmente satisfecha de estar en disposición, tras una lectura pausada y ciertamente amena, de recomendar este libro recién editado : “Matronas y nodrizas en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX” . A sus autores , Manuel Ferreiro y Juan Lezaun enfermeros, a la vez que historiador y antropólogo respectivamente, desde estas páginas agradezco personalmente y en nombre del colectivo de matronas, esta obra que fiel a la verdad sin concesiones gratuitas o interesadas, pone en valor la labor de las matronas a través de la siempre escasa documentación , en este caso circunscrita a la ciudad de Vitoria porque los autores han descubierto la base documental que sustenta la evidencia.

De la presentación del libro hecha por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Álava, a la que no puedo por menos que expresar también mi agradecimiento por el impulso de esta obra, he elegido un párrafo que con tanto acierto como encanto y sutileza literarias, resume a la perfección el contenido del libro :

*“ El texto se inicia con una condolencia, con el sentido lamento de una comunidad que pierde a un referente ( la matrona, fallece en 1722 tras 47 años de ejercicio). Es un testimonio único en el que , quizá por vernos reflejadas nos conmueve, pero ese inicio es solo un adelanto, una metáfora, un ardid literario para situar al lector en las coordenadas del drama, porque la muerte de aquella matrona representó también la muerte de su oficio tal como ella lo había heredado desde lo más remoto de los tiempos “*

Los autores, hacen una valoración objetiva en base a las fuentes consultadas y denuncian el silencio impuesto a las matronas ( y a su labor) a partir del siglo XVIII y añaden "que ya jamás a partir de ese momento recobrarían el control del conocimiento de su oficio quedando su labor relegada a mera habilidad auxiliar, y con ello, la representación social que posteriormente se ha ido construyendo de aquellas mujeres matronas nada tiene que ver con el reconocimiento que hiciera le ayuntamiento vitoriano en 1722, ni mucho menos con la realidad formativa y conocimientos que alcanzaron". Como se lee en la contraportada de este libro " matronas y nodrizas llegaron a las puertas de la contemporaneidad con el lastre de considerarse actividades innatas ligadas al género y, como tales, se desdeñaron en el nuevo diseño social del Estado Liberal. Tachadas de asesinas las primeras y mercenarias >>



*las segundas, quedaron arrinconadas en el proceso de transición sanitaria: las matronas en la puesta del liberalismo por la medicalización de la sociedad como control social y las nodrizas en la revolución bacteriológica e industrial”.*

Por cuestiones obvias y aunque la parte dedicada a las nodrizas es muy interesante igualmente, sigo centrada en los capítulos dedicados a las matronas de las que los autores en el prólogo afirman, mencionando las investigaciones de Teresa Ortiz, *“que se lleva demostrando la usurpación que la Cirugía— obviamente masculina en aquellos tiempos- hizo del conocimiento y las prácticas de las matronas para después denigrarlas desde su posición de poder, acusarlas de malas artes e, incluso, desvergonzadamente de intrusismo”.*

Hora es y no con afán de revanchismo pues el daño hecho está, sino con ánimo de devolver a las matronas la dignidad que su cuerpo profesional nunca perdió, salvo por las maledicentes acusaciones interesadas que se vertieron sobre ellas cuando se trató de arrebatarles su ámbito y campo de actuación: las mujeres y su salud, lo que a la larga ha dejado importantes y graves secuelas en la profesión que ha quedado subordinada al control y organización de los obstetras.

**La tesis mantenida en las páginas de este libro complementa, por tanto, los enfoques de género tradicionales en la historiografía de las matronas, uniéndose ambas en la misma reclamación de una retrospectiva justa y digna para aquellas profesionales mal vistas por el mero hecho de ser mujeres, capaces y libres.**

Sin duda, a mi juicio los autores han cumplido el último propósito que dejan manifiesto en las primeras páginas de este libro: *“aportar algo de luz, al menos en el cercano entorno de una pequeña ciudad provinciana, sobre esas profesiones históricamente acanalladas a base de repetirles que no hay mérito en hacer lo que, poco más o menos, les viene dado por el género”.*

Recomiendo fervientemente este libro a todas las matronas; la carencia documental sobre testimonios y acciones de las matronas, además de la invisibilidad que se nos ha infligido por cuestión de género, sumada a los intereses de los Cirujanos ( hombres) que nos usurparon ilícitamente nuestro ámbito de acción y las posibilidades de un desarrollo distinto al que desde el siglo XVIII y hasta el momento nos han permitido adquirir, situándonos bajo la subordinación y la dependencia del estatus médico, lo hace especialmente útil para dar visibilidad a esta profesión que atiende las necesidades de salud de la mujer casi desde que el mundo es mundo y que **si no “voló más alto en manos de las matronas, ha sido por el hacha de los intereses espurios de los hombres que le cercenó las alas”.**

**Reitero mi felicitación y agradecimiento a los autores, así como a la Junta de Gobierno del Colegio de Álava por este “regalo para las matronas” en nuestro año Internacional.■**

**Rosa Mª Plata Quintanilla. Matrona**

[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)





**ALICANTE, 4 AL 6 JUNIO 2020**

*Mujer: tu salud es lo nuestro*

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

**APLAZADO AL 22, 23 Y 24 DE  
OCTUBRE DE 2020**



[www.aesmatronas.com](http://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		
<b>Taller 1</b>	Suelo pélvico, más allá de la teoría	<b>Lola Serrano Raya Matrona</b>
<b>Taller 2</b>	Suturas y anudados	<b>Remedios Climent y Marta Benedí (Matronas)</b>
<b>Taller 3</b>	Asesoramiento en LM: abordaje desde la práctica	<b>Cintia Borja Herrero. IBCBL Enfermera Pediátrica</b>
<b>Taller 4</b>	Emergencias Obstétricas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distocia de hombros</li> <li>• Hemorragias</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• RCP</li> </ul>	<b>Grupo Español para la prevención de PBO</b>

**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 <sup>a</sup> Ángeles R. Rozalén
---------	---	-----------------------------------

13:00h.

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

Rosa M<sup>a</sup> 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](http://www.aesmatronas.com)

En agosto...



*Cerramos*  
para volver  
con + energía

*¡ Felices vacaciones !*



# 2020

## AÑO INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA Y LA MATRONA



[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)

