



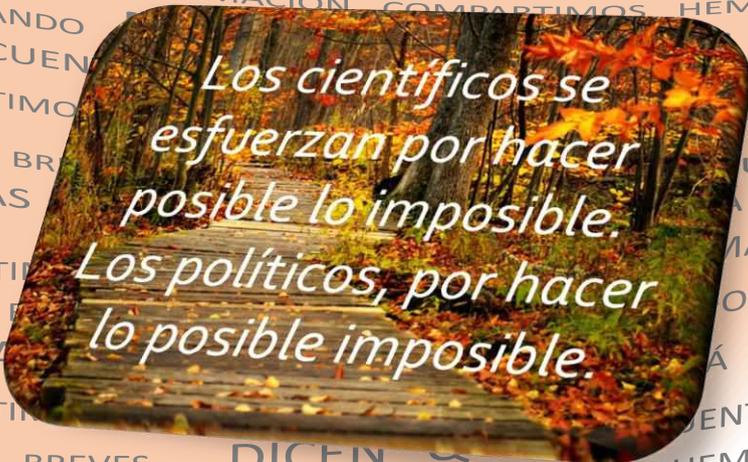
INFORMMatronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS OCTUBRE 2020 N.º 51



COMPARTIMOS BUENAS Y MALAS NOTICIAS
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE LAS MATRONAS
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO CUELTAN QUE
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 ESTÁ PASANDO CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 ESTÁ PASANDO CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 QUE CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 COMPARTIMOS BUENAS Y MALAS NOTICIAS
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 ESTÁ PASANDO CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 ESTÁ PASANDO CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 DICEN QUE CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUELTAN



*Los científicos se esfuerzan por hacer posible lo imposible.
 Los políticos, por hacer lo posible imposible.*



En éste número...

Presentación

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

Con una periodicidad mensual buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

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

infomatronas@gmail.com

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M^a Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fraguas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Andrea Herrero Reyes
Pilar Medina Adán
Lucía Moya Ruiz

ESPECIAL I:

- RESPONSABILIDAD SOCIAL

HEMOS LEÍDO QUE:

- MADRID A LO ROJO VIVO
- LAS EMBARAZADAS PRESENTAN MENOS SÍNTOMAS, PERO MÁS RIESGO DE COVID-19 GRAVE
- UN ESTUDIO PRELIMINAR SUGIERE QUE EL LITIO PUEDE JUGAR UN PAPEL EN EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19
- LA OPS REPORTA MÁS DE 60.000 CASOS CONFIRMADOS DE COVID 19 EN MUJERES EMBARAZADAS, CON 458 MUERTES.
- NUTRI GARDENS PUEDE AYUDAR A MEJORAR LA INMUNIDAD Y REDUCIR LA EXPOSICIÓN AL COVID 19

MUY INTERESANTE:

- TABACO Y GÉNERO
- COMUNICADO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA (CIE)
- CURSO ON LINE SOBRE SALUD VAGINAL ACREDITADO Y GRATUITO
- CORONAPEDIA

BREVES:

- CITA ON LINE JUEVES 8 DE OCTUBRE
- XXIV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS
- NOTICIAS DE SIMAES

ENTREVISTA CON...

- M^a TERESA HERNANDEZ

BUENAS NOTICIAS:

- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- ESTUDIO DE MADRES COVID-19
- LA ONCE RECONOCE Y RINDE HOMENAJE A LAS ENFERMERAS Y A LAS MATRONAS
- COMUNICADO DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE MADRID
- COMUNICADO DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

PERLAS JURIDICAS:

- EL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTIZIA DE GALICIA (TSXG) HA CONDENADO AL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

LECTURA RECOMENDADA:

- PERLAS PARA UN COLLAR

AGENDA A.E.M. APLAZADOS

- CURSOS 2020
- XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



MALAS NOTICIAS



NUEVO APLAZAMIENTO

- La Asociación Española de Matronas, el Comité Organizador y el Comité Científico del XX Congreso Nacional de Matronas, lamentan comunicar que:
- La seguridad del colectivo es lo más importante para nuestra Organización.
- Las limitaciones actuales de aforo en reuniones de carácter científico no nos permite la participación de todos los congresistas inscritos.
- El riesgo de “rebotes” en la zona sede del Congreso es alta.

Ante esta complicada y comprensible situación, la Organización ha tomado la decisión de postponer el XX Congreso Nacional de Matronas al mes de marzo de 2021. Los días del mes de marzo fijados se comunicarán a todos los congresistas, organismos y empresas en las próximas semanas.

Lamentamos profundamente todas las incidencias y agradecemos vuestra comprensión y fidelidad.

Asociación Española de Matronas y Comité Organizador



RESPONSABILIDAD SOCIAL

A todas luces, y con certeza, podemos decir que este año 2020 pasará a los anales de la historia de este siglo XXI como el “Año de la Pandemia por Covid-19” como lo fue en el siglo pasado, en 1918, el de “la Gripe Española”. Una situación que aúna las crisis en diferentes sectores, no solo sanitarias o humanitarias a nivel mundial, que a las víctimas directas, infectadas o muertas, se suman además, las indirectas que forman parte de algún sector empresarial, sean de servicios o de la industria.

Ya se nos advirtió que la situación vivida en el segundo trimestre del año se volvería a repetir en este otoño-invierno en una segunda ola de la pandemia, algo más complicada, eso sí, por cohabitar con las enfermedades típicas de esta época del año como es la gripe u otros procesos respiratorios.

Ríos de tinta se han vertido ya sobre esto y no siendo experta, no voy a hacer una valoración científica, pero quiero compartir mi reflexión con las personas que suelen leer mis artículos porque creo que solo pongo palabras escritas a lo que muchas y muchos podéis pensar en silencio.

La situación actual dista mucho de ser óptima, es más, cada día las televisiones abren sus noticiarios con el recuento de nuevos casos de contagio (a veces duplicando las cifras del día anterior) y el aumento del número de muertos, claro está, acompañadas con el anuncio de más medidas de restricción, sean a nivel nacional o de orden local y autonómico, con confinamientos de barrios, pueblos o pequeñas ciudades. Un retroceso abismal de aquellos días de junio en los que nos dieron rienda suelta con banderín verde, permitiéndonos salir del estado de alarma una vez superadas las fases de desescalada con un espíritu maltrecho pero satisfecho de haber cambiado la curva de contagios, y por supuesto, de fallecidos. Una suerte en su momento para miles y miles de personas, sobre todo para los profesionales más castigados y agotados, los sanitarios, que vimos peligrar nuestro merecido descanso, y sin desmerecer por supuesto a otros colectivos también muy implicados, pero creo que se llegó a un punto crítico, y por qué no decirlo, de riesgo en el estado de salud de los propios sanitarios y en el cuidado de las personas enfermas, afectadas o no por el virus.

Y en fecha de este artículo, cuando aún hay cientos de compañeras y compañeros disfrutando de su periodo vacacional, ya sabemos que en sanidad se prolonga hasta finales de septiembre, mi pregunta es ¿Hasta qué punto TODAS las personas que formamos esta sociedad, seamos sanitarias o no, hemos colaborado para que nos veamos en la situación actual? La respuesta puede ser, entre otras, la falta de responsabilidad social.



CONCEPTOS

Cuando hablamos de responsabilidad social nos referimos a una ideología individual o grupal de la ética hacia la sociedad, es la obligación de responder ante la sociedad en lo general y ante algunos grupos en lo específico.

La Responsabilidad Social (RS) como virtud o valor marca profundamente a los seres humanos, y nos lleva de un nivel a otro nivel al comprender que debemos ser individuos responsables para convertirnos en colaboradores, empresarios y gobernantes responsables, pudiendo entonces desarrollar empresas socialmente responsables y por qué no, sociedades responsables.

La RS es un término que ha evolucionado continuamente y que en el tiempo se va adaptando a diferentes >



actores y situaciones. Pero veamos diferentes definiciones según diferentes organismos, que expresan de manera diferente pero con un fin común último: Un compromiso no obligatorio para hacer el bien a los demás, esto es, no por cumplimiento legal pero si por un deber ético. Estos organismos son:

- Comunidad Europea: Según su libro verde la RS es el compromiso que tenemos por nuestros impactos en la sociedad.
- ISO 26000: RS es el compromiso de una organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y el medioambiente, a través de un comportamiento transparente y ético.
- IARSE: RS es la obligación que los miembros de una comunidad tienen para preservar las buenas condiciones de su alrededor.
- PROHumana: RS es el compromiso que tienen las personas, instituciones y empresas para contribuir al aumento del bienestar de la sociedad local y global.
- ONU: RS es la conciencia sobre el impacto que nuestras decisiones tendrán en la sociedad en el futuro.

Visto lo anterior, el concepto de Responsabilidad Social, implica una percepción positiva o negativa de un individuo o grupo y el impacto que tiene su interacción con la sociedad. Este concepto se relaciona estrechamente con la ética y la moral, dado que las decisiones que toman tanto los individuos como las sociedades o grupos en general tienen consecuencias sobre el resto y hay que desarrollar una conciencia de conjunto. Por lo tanto, se refiere a la obligación que tiene un integrante de la sociedad respecto a otros miembros o al grupo en su conjunto. Esto quiere decir que aquello que hace una persona puede tener consecuencias, ya sean negativas o positivas, en la comunidad, en la que el sujeto debe hacerse cargo de ellas y asumir como un deber de corresponsabilidad social.



TIPOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Existen diferentes tipos de RS que sólo listaré para su conocimiento, aunque sólo una de ellas sea la que más nos pueda interesar:

- Responsabilidad Social Empresarial (RSE)
- Responsabilidad Social Ambiental (RSA)
- Responsabilidad Social Universitaria (RSU), esta es interesante porque su fin es formar ciudadanos responsables con su entorno, generadores de ideas creativas y comprometidos para ayudar a solucionar problemas sociales y ambientales
- Responsabilidad Social Gubernamental (RSG), que también es importante conocer ya que deriva en leyes, reglamentos, normas en el país que contribuyan al bienestar de los ciudadanos cuando el gobierno asegura y promueve iniciativas en pro del beneficio de las mayorías, a través de su gestión y enfocada al compromiso con sus ciudadanos, véase como ejemplo la declaración de alarma sanitaria el pasado mes de marzo debido a la pandemia.





- Responsabilidad Social Individual (RSI), que es más accesible porque solo se debe responder por las acciones propias, cumplir las obligaciones del rol que cada uno desempeña en la sociedad; al mismo tiempo que estamos comprometidos y somos respetuosos con nuestro prójimo y nuestro entorno familiar, social y mundial.

CASO PRÁCTICO

Nuestro caso práctico de hoy no hace falta ir a buscarlo a ningún archivo, ni en red social, solo hace falta analizar lo ocurrido desde finales de junio. HECHOS: después de tres meses “confinados”, nos permiten salir de nuestro hogar, ir más allá de los cien metros, reunirnos con nuestras familias, vivan lejos o cerca, celebrar que estamos bien (aunque no todos tuvieron la misma suerte), quedar con los amigos/as a los que durante tanto tiempo sólo hemos visto por una pantalla (¡bendita tecnología!), ir a los bares, restaurantes y discotecas, incluso salir de vacaciones, si no con los planes previstos sí con los más factibles. Vacaciones que no sé si por solidaridad o porque no nos queríamos arriesgar, contribuimos a recompensar las pérdidas haciendo turismo nacional, eso sí, muchísimos con una nueva modalidad, las autocaravanas, que parece podían dar la sensación de mayor seguridad (se evitan aeropuertos, terminales de tren, hoteles) y por otro lado, se incrementó el turismo en casa rural. Todo el mundo buscaba pueblos pequeños, de sus antepasados y familiares, intentando evitar aglomeraciones, tales como se veían en las playas o zonas de costa. Un turismo extranjero que lejos de ser el volumen de años anteriores, venía a nuestro país confiando en las medidas sanitarias establecidas.

Hasta aquí parece que todo muy bien. La realidad fue que en poco tiempo nos empezamos a relajar, no todo el mundo llevaba mascarilla permanentemente aun siendo obligatoria, muchos restaurantes dejaron de respetar el aforo y las distancias, quizá con el afán de recuperar lo perdido, los jóvenes, a pesar de algunas restricciones, encontraron la manera de compartir su “botellón” en la puerta de los bares, en la arena o en el escampado, las reuniones ya eran de mucha gente y con ganas de celebrar eventos como la trilogía BBC (bodas, bautizos y comuniones) ya aplazados por la alerta sanitaria, incluso hubieron “fiestas” por la “no celebración” de las patronales.

Esta realidad, en la que estamos todos inmersos de una manera u otra ha contribuido al perjuicio de la situación sanitaria actual, a la vivencia de nuevo de un mal sueño, o peor, de una pesadilla de la que solo conseguimos salir y estar despiertos por un breve espacio de tiempo.

Y por si esta falta de responsabilidad social grupal e individual no hubiera sido suficiente, la diversidad de la información que llega por los medios de comunicación, las diferentes políticas sanitarias autonómicas y locales, y los diferentes mensajes que desde organismos sanitarios, incluidos los profesionales, se emiten a la población, han generado una situación tan confusa y a veces caótica, incluidas las PCR masivas, que no creo que salgamos airosos de esta segunda oleada que no ha hecho nada más que empezar.



Como consecuencia de todas y otras muchas acciones irresponsables que a lo largo de este verano tan anodino hemos vivido, ahora tenemos mucha más personas con ERTES por empresas que no han podido recuperarse o no han podido abrir sus puertas o incluso algunas, que tras intentarlo durante un tiempo, han tenido que cerrar; >



escuelas que están medio vacías, incluso cerradas; parques infantiles sin niños por medidas de seguridad; residencias de ancianos en cuarentena y lo más preocupante, la atención primaria desbordada, pacientes en la lista de espera quirúrgica desde hace...meses, pacientes crónicos mal atendidos o en el peor de los casos ni eso; los hospitales de nuevo casi al punto del colapso, incluidas las UCIs y los profesionales sanitarios, entre los que nos encontramos, cabreados e indignados por el comportamiento de algunos pacientes y de algunas gerencias. Qué decir tiene nuestro “reconocimiento social”, hemos pasado de héroes aplaudidos a diario, a villanos agredidos en un suspiro, como si fuéramos los únicos contribuyentes al aumento de infectados y fallecidos. Eso sí, la sombra de este virus ya no solo se cierne sobre las personas mayores como en su primera etapa, sino que ahora atrapa a personas jóvenes y de mediana edad. Parece que lo vivido con anterioridad no nos haya servido de experiencia, que si bien es cierto que se sabía poco, tampoco hemos aprendido mucho a la hora de modificar hábitos sociales tan arraigados en un país mediterráneo en pleno verano.

CONCLUSIÓN

No quiero transmitir pesimismo, ni mucho menos, solo me gustaría que nos concienciáramos un poco más, si cabe, de la responsabilidad que todos y cada uno de nosotros/as tenemos para con los demás, para con la sociedad en general y sobre todo, con aquellas personas que son más vulnerables. La vacuna salvará vidas cuando llegue pero nuestras acciones responsables también.

Desde aquí apelo al proverbio chino del “Efecto Mariposa”: «el leve aleteo de las alas de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo», y de la misma manera que la suma de las acciones individuales responsables pueden mejorar sociedades enteras, también pueden cambiar el curso de la evolución de la pandemia. El éxito no depende exclusivamente de los gobiernos, sea cual sea, sino de la cultura de responsabilidad social que tengan sus ciudadanos, lo que implica derechos pero también obligaciones. Como decía uno de mis escritores favoritos Paulo Coelho: ***“Puedes pasarte la vida culpando al mundo, pero tus éxitos y tus derrotas son de tu entera responsabilidad”***, así que seamos todos un poco más responsables si queremos volver a un pleno estado de bienestar económico y social que tanta repercusión tiene sobre el estado de salud individual y colectiva.



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



MADRID A LO ROJO VIVO

"Promesas inconsistentes", "anuncios de millones que nunca llegan", "déficit crónico de plantillas y recursos", "parches para paliar una histórica falta de inversión en el primer nivel"...

Éstas y parecidas frases, todas ellas pronunciadas por representantes de los sindicatos que integran la Mesa Sectorial de Sanidad de Madrid, evidencian el profundo escepticismo con el que los interlocutores laborales han recibido la propuesta de mejora para atención primaria que la presidenta de la Comunidad, Isabel Díaz Ayuso, apenas esbozó durante su discurso en el Debate sobre el Estado de la Región.

El titular más llamativo -y casi único- de esa propuesta, los 80 millones de euros que Díaz Ayuso promete inyectar en el primer nivel asistencial durante los próximos 3 años, "llegan tarde, si llegan, y además son palmariamente insuficientes; pero no lo decimos nosotros, sino que, a tenor de la promesa que la propia Díaz Ayuso hizo hace poco más de un año, durante su investidura, a ella también tendrían que parecerle escasos, porque el pacto del PP con Ciudadanos para gobernar la Comunidad de Madrid contemplaba una inversión en atención primaria de 120 millones de euros", recuerda Julián Ordoñez, secretario de Sanidad de UGT-Madrid.

José María Molero, portavoz de Sanidad-Atención Primaria de CSIT-Unión Profesional, coincide en que esos 80 millones de euros son escasos, "y además, dada la crítica situación presupuestaria actual, es inasumible que esa inversión se planifique a tres años. El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria fijaba el año 2022 como límite para adecuar las plantillas a las necesidades asistenciales de la población, y esa dotación de 80 millones no cubriría ni siquiera las necesidades de recursos humanos, al no alcanzar ni la mitad del déficit estimado en 2020".

Desde el sindicato Amyts se cuantifica esa falta de recursos humanos a la que se refiere Molero. "Ya antes de la pandemia, nos encontrábamos con un importante déficit de personal en el primer nivel:

hacían falta más de 600 médicos de Familia y más de 150 pediatras para atender las necesidades asistenciales. Esto, unido a la escasez de recursos económicos y al agravamiento de la situación producido en los últimos meses, nos ha llevado a un límite inasumible", asegura Julián Ezquerro, secretario general del sindicato profesional.

Como Ordoñez, Ezquerro considera "muy escasos" los 80 millones que Díaz Ayuso lleva, en teoría, bajo el brazo para el primer nivel asistencial, y de hecho "la financiación adecuada de la atención primaria, de forma que se palle el histórico déficit de recursos y plantillas" es uno de los leit motiv de la huelga indefinida que Amyts ha convocado en Madrid a partir del próximo 28 de septiembre, y que comenzará precisamente en primaria y luego abarcará al Summa y a los hospitales.

La "necesaria y urgente" inyección económica y el "imprescindible" aumento de los profesionales son también las reivindicaciones básicas de la Federación de Sanidad de CCOO en Madrid. Este sindicato recuerda que, según la propia memoria del Sermas, la plantilla de médicos de Familia era, en febrero de 2020, de 4.057, y en el mes de julio de este año era de 4.130. "En definitiva, la Consejería de Sanidad solo contrató, ya sumidos en la pandemia, a 73 médicos de primaria de adultos. Pero es que los pediatras están aún peor, porque si en febrero había 938, en la memoria de julio eran 10 menos".

Al déficit de plantilla estructural, CCOO suma la ausencia de rastreadores, "que hemos reclamado insistentemente como una figura clave para seguir a los contagiados y a sus contactos. Tras múltiples anuncios de contratación, a finales de agosto solo se disponía de 210 rastreadores".

Fuente: Francisco Goiri. Diario Médico

LAS EMBARAZADAS PRESENTAN MENOS SÍNTOMAS, PERO MÁS RIESGO DE COVID-19 GRAVE

Un nuevo metaanálisis europeo publicado en British Medical Journal (BMJ), con más de 11.000 gestantes aporta información sobre rasgos clínicos del embarazo en la pandemia.

“Menos síntomas que indiquen la infección, pero más riesgo de sufrir una Covid-19 que requiera vigilancia intensiva. Estos son algunas peculiaridades clínicas de las gestantes afectadas por el coronavirus SARS-CoV-2, que se confirman ahora con un amplio metaanálisis europeo publicado en British Medical Journal (BMJ).

En comparación con las mujeres no embarazadas en edad reproductiva, las gestantes infectadas por el coronavirus no presentaban con tanta frecuencia fiebre o mialgia, síntomas comunes en esta afección respiratoria. En cambio, requirieron más a menudo cuidados intensivos y soporte ventilatorio.

El análisis también demuestra, como ya se había sugerido en otros estudios previos, que las embarazadas infectadas por el coronavirus atendidas en hospitales tienen más riesgo de parto prematuro y de necesitar atención en una unidad de vigilancia intensiva comparadas con mujeres no embarazadas de similar edad.

Los recién nacidos de estas gestantes también presentaban más probabilidad de ingresar en una unidad neonatal. Una cuarta parte de los bebés nacidos de madres con Covid-19 ingresaron en estas unidades. No obstante, las tasas de morbimortalidad en estos recién nacidos fueron bajas.

Entre los factores de riesgo que contribuyen a la



mayor gravedad de la Covid-19, el estudio destaca algunos ya establecidos en la población general, como son la edad (más riesgo a mayor edad), el sobrepeso, la hipertensión y la diabetes.

Ciertos hallazgos de este estudio coinciden con lo observado por los profesionales durante los meses de la primera ola pandémica. Sin ir más lejos, el registro de la Sociedad Española de Neonatología (SENEO) reveló en sus primeros datos que el 50% de las madres que fueron a dar a luz eran asintomáticas, y si se incluyen los casos de levedad, ascendían a un 83%, un dato que refuerza la importancia del cribado universal del coronavirus en las gestantes.

El trabajo que ahora publica BMJ se basan en el análisis de 77 estudios que recopilan datos (síntomas, resultados de laboratorio y radiografías) de 11.432 embarazadas en hospitales y diagnosticadas o con sospecha de Covid-19”.

Fuente Diario Medico: Sonia Moreno



UN ESTUDIO PRELIMINAR SUGIERE QUE EL LITIO PUEDE JUGAR UN PAPEL EN EL TRATAMIENTO DE LA COVID-19

“Un estudio realizado por investigadores del Hospital Álvaro Cunqueiro y del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, ambos de Vigo, propone que el litio juegue un papel en el tratamiento de los pacientes con Covid-19, a partir de la respuesta positiva observada en un pequeño grupo de pacientes en los que se ha añadido litio al tratamiento estándar de la infección. El estudio, publicado en *Frontiers in Pharmacology*, avala la propuesta de los firmantes de ampliar la investigación a un número más amplio de pacientes. En concreto, el equipo ha llevado a cabo un estudio preliminar observacional basado en la actividad del litio en tres aspectos: inhibir la replicación de varios tipos de virus, algunos de los cuales son similares al SARS-CoV-2, aumentar la respuesta inmune por la reducción de la linfopenia y reducir la inflamación mediante la prevención o reducción de la tormenta de citoquinas.

En los seis pacientes de Covid-19 tratados con litio más tratamiento estándar –y en comparación con los niveles de otros tres pacientes que solo recibieron el tratamiento estándar– se observó que entre primeros se redujeron significativamente los niveles de proteína C reactiva (CRP) en plasma, se produjo un incremento en el número de linfocitos y se redujo la ratio neutrófilos-linfocitos (NLR), mejorando tanto la actividad inflamatoria como la respuesta inmune en estos pacientes.

El trabajo se basa en el dato de que la CRP aumenta en respuesta a las citoquinas inflamatorias, principalmente en las primeras etapas de la infección (Ling, 2020; Tan et al., 2020; Terpos et al., 2020), y constata que los seis pacientes del grupo de ensayo tenían niveles muy elevados de CRP y estaban en un estado más grave que los del grupo de control, pero, una vez que recibieron el tratamiento con litio, los niveles de CRP de estos pacientes mejoraron considerablemente al principio y, finalmente, alcanzaron valores normales.

Por otra parte, los pacientes de Covid-19 que peor

evoluciona también desarrollan linfopenia grave (Terpos et al., 2020). Los participantes en este ensayo que recibieron tratamiento con litio también lograron un incremento más rápido en el número de linfocitos hasta finalmente alcanzar valores normales.

Ratio neutrófilos-linfocitos

Otro parámetro que sugiere una peor evolución en la enfermedad es la NLR, que está asociada de manera significativa con niveles elevados de citoquinas y un peor pronóstico de la enfermedad (Lagunas-Rangel, 2020; Liu et al., 2020). En el estudio llevado a cabo en Vigo, los pacientes tratados con litio experimentaron una reducción de la NLR tras el tratamiento y en los que fue necesario aumentar la dosis de litio se observó incluso una mejora mayor hasta su completa normalización.

La ratio de plaquetas-linfocitos (PLR), junto con la NLR se ha descrito recientemente como un factor pronóstico de la gravedad de infección de Covid-19. El equipo del centro gallego ha observado que, además de la NLR, la ratio PLR también se normalizó por completo a raíz del tratamiento con litio. Estos datos sugieren que el tratamiento con litio reduce la respuesta inflamatoria de los pacientes con Covid-19 disminuyendo los niveles de CRP y mejorando las ratios NLR y PLR. Además, otro efecto positivo del litio es que parece mejorar la respuesta inmunológica aumentando los niveles de linfocitos. Todos los pacientes tratados con litio mejoraron su estado clínico y fueron dados de alta, excepto uno que en el momento de la publicación de los datos seguía en UCI, aunque ya sin necesidad de ventilación mecánica.

Por último, los autores dicen desconocer aún si el litio ha sido capaz de reducir la carga viral de SARS-CoV-2, variable que aún hay que estudiar, pero sí que ofrecen evidencias de que todos los pacientes tratados con litio dieron negativo en el test de PRC al alta”.

Fuente: Diario Medico

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD REPORTA MÁS DE 60.000 CASOS CONFIRMADOS DE COVID 19 EN MUJERES EMBARAZADAS, CON 458 MUERTES.

Washington, 22 de Septiembre de 2020(OPS). Desde los primeros casos de COVID 19 en las Américas, se notificaron 60.458 casos confirmados de COVID-19 entre mujeres embarazadas, incluidas 458 muertes, o el 1%, en 14 países, según una nueva Actualización Epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Hasta el 15 de septiembre, el mayor número de muertes lo reportó México, con 140 muertes entre 5.574 casos en mujeres embarazadas y posparto, seguido de Brasil, con 15 muertes en 2.256 mujeres que tuvieron COVID 19. Estados Unidos tuvo 44 muertes entre 20.798 mujeres, Colombia informó 40 muertes en 2.726 mujeres embarazadas y Perú tuvo 35 muertes entre 19.909 mujeres embarazadas y en post-parto. Panamá tuvo 8 muertes entre 525 mujeres embarazadas, mostrando la tasa de mortalidad materna más alta de 10.1 de los países que informaron.

La OPS ha pedido a los países de las Américas que intensifiquen sus esfuerzos para garantizar el acceso a los servicios de atención prenatal para las mujeres embarazadas y señaló que “los resultados y estudios recientemente publicados basados en datos de vigilancia de Covid 19 han indicado un mayor riesgo entre las mujeres embarazadas de presentar formas graves de COVID 19 y, por tanto de ser hospitalizadas e ingresadas en unidades de Cuidados Intensivos”.

La reciente actualización epidemiológica de la OPS señala que se han reportado 2.619.938 casos adicionales confirmados de COVID 19, incluidas 74670 muertes, en la Región de las Américas, lo que representa un aumento del 21% en los casos y un 17% en las muertes desde el 26 de Agosto.



El mayor aumento de casos se observó en Centroamérica, con un aumento del 28% en los casos y un aumento del 22% en las muertes, seguido por América del Sur, con un aumento del 26% en los casos y un aumento del 23% en las muertes. Las islas del Caribe y del Océano Atlántico informaron un aumento del 24% en los casos y un aumento del 34% en las muertes, mientras que América del Norte, que incluye a EE.UU., Canadá y México, mostró un aumento del 16% en los casos y un aumento del 12%, en las muertes, según el informe.

Aumento de casos en poblaciones indígenas

Entre las poblaciones indígenas, 11 países notificaron 120.593 casos confirmados de COVID-19, incluidas 2.639 muertes desde la anterior actualización epidemiológica de 26 de Agosto. Se observó un aumento relativo de casos y muertes en todos los países con datos disponibles, siendo Colombia el mayor aumento de casos y Ecuador representa el mayor aumento relativo de muertes en poblaciones indígenas.

El informe también señaló que 16 países han notificado síndrome inflamatorio multisistémico (MIS) en niños y adolescentes, con 1503 casos de MIS relacionados temporalmente con COVID 19, incluidas 43 muertes.

Fuente : OPS

NUTRI GARDENS PUEDE AYUDAR A MEJORAR LA INMUNIDAD Y REDUCIR LA EXPOSICIÓN AL COVID-19



Nutri Gardens es el cultivo de verduras ricas en nutrientes y verduras de hoja verde en el patio trasero de las casas para satisfacer las necesidades nutricionales de la familia durante todo el año, es una iniciativa conjunta de la misión Odisha Livelihoods (OLM) y la Iniciativa Filantrópica Ajim Premji (APPI) en India.

Expertos afirman que, además de la mala nutrición, estos jardines nutritivos también pueden desempeñar un papel en la protección de los niños y las mujeres embarazadas de la infección por coronavirus.

El concepto de desarrollar “nutri-gardens” en anganwadis (tipo de centro de cuidado infantil rural en la India que ayuda a los niños pobres a comer, iniciados por el gobierno de la India en 1975 como parte del programa de Servicios Integrados de Desarrollo) no solo ayudará a combatir la desnutrición, sino que también puede desempeñar un papel crucial en la protección de los niños y las mujeres embarazadas de la infección por coronavirus al reducir su exposición y desarrollar la inmunidad, han dicho los expertos.

El ministerio de desarrollo de la mujer y el niño ha instado a los estados y territorios de la unión a centrarse en la iniciativa nutri garden para anganwadis.

Para abordar la desnutrición, el gobierno está identificando alimentos nutritivos disponibles localmente en diferentes partes del país que se pueden cultivar en los centros anganwadis.

Somya, gerente del programa de salud, saneamiento y nutrición de la población rural de la Sociedad de Promoción de Medios de Vida conocida

como JEEVIKA en Bihar, dijo que en medio de la pandemia de COVID-19, tener un jardín de nutrientes a nivel doméstico puede ser muy beneficioso porque permite limitar los desplazamientos a lugares concurridos como los mercados de verduras y también ayuda a ahorrar dinero durante el período de dificultades económicas y las frutas y verduras orgánicas ayudan a mejorar la inmunidad.

Ajay Srivastava, gerente del programa Salud y Nutrición y Promoción de los medios de vida del estado de Jharkhand, dijo que existe una creciente conciencia de mejorar la inmunidad para reducir el riesgo de contraer enfermedades como el coronavirus. Se enfatiza que la inmunidad puede construirse mediante el consumo de verduras y frutas ricas en caroteno B y ácido ascórbico. “El cultivo de alimentos y verduras recetados para reforzar la inmunidad es rentable y accesible para la comunidad rural de Jharkhand”, afirmó Srivastava. Sheila Vir, directora fundadora del centro de nutrición y desarrollo de salud pública en Nueva Delhi, dijo teóricamente que mejoraría el acceso y el consumo. El cultivo de hortalizas específicas como espinacas, cholai, etc. en macetas, etc. ayudaría a mejorar el consumo diario. Estos minerales y las vitaminas tienen propiedades inmunológicas, pero la dieta debe ser saludable: cereales de color tiranga (arroz / roti), dal y verduras, señaló.

Los expertos afirman que los nutri gardens pueden ayudar a mejorar el acceso a las verduras y su consumo regular contribuye a cubrir la brecha de vitaminas y minerales que a menudo se conoce como “hambre oculta”.



Vir dijo que, junto con el cultivo de vegetales en los huertos de nutrientes, es necesario informar a la comunidad de varios otros aspectos como que las hojas de coliflor son ricas en nutrientes y no deben desecharse sino consumirse, la retención de nutrientes por el método apropiado durante la cocción es importante, utilizar el apropiado secado solar a la sombra para retener los nutrientes para el consumo fuera de temporada, etc. es crucial. Además, es necesario asegurar que dichos jardines se establezcan prioritariamente en aquellas casas que tengan una mujer embarazada, un niño de 0-24 meses y una mujer recién casada que pronto entrará en la etapa de concepción. En lugar de la cobertura universal de todos los hogares de una aldea, se podría dar una prioridad especial a estos hogares de nutrición de "alto riesgo", dijo.

Sivastava dijo que la principal causa de desnutrición en las comunidades rurales es la falta de accesibilidad a los alimentos con diversificación dietética donde la pobreza y otros factores socioeconómicos son determinantes o la accesibilidad a los alimentos.

Por lo tanto, para mantener la ingesta nutricional, los nutri-garden garantizan la accesibilidad y disponibilidad de alimentos diversificados en las prácticas agrícolas tradicionales existentes. También es un modelo rentable con semillas de frutas, verduras disponibles localmente y se promueve el uso de abono local y tiene una alta penetración en términos de ingesta diaria de nutrición a través de los hábitos dietéticos mínimos diarios de los miembros de la familia.

Somya precisaba que las frutas y verduras de temporada en la dieta de todos los miembros del hogar ayudan a abordar el hambre oculta (falta de una variedad de micronutrientes como vitaminas y minerales en la dieta) al mejorar la diversidad dietética.

Fuente: DH DECCAN Herald



TABACO Y GÉNERO



1. Moviendo emociones

Les voy a pedir antes de comenzar este artículo que se detengan un instante a explorar sus propias emociones. Le ruego que visualice unos segundos estas 3 imágenes. ¿Cuál es la primera emoción que le genera cada una? Le pido un poco más. Para que no olvidemos esa emoción, anótela, por favor. Incluso, si le es posible, puntúe su intensidad entre 0 y 10. Guárdela, por favor, y continúen si lo desean con la lectura del artículo. Muchas gracias.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Evidentemente, no todas las situaciones nos provocan la misma emoción. Pero si vamos al origen, puede que nuestra visión de cada situación sea algo diferente.

2. El tabaco en Europa

Existen referencias a la inhalación del humo de la combustión de ciertas plantas desde antes de Jesucristo. De hecho, se ha usado con fines medicinales en la antigüedad en China, India, Egipto o Grecia y en sus áreas geográficas de influencia. Pero el tabaco, de origen americano, no llegó a Europa hasta finales del siglo XV o principios del XVI. Según relatan las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas, durante el primer viaje de Colón a América, éste envía a dos miembros de su expedición, Rodrigo de Jerez y Luis de Torres, que hablaban varias lenguas, a buscar al emperador de Oriente. Refiere el cronista que « Hallaron estos dos cristianos por el camino mucha gente que atravesaban sus pueblos, mujeres y hombres siempre los hombres con un tizón en las manos y ciertas hierbas para tomar sus sahumeros, que son unas yerbas secas metidas en una cierta hoja seca también a manera de mosquete, ...y encendido por una parte de él, por la que chupan o sorben o reciben con el resuello para adentro aquel humo: con el cual se adormecen las carnes y casi emborracha, y así dicen que no sienten el cansancio ». No está tan claro quién lo trajo a España, aunque se dice que Rodrigo de Jerez, natural de Ayamonte, >



trajo las semillas y las sembró en su propio huerto para seguir consumiendo tabaco. Al verlo su esposa y sus vecinos exhalar humo por la boca y la nariz se escandalizaron. Su caso llegó a la Santa Inquisición, que lo envió a la cárcel, por una actividad demoníaca, puesto que sólo se esperaba esa conducta por parte del mismo diablo. A la salida de la cárcel ya muchos nobles e incluso clérigos se habían iniciado en la moda del tabaquismo. Es evidente la capacidad adictiva que tiene el tabaco, conquistando incluso a aquellos que lo condenan.

Cuando su cultivo se normalizó en Castilla pudo llegar a sectores más amplios de la población, y no sólo a la aristocracia. Su uso se generalizó y sólo los hombres que no podían permitírselo económicamente se mantenían al margen de su consumo. De hecho, desde el S.XVI, el tabaco fue monopolio de la corona por sus grandes beneficios.

3. Comienzos del tabaquismo en las mujeres

El tabaco, como el alcohol y otros elementos más o menos lúdicos, se mantiene en esos momentos de la historia reservado al hombre, al menos en el ámbito público. Las mujeres, por supuesto en mucha menor medida, que consumen estas y otras sustancias, lo hacen en el ámbito privado.

La excepción a esta forma de consumo aparece sólo a nivel de las mujeres que trabajan con el tabaco. La figura de la cigarrera se popularizó gracias a la obra de Prosper Mérimée en su "Carmen". Esta imagen de la cigarrera es un personaje rebelde que se enfrenta al mundo de su época y la describe con su cigarrillo en los labios.

Es muy probable que Mérimée se inspirara en su paisano Gautier en el relato que hace de su visita a la fábrica de tabacos de Sevilla, en el que describe a las cigarreras como chicas jóvenes, que no temen a la desnudez y fuman como húsares. Detrás de esta imagen frívola de la cigarrera sevillana había mujeres que elaboraban un producto de mayor calidad que el de los hombres de su época y que, de hecho, fueron reemplazados por ellas y por un salario inferior. La diferencia de salario estaba justificada porque "la mujer... sólo tiene que atender ordinariamente a su propia manutención y... a sólo su vestido porque las mantienen sus padres, hermanos y parientes ... y sólo aspiran a mantenerse solteras, tal vez con una vida inmoral y relajada". Su situación en la escala social era superior a la de muchas mujeres de su época.

Estas mujeres eran conocedoras de su situación privilegiada y se permitían desafiar a la sociedad. Las míticas cigarreras fueron las primeras trabajadoras que lucharon por la mejora de sus condiciones laborales y consiguieron escuelas, guarderías y mantenían la lactancia dentro de las fábricas. Resulta curioso como dentro del argot de las cigarreras se denominaba "hacer el niño" a la cuidadosa técnica de elaboración del cigarro puro por ejecutarlo con la misma precisión y delicadeza con que una matrona experta envuelve en pañales y refajo a un recién nacido.

Pero el mercado del tabaco no se podía limitar al ámbito masculino, así que a principios del S. XX las grandes tabaquerías se plantean que el sector femenino ocupa una buena parte de la población susceptible del consumo. Son tiempos de movimientos sufragistas y las primeras feministas luchan por conseguir cada vez mayores niveles de igualdad con los hombres.

Edward Bernays, profesional del marketing y sobrino de Sigmund Freud, recibe el encargo de George Washington Hill, presidente de la American Tobacco Company, de aumentar el consumo entre las mujeres y se concentra en ciertas marcas como Lucky Strike.





A cambio recibía la nada despreciable cantidad de 25.000 dólares. Bernays puso en marcha la primera acción conocida de marketing, una forma revolucionaria en su tiempo. A los hombres que fumaban se les consideraba más masculinos, entre otras cosas, gracias a que se incluyeron cigarrillos en la ración de los soldados desde la I Guerra Mundial, aumentando así la leyenda de los hombres fumadores. Por otro lado, en las mujeres estaba mal visto, y se consideraba un hábito propio de prostitutas y de mujeres de mala vida, hasta el punto de dictar penas de prisión por su consumo de forma pública. En tiempos de movimientos sufragistas

Bernays aprovecha las reivindicaciones feministas para hacer una campaña que resultó muy productiva. Se convoca a la prensa y se anuncia que durante el desfile de Pascua (1929) en Nueva York se celebrará una manifestación feminista en el que las mujeres encenderán las antorchas de la libertad.

Su propia secretaria, Bertha Hunts lidera a un grupo de mujeres que encienden sus cigarrillos durante el desfile, como una expresión más de sus logros y para demostrar que el consumo de tabaco de forma normalizada ya no es exclusivamente masculino. La imagen es tomada y publicada por los periódicos de la época con comentarios sobre la anhelada igualdad de derechos entre géneros. Es evidente que quienes encendieron aquellas antorchas no fueron las mujeres, sino la industria tabaquera. El consumo de tabaco entre las mujeres se difundió de forma progresiva e imparable a partir de ese momento.

El cine también ayudó a su difusión en todo el mundo presentando a las divas de Hollywood con un cigarrillo. Marlene Dietrich pudo ser la reina de las actrices fumadoras. El cigarrillo y el ritual de fumar se han establecido como eje de la seducción sexual, como una metáfora del contacto físico y sexual. Esa imagen aparece en pantalla de forma tan atractiva que los personajes masculinos quedaban prendados de estas actrices en escenas en las que aparecen con un cigarrillo entre los dedos.

No fue sólo la difusión de las imágenes en el cine, por exigencias del guion, la que normalizó el consumo de tabaco entre las mujeres en esos tiempos. La industria tabaquera paga cifras elevadas para que fumen en público. Durante el período 1930-1950 pagaron grandes sumas de dinero que aparecieran sus cigarrillos en las películas. Tanto actores como actrices muy populares recibieron importantes ingresos por ese concepto. Lucky Strike pagó 10.000 dólares de la época (como unos 150.000 de hoy) a Carole Lombard, Barbara Stanwyck o Myrna Loy. Lo más perverso de estas campañas publicitarias eran los mensajes que se difundían.



Barbara Stanwyck posaba en sus anuncios junto a frases como “Los filtros de... son los que indica mi médico” o “Mi garganta y yo somos amigas desde que he cambiado a...” Alice Brady o Carole Lombard, entre otras muchas, aseguraban que ciertas marcas de cigarrillos les protegían la voz.

Podríamos continuar con un sinfín de mensajes perversos incluidos en la publicidad de aquellos años. Pocos años después, se pudo comprobar cómo, especialmente entre los hombres, las muertes por enfermedades asociadas al consumo del tabaco como el cáncer de pulmón o las enfermedades cardiovasculares se iban produciendo en escalada entre aquellos que eran conocidos como grandes fumadores dentro y fuera de la pantalla.

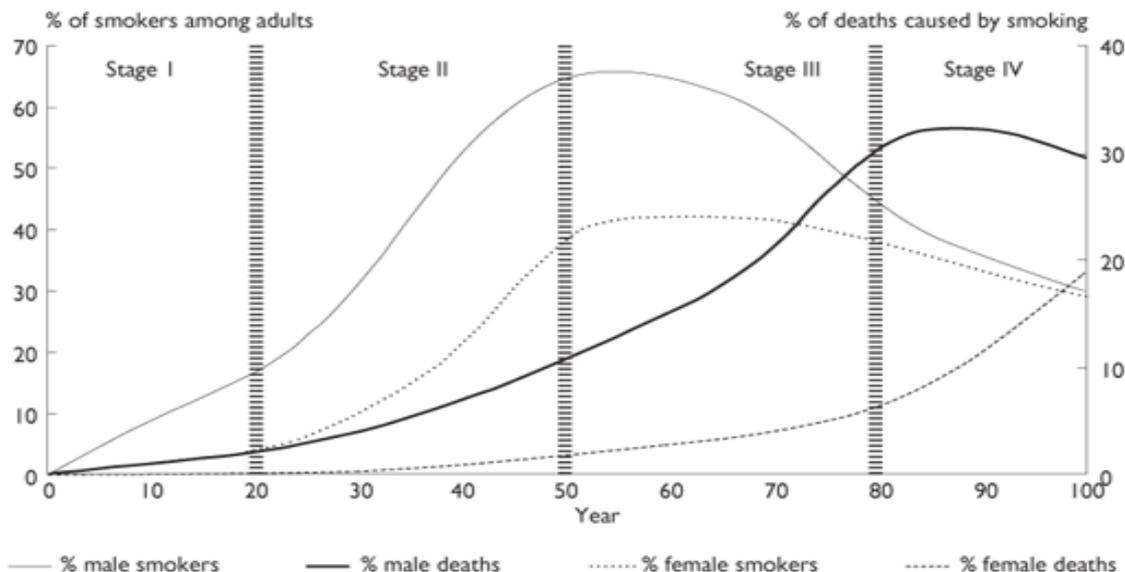


Hasta hace unos años, en los que la publicidad del tabaco no estaba limitada, aquellas campañas se habían consolidado. Y se ha asociado el consumo de tabaco (al igual que el de alcohol de alta graduación) con modernidad y diversión en jóvenes y en mujeres. Sin embargo, aún no se ha erradicado del mundo del cine ni en hombres ni en mujeres, claro está, y se sigue presentando a las fumadoras como mujeres seductoras y vanguardistas. No es necesario presentar ningún ejemplo, porque, a poco que comencemos a ver cualquier producción aparecerá algún personaje femenino destacado cigarrillo en mano.

4. Evolución del consumo de tabaco

Está demostrado por la OMS que el consumo de tabaco en las mujeres condiciona de forma importante los procesos reproductivos y la lactancia materna. El riesgo de cáncer de cérvix y de mama también se incrementa en las mujeres fumadoras. Con ello hablamos de forma específica de procesos asociados a la biología femenina, pero todos los demás riesgos asociados al consumo de tabaco se igualan a los de los hombres. Como consecuencia del incremento del consumo, en los países desarrollados, el cáncer de pulmón se ha convertido en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres superando al cáncer de mama.

Se estima que alrededor del 22% de las mujeres en el mundo desarrollado y el 9% en los países en vías de desarrollo fuman tabaco. Además, se debe tener en cuenta otros tipos de consumo, ya que en algunas zonas de la India lo mastican más de la mitad de la población femenina. Como respuesta a las políticas desarrolladas contra el consumo de tabaco, se evidencia un declive de la epidemia tabáquica en los hombres desde finales del pasado siglo. Podemos verlo junto a este texto en los datos de la encuesta de nacional de salud del año 2017. Sin embargo, al mismo tiempo se producía un aumento en el consumo en las mujeres. Se espera que el nivel de consumo en las mujeres no toque techo hasta dentro de unos años. Se calcula que hacia el 2025 se alcance el 25% en la tasa de consumo en el mundo y se habrá llegado a más de 530 millones de mujeres fumadoras.



Source: Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 1994;3:242-247

FIGURE I. SPREAD OF SMOKING AND SMOKING-RELATED MORTALITY WITHIN A COUNTRY, OVER TIME



Se ha observado la evolución de la tasa de muertes relacionadas con el tabaco en los países en los que ha descendido su consumo, y se ha evidenciado su descenso al cabo de unos 20 años. Estos datos resultan preocupantes si tenemos en cuenta que la cifra de mujeres fumadoras sigue aumentando y las consecuencias de este aumento están aún por llegar.

Pues las perspectivas no son muy halagüeñas, no sólo por la escasa reducción del consumo en las mujeres, sino por el perfil de las fumadoras en la actualidad. Encontramos que, a nivel nacional, los nuevos fumadores, entre los 15 y 24 años están distribuidos prácticamente por igual entre ambos sexos. Aún más, en ciertas comunidades autónomas, la proporción de mujeres adolescentes que fuman es mayor que la de hombres.

5. El sesgo del género

Hombres y mujeres tienen diferentes motivos para fumar:

♂ Los hombres suelen buscar nuevas sensaciones cuando se inician.

♂ El mantenimiento se asocia a aumentar las sensaciones positivas.

♂ La mayor tendencia al abandono en los hombres se da en aquellos con mayor nivel educativo.

♂ Los símbolos asociados al consumo de tabaco en las campañas publicitarias en hombres son felicidad, buena forma física, riqueza, poder y éxito sexual.

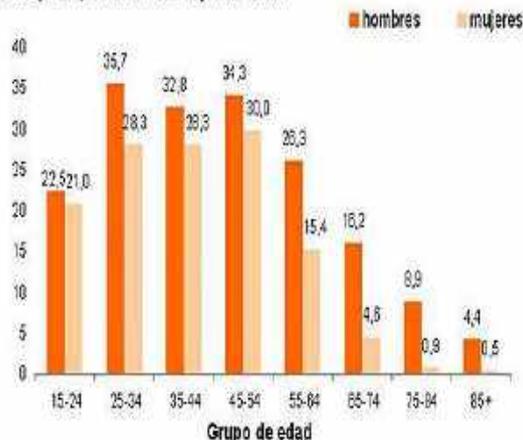
♀ Las mujeres se inician por autoestima, estrés, problemas con el peso corporal o preocupación por la propia imagen.

♀ El hábito se mantiene en mujeres por reacción a experiencias negativas y miedo a engordar.

♀ Las mujeres universitarias de mediana edad son las que más abandonan el tabaco.

♀ La publicidad asocia el consumo de tabaco en las mujeres a vitalidad, delgadez, sofisticación o atractivo físico.

Población fumadora habitual.
Porcentaje de población de 15 y más años.



Otros dos aspectos del consumo en las mujeres es el tipo de cigarrillo que consumen. Las mujeres fuman más cigarrillos de tipo «light» que los hombres porque atraen a los consumidores utilizando categorías falsas como «light» o «bajo en alquitrán». Más mujeres que hombres fuman cigarrillos «light» porque creen erróneamente que esto significa «más seguro». Sin embargo, las personas que fuman cigarrillos «light» suelen compensar inhalando más profunda y frecuentemente para absorber la cantidad deseada de nicotina.

El humo de tabaco en el ambiente provoca la muerte en una proporción mayor en mujeres entre las más de 600.000 muertes al año en el mundo. Las leyes ausentes en determinados países, o de laxo cumplimiento en otros, siguen manteniendo esta amenaza mayor para las mujeres que la posibilidad de que estas pudieran empezar a fumar.

Las encuestas andaluzas de salud han mostrado una tendencia al abandono del hábito mayor en hombres que en mujeres desde hace años. Esta decisión ha sido inducida por una decisión propia en mayor medida, en base a esta misma encuesta, frente a otros motivos como la propia salud o el consejo médico. Evidentemente, las recomendaciones de los Servicios de Salud tienen un gran peso en esta toma de decisiones, al margen de que la última palabra la tiene el propio fumador y su decisión personal.

Una vez más, el sesgo del género está presente: Sólo el 27% de las personas fumadoras reciben el consejo médico, en su mayoría hombres y fundamentalmente en los grupos de edad de 55 a 74 años. Sólo un 12% de personas fumadoras entre 16 y 24 años manifiesta recibir consejo para dejar el tabaco.



Por lo tanto, los profesionales sanitarios, nos estamos dirigiendo a una población eminentemente masculina, y los resultados se pueden apreciar en la tendencia de consumo. Precisamente en aquellos grupos de edad con predominio femenino es en aquellos en los que no se interviene.

Las matronas no nos podemos quedar al margen de esta situación y dejar el abordaje del tabaquismo en manos de otros profesionales que, probablemente, están más interesados en otro perfil de fumadores. El abordaje de la mujer fumadora, y especialmente el de la gestante fumadora es un campo apasionante en el que las matronas, con una formación específica, podemos ser las principales responsables y generar grandes cambios en la población a la que atendemos.

Volviendo a nuestras emociones, les voy a pedir que vuelvan a las imágenes del principio y vuelvan a observar sus emociones como lo hizo al comienzo del artículo. Y además vuelva a registrarlo en un papel, por favor. Pueden compararlo con su primer registro.

Si se ha producido algún cambio, puede que estemos dando un primer paso para cambiar nuestra actitud y nuestras estrategias personales frente al tabaco. Incluso si no se ha producido, también podemos comenzar a cambiar nuestra conducta con nuestras usuarias en el futuro.

José Manuel Ruiz Plaza. Matrón. Sevilla

Bibliografía

- CAROD-ARTAL, F. J.: "Plantas psicoactivas en la antigua Grecia", *Neurosciences and History*, Nº 1 (1), Sociedad Española de Neurología, 2013, pp. 28-38.
- Casitas R., García-García R., Barrueco M. El cine como vector de expansión de la epidemia tabáquica. *Gac Sanit.* 2009;23:238-243.
- Encuesta Nacional de Salud. España 2017
- Gautier, T. Viaje a España.
- Historia de las Indias, por el Padre Fray Bartolomé de las Casas. Capítulo XLVI. Madrid, 1827.
- Las mujeres y el tabaco: enfoque de género en el control de la epidemia en Andalucía. Consejería de Salud. 2009
- Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Ministerio de Sanidad y Consumo
- Plan integral del tabaquismo en Andalucía. Consejería de Salud. 2010
- Rivero Muñoz, J.: Historia: el descubrimiento y el origen del tabaco. *Rev. Tabaco.* La Habana, 1942.
- Rubio MH, Rubio MA. Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2006; 19 (4):297-300.



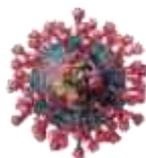
COMUNICADO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA (CIE)

Un nuevo informe del CIE muestra que los gobiernos no están priorizando a las enfermeras cuando su número confirmado de fallecimientos por COVID-19 supera los 1 000.

Mientras el número de muertes de enfermeras por COVID-19 confirmadas supera los 1.000, el último informe del CIE revela que menos de la mitad de los países encuestados considera el COVID-19 como enfermedad laboral, lo cual se suma a una letanía de quejas señalando que los gobiernos no están dando la prioridad a las enfermeras. El CIE les insta a actuar para rectificar esta situación escandalosa.

En la víspera del Día Mundial de la Seguridad del Paciente establecido por la Organización Mundial de la salud, que este año se centra en la seguridad del personal sanitario, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) lanza su último informe sobre el COVID-19. Dicho informe, que contiene una encuesta realizada a un abanico de sus Asociaciones Nacionales de Enfermeras, revela el incremento continuado y catastrófico del número de fallecimientos y tasas de contagio de enfermeras a causa del COVID-19. El CIE insta a los gobiernos a afrontar que en general no han priorizado a los trabajadores sanitarios, que no han recopilado datos sobre las tasas de contagio y los EPI inadecuados, sobre todo en las residencias de personas mayores, que los test y la formación en materia prevención y control de infecciones han sido inapropiados, además de que se han denunciado ampliamente casos de violencia y discriminación contra enfermeras y que ha faltado apoyo en cuestión de salud mental.

El informe concluye que más de 1.000 enfermeras han fallecido en 44 países en los que hay datos disponibles, lo cual pone de manifiesto tasas de



infección de aproximadamente el 10% de los trabajadores sanitarios respecto al total general de contagiados y sugiere que de los casi 30 millones de personas infectadas por el virus hasta tres millones podrían ser trabajadores sanitarios. El informe también revela que menos de la mitad de los países encuestados considera el COVID-19 como enfermedad laboral, lo cual tiene implicaciones graves en cuestión de compensación desde la enfermedad hasta la muerte.

La Presidenta del CIE Annette Kennedy ha declarado: “La última encuesta del CIE arroja una instantánea inquietante y señala que las enfermeras y otros trabajadores sanitarios siguen expuestos al COVID-19 y a todos sus riesgos asociados, en particular a violencia y prejuicios, a enfermedades mentales, a contagios y a lo que ahora creemos que posiblemente sean miles de casos de realización del sacrificio último, de pagar con su propia vida.

Hablamos de la nueva normalidad generada por la pandemia pero esta también ha confirmado algunas verdades que ya se sabían desde hacía mucho tiempo en la comunidad de enfermería, es decir que las enfermeras están infravaloradas y a menudo son tratadas como si fueran prescindibles, lo cual es una situación escandalosa que el CIE insta a los gobiernos a rectificar.”

El Director General del CIE ha declarado: “Las conclusiones del informe se suman a una creciente lista de falta de actuaciones de los gobiernos para proteger a las enfermeras y a otros trabajadores



sanitarios durante la pandemia. Al no recopilar datos sobre los fallecimientos y contagios o al no reconocer el COVID-19 como enfermedad laboral, los gobiernos efectivamente están mirando hacia otro lado con la consecuencia de que el personal se queda sin equipamiento, formación, test, apoyo de salud mental o apoyo financiero. No nos engañemos: al poner en riesgo al personal, los gobiernos también ponen en riesgo a los pacientes.

Este informe del CIE sobre el COVID-19 coincide próximamente esta semana con el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que arrojará más luz sobre la seguridad del personal de salud. La verdad simple e innegable es que la seguridad del personal sanitario y la seguridad del paciente son dos caras de la misma moneda y no se puede tener una sin la otra.”

Comentando la amplitud y profundidad de las presiones psicológicas a las que se enfrentan las enfermeras según pone de relieve la encuesta, el Sr. Catton ha declarado: “Existe un enorme riesgo oculto de salud mental para nuestra fuerza laboral de enfermería sumergido bajo la superficie de la pandemia. La investigación del CIE indica la escala real del legado de salud mental del COVID-19 que sin duda se traducirá en mayores tasas de enfermedad, absentismo, agotamiento y abandono de la profesión por mala salud de las enfermeras, lo cual agravará aún más la escasez y provocará una pérdida de experiencia incuantificable.”

Lea las conclusiones y recomendaciones completas del CIE aquí:

https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19%20survey%20feedback_14.09.2020%20EMBARGOED%20VERSION_0.pdf,

Nota para los editores

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras en representación de los millones de

enfermeras en todo el mundo. Dirigido por enfermeras y liderando la enfermería en el ámbito internacional, el CIE trabaja para garantizar cuidados de calidad para todos y políticas de salud sólidas a nivel global.

Para más información, le rogamos se ponga en contacto con:

Gyorgy Madarasz: madarasz@icn.ch

Responsable de Prensa, Consejo Internacional





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



PLATAFORMA E-LEARNING DE **SALUD VAGINAL** ATROFIA VULVOVAGINAL

El presente no registra y no contiene ningún contenido de formación continuada. Los créditos de formación continuada no son aplicables a los profesionales que estén formándose como especialistas en Uterinos de la Salud. Para consultar la información sobre la acreditación de formación continuada sanitaria en www.madrid.org.



SALUD VAGINAL

ATROFIA VULVOVAGINAL

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

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

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

PROGRAMA

MÓDULO 1.

Conociendo la vagina. Etapas evolutivas

Dra. María Jesús Cancelo Hidalgo

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

Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Alcalá.

MÓDULO 2.

Atrofia vaginal. Diagnóstico. Diagnóstico diferencial. Situaciones clínicas

Dr. Camil Castelo-Branco

Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Barcelona.

Consultor Senior y Responsable de la Unidad de Endocrinología Ginecológica. Hospital Clínic de Barcelona.

MÓDULO 3.

Estilos de vida y tratamiento local. Situaciones clínicas

Dr. Rafael Sánchez Borrego

Director Médico de DIATROS, Diagnósticos y Tratamientos Avanzados SLP.

Acreditado como investigador de la Agència de Gestió en Investigació Clínica (AGICAP) de Cataluña.

MÓDULO 4.

Tratamiento Sistémico: THS. Situaciones clínicas

Dr. Plácido Llana Coto

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

Responsable de la Unidad de Endocrinología y Reproducción Humana Hospital Universitario Central de Asturias.

Profesor Titular Vinculado de Ginecología. Universidad de Oviedo.

MÓDULO 5.

Tratamiento Sistémico: SERMs. Situaciones clínicas

Dr. Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer. Presidente de la Fundación Española de la Mujer y la Salud (FEMYS).

MÓDULO 6.

Dispareunia. Implicaciones en la calidad de vida y la sexualidad

Dra. Francisca Molero Rodríguez

Directora del Institut de Sexologia de Barcelona.

Directora del Instituto iberoamericano de Sexología

INSCRIPCIÓN EN: www.cursosaludvaginal.es

PARA CUALQUIER CONSULTA: info@cursosaludvaginal.es



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

CORONAPEDIA, LA WIKIPEDIA CIENTÍFICA SOBRE LA COVID-19



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

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

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

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

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

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

Cómo colaborar

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

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

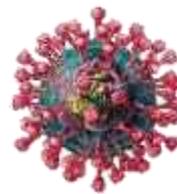
Si deseas ayudar a otros compañeras y compañeros sanitarios a vencer la COVID-19, puedes hacerlo a través del siguiente <http://www.coronapedia.org/participa/>

Secciones

1. Información general

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

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



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

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

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

3. Equipos de protección para cuidar la COVID-19

Equipos de Protección Individual Frente a Coronavirus COVID-19

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

4. Medidas de prevención frente a la COVID-19

Cómo hacer un correcto lavado de manos con solución hidroalcohólica

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

5. Fuentes y recursos de interés

Protocolos para profesionales sanitarios

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

6. Innovación y tecnología

Personas y organizaciones

Equipamiento con medios de fortuna

7. Actuación en diferentes Servicios

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

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

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

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

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

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

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

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



JUEVES 8 DE OCTUBRE

DIRECTO EN FACEBOOK

14:00 h



**Conoce más sobre
Nursicare**

*Charla dirigida principalmente
a profesionales*

Con motivo de la Semana de la Lactancia, NURSICARE organiza una charla (aproximadamente 45 min) para actualizar conceptos sobre este apósito.

Está dirigida a profesionales ya que hablaremos de mecanismos de acción y veremos casos reales de dolor y heridas. No hace falta inscribirse pero apunta en tu calendario la fecha del **8 de Octubre a las 14:00 horas** y entra en el Facebook de Nursicare España para la sesión en vivo.

!Podrás hacer preguntas!

!Te esperamos!

<https://www.facebook.com/NursicareEsp>,



WEBINAR GRATUITO

 **Ginecare**
Formación médica continuada
www.ginecarefmc.com

**SIMPOSIO PRÁCTICO
DEL CONGRESO DE LA ONCOSEGO**
Manejo de las pacientes VPH+ y sus lesiones



20:30h.



Dr. Luis Serrano
HM Gabinete Velázquez



Dr. Damián Dexeus
Women's Health Institute



Dr. Santiago Palacios
Instituto Palacios Salud y Medicina de la Mujer

ACCEDE AQUÍ 



[https://register.gotowebinar.com/register/4371515705324098575,](https://register.gotowebinar.com/register/4371515705324098575)

NOTICIAS DE SIMAES

Nº 1289 POLÍTICA SANITARIA – HOMOGENEIZACIÓN DE BAREMOS 09 SEPTIEMBRE 2020

EL MINISTERIO DE SANIDAD DECIDE RESUCITAR EL PROYECTO APROBADO HACE 2 AÑOS PARA HOMOGENEIZAR LOS BAREMOS.

Este proyecto de Real Decreto lleva en los cajones del Ministerio más de 2 años criando polvo, es una reivindicación de SIMAES y es esencial para que todos/as accedamos a una OPE o un traslado en condiciones de igualdad.

PROYECTO DE HOMOGENEIZACIÓN DE BAREMOS			
OPE - TRASLADOS			
PROCESO	APARTADO	PUNTUACION	
		Mínimo	Máximo
OPE	FORMACIÓN	20	35
	EXPERIENCIA PROFESIONAL	40	60
	OTRAS ACTIVIDADES	10	25
TRASLADOS	FORMACIÓN	20	35
	EXPERIENCIA PROFESIONAL		90
	OTRAS ACTIVIDADES		20

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

Este proyecto de Real Decreto lleva en los cajones del Ministerio más de 2 años criando polvo, es una reivindicación de SIMAES y es esencial para que todos/as accedamos a una OPE o un traslado en condiciones de igualdad.

Desconocemos el motivo pero el ministro de Sanidad se ha comprometido con los sindicatos presentes en el Ámbito de Negociación a resucitar el decreto sobre homogenización de baremos para todos los profesionales sanitarios en las OPE's, que se aprobó en 2018.

Veremos en que queda todo esto, pero esta es una reivindicación histórica de SIMAES desde su creación, que vimos la necesidad de que todas las comunidades autónomas unificasen los criterios de valoración en las OPE, entre otros motivos porque también reivindicamos la equiparación salarial.

En el acuerdo anterior archivado los puntos de baremación quedaron diseñados de tal forma que medirían la formación (de 20 a 35 puntos); la experiencia profesional (de 40 a 60 puntos) y otras actividades, como de docencia y de investigación (de 10 a 25 puntos). En el caso de un traslado, la horquilla será de 90 puntos como máximo en experiencia y de 20 puntos en los dos otros apartados.

No se ha publicado un calendario definido, por lo que estimamos que esta necesaria normativa no se aprobará con prontitud, si es que finalmente se aprueba.

NOTICIAS DE SIMAES



EN UN REQUERIMIENTO CONJUNTO, LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS Y EL SINDICATO DE MATRONAS ESPAÑOLAS, SOLICITAN UNA DECLARACIÓN OFICIAL SOBRE EL FUTURO DEL PARITORIO DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA A LA CONSEJERÍA.

Anticipan que no entenderían una decisión diferente a que el paritorio del HUVV, actualmente utilizado para afrontar el COVID, fuese nuevamente restituido a la situación anterior a la pandemia, cuando ésta se supere.

Las Matronas malagueñas están preocupadas por la falta de concreción respecto al futuro del paritorio ubicado en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV) de Málaga, cuyo personal se encuentra ubicado temporalmente, como consecuencia de la ampliación de espacio dedicado a la asistencia contra la pandemia COVID-19, en las instalaciones del Hospital Materno-Infantil de Málaga.

La incertidumbre tiene su origen en manifestaciones vertidas por responsables de la Consejería de Salud y Familias, respecto a la posible desaparición del paritorio del Virgen de la Victoria, por lo que tanto la Asociación Andaluza de Matronas como SIMAES han pedido una aclaración al respecto.

El paritorio del Hospital U. Virgen de la Victoria venía siendo considerado por nuestra profesión como una unidad de partos de vanguardia en Andalucía, dada su alta tecnología, implicación del personal y calidad humana (se considera un centro de referencia en la Humanización de la Asistencia al Nacimiento, en actualmente en fase de acreditación con la IHAN), motivo por el cual se le ha comunicado a la Consejería que no se entendería una decisión diferente a que el paritorio sea nuevamente restituido a la situación anterior a la pandemia, cuando ésta sea superada, y se ha solicitado que informen sobre las decisiones planificadas para el uso del paritorio del HUVV una vez finalizado el estado de emergencia que padecemos con motivo de la pandemia por COVID-19, evitando la inseguridad y la angustia que se ha generado en torno a este asunto.

NOTICIAS DE SIMAES

CONVOCATORIA DE CONCENTRACIÓN MATRONAS “UN MATERNO SIN MATRONAS NO ES UN MATERNO” Hospital Maternal de nuevo de Almería

Las matronas desarrollan un papel socio-sanitario de clara importancia y eficiencia para todo el sistema sanitario, con reconocimiento internacional. Sus competencias a nivel hospitalario abarcan: urgencias obstétrico-ginecológicas, unidades de gestantes de bajo, medio y alto riesgo, unidades de partos, unidad de púerperas, unidades neonatales, obstetricia de riesgo, consultas externas, unidades de ginecología, consulta de lactancia, fisiopatología fetal, etc. En conclusión, donde haya una mujer desde el nacimiento hasta la senectud. Todos estos puestos están establecidos por la legislación europea, nacional y la normativa del Ministerio de Sanidad, como competencias de los enfermeros especialistas en obstetricia y ginecología (Matronas).

Para situarnos dentro del contexto, Almería es una de las provincias con mayor índice de natalidad y una de las provincias con menor número de matronas por mujer. En concreto 1 matrona por cada 86.000 mujeres en edad fértil.

En su momento, contemplamos la ilusionante apertura del Hospital Materno-Infantil como una oportunidad de ofrecer una atención especializada y de calidad. Y creímos que sería una gran oportunidad de ser el único hospital de España cubierto por enfermeros especialistas en obstetricia y ginecología, así como de pediatría, en sus áreas correspondientes.

Tras 10 meses desde la apertura y el traslado del área de gestantes, 6 meses desde la apertura de las urgencias obstétricas y 3 meses desde la apertura de los paritorios, son muchísimas las deficiencias que llevamos denunciando durante varios meses, en diversos escritos y reuniones con dirección-gerencia del hospital y el delegado de Salud, y que pasamos a detallar:



1. Somos el único hospital de referencia de provincia, a nivel Andaluz, que no cuenta con una matrona en la puerta de las urgencias obstétrico-ginecológicas, con el consiguiente perjuicio para las mujeres que acuden a este servicio. La sala de observación de urgencias permanece cerrada a día de hoy, trasladando a la mayoría de las gestantes a los paritorios y/o planta para su valoración, lo que conlleva a una movilización innecesaria de las gestantes por las áreas hospitalarias, incluso sin saber si son portadoras de COVID-19
2. Se ha triplicado el número de paritorios pasando de 5 a 16 con el mismo personal. Por eso la mitad de los paritorios están cerrados. NO se puede utilizar la bañera de partos en el paritorio de baja intervención para las mujeres que así lo deseen, limitando su derecho de poder elegir un parto de baja intervención, libertad de movimiento, monitorización intermitente, inalámbrica, dilatación en el agua, etc
3. No hay matronas en la planta de puerperio. Somos el personal competente de cara a una adecuada supervisión del posparto, asesoramiento de lactancia materna y valoración del estado materno-infantil, como así lo recogen





NOTICIAS DE SIMAES

nuestras competencias profesionales.

4. No se puede hacer piel con piel tras un parto por cesárea. En contra de todas las recomendaciones científico-sanitarias, se sigue separando al recién nacido de la madre tras el nacimiento por cesárea, aún habiéndonos ofrecido a la dirección para poder llevar a cabo la reanimación de estas pacientes, y de esa manera poder iniciar el vínculo madre e hijo y la lactancia materna.

5. Se abre una planta de gestantes COVID-19, sin contar con ninguna matrona para su apertura.

6. Del mismo modo somos enfermeros/as especialistas en obstetricia y ginecología, y no se nos tiene en cuenta en la planta de cuidados ginecológicos, que a día de hoy está ubicada conjuntamente con la de púerperas.

7. Cada año, los residentes de matrona que se forman, al igual que los de pediatría, tienen que irse a trabajar fuera, ya que no se le ofertan contratos para estas especialidades en el hospital.

8. No existe consulta de matrona en la que poder valorar el puerperio, la lactancia materna, ofrecer terapias alternativas, como reflexología, acupuntura, moxibustión, etc

Después de tantos meses, nuestra ilusión por poder dotar a las mujeres almerienses de una atención completa y de calidad se ha tornado en frustración. La respuesta de los responsables sanitarios en numerosas reuniones mantenidas, siempre han parecido de buena voluntad, aunque a día de hoy no están materializados en su inmensa mayoría.

Todo esto nos hace sentir como un colectivo infravalorado por los responsables de la gestión sanitaria, que no entienden la importancia de los cuidados que podemos aportar.

Consideramos que disminuye de manera considerable el cuidado de calidad a la mujer y se vulnera su derecho a una atención sanitaria de calidad.

Por todo ello, convocamos una concentración a las puertas del Hospital Materno-Infantil reclamando todas nuestras áreas de competencia, así como las matronas necesarias para ofrecer una asistencia de calidad a las mujeres de Almería, que no solo lo merecen, sino que además tienen derecho a ello.

La concentración tendrá lugar el día 1 de octubre en las puertas del nuevo Hospital Materno- Infantil a las 11:00h de la mañana

Sindicato de Matronas Españolas y Colectivo de matronas Hospital Universitario Torrecárdenas



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.isciii.es/pamplona2020/es/programs.html>

https://www.investigacionencuidados.es/investen/docus/Diptico_doctorandos_ES.pdf



ENTREVISTA CON: M^a TERESA HERNANDEZ, INCONDICIONAL DE LA INICIATIVA IHAN



Hace ya más de 20 años que nació la IHAN, Iniciativa para la Humanización y Atención al Nacimiento y la lactancia. Muchasos conoceréis su origen como iniciadora del proyecto Hospital Amigo de los Niños, como parte de los proyectos de UNICEF España a finales de los años 90. Hoy tenemos el placer de entrevistar a una de las personas que durante años ha sido Coordinadora Nacional de la IHAN, la pediatra M^a Teresa Hernández Aguilar.

P: Hola Maite, permíteme que te llame así coloquialmente que es como creo te conoce casi todo el mundo fuera y dentro de nuestro país. En primer lugar, desde la Asociación Española de Matronas (AEM), como miembro de la IHAN, felicitarte por tu trayectoria como gran defensora y líder de la IHAN, y sobre todo, por toda tu labor en el mundo de la lactancia materna que tanto ha ayudado a la promoción de la salud de madres e hijos así como, a la prevención de los riesgos que conlleva no hacerlo. Y hablando de esto, sabemos que eres pediatra en una consulta específica para madres con dificultad en la lactancia materna, ¿podrías explicarnos un poco en qué consiste esta consulta?

R: *Hola Maribel, en primer lugar, muchas gracias por tu felicitación. La verdad es que es la trayectoria de toda una vida, desde que poco después del nacimiento de mi primera hija, decidí que quería dedicar mis esfuerzos profesionales a aprender y difundir el conocimiento sobre lactancia materna. Y una cosa llevó a la otra, porque a medida que te introduces más en el mundo de la lactancia te das cuenta de la necesidad de apoyo de las mujeres para amamantar y de la importancia y responsabilidad que tenemos los profesionales. Y la verdad es que esto ha sido una vida de retos continuos...Me preguntas por la consulta de lactancia. Pero en realidad, me gustaría explicar que lo que abrí en noviembre de 2013, no fue solo una consulta, es una Unidad Clínica de Lactancia Materna. En aquel momento la dirección de Atención Primaria del departamento de salud en el que yo trabajo, la Dra. Juana Cantero, creyó en el proyecto y lo apoyó. En la Unidad ofrecemos atención clínica a las mujeres con problemas de lactancia que nos derivan profesionales de la salud de toda la Comunidad (también de otras comunidades autónomas han venido familias buscando ayuda), pero también trabajamos en la formación de profesionales y en la promoción de la lactancia materna.*

P: Conociendo lo que hacéis, ¿crees necesario que hubiese otras consultas como esta en todos los departamentos o en el resto de España?

R: *Estas Unidades clínicas son una realidad en otros países, especialmente en Estados Unidos. Pienso que quizá sería suficiente una única Unidad para toda la Comunidad Valenciana que centralizara la actividad docente y que uniformizara criterios, protocolos y actuaciones. Desde ella creo que sería muy interesante que se habilitara la posibilidad de atención clínica especializada en lactancia materna (lo que tú llamas una consulta) en cada departamento de salud. La realidad de la actividad de nuestra unidad demuestra que son muchas las familias (por*



nuestra unidad han pasado más de 6000 en los 7 años que llevamos funcionando) que necesitan una ayuda más especializada que la que se puede ofrecer desde la consulta de atención primaria. Nuestra labor docente está precisamente dirigida a que desde Atención Primaria y en las Maternidades aumenten el conocimiento y las habilidades de los profesionales para que mujeres, lactantes y familias reciban la atención que merecen y necesitan para el inicio y el mantenimiento de la lactancia natural. Pero también sucede, como en otras áreas de la medicina, que algunas situaciones precisan la asistencia de un especialista. Y, es entonces cuando procede la derivación y la asistencia en la consulta especializada de lactancia materna.

P: Nos comentas que en el equipo también hay una enfermera ¿Puede llevarla también un equipo de matronas? ¿Qué requisitos son necesarios?

R: Si, en la Unidad trabaja conmigo una enfermera especialista en pediatría y Consultora de lactancia certificada internacionalmente (IBCLC). Claro, las matronas son enfermeras y desde luego que con la formación especializada podrían desempeñar el papel importantísimo que tienen las IBCLC y las enfermeras en este tipo de consultas. Creo que lo que de verdad funciona es un equipo multidisciplinar. De hecho, nuestra unidad está corta de personal y sería estupendo poder aumentar la plantilla que nos permitiría atender a más familias. Y desde luego contar con matronas que fueran también IBCLC sería estupendo. Creo que es necesario, sin embargo, contar con un médico /a con conocimiento especializado en lactancia materna, y también necesario el apoyo de personal auxiliar y administrativo. Por ahora, avanzar está siendo muy complicado porque el sistema sanitario no tiene previsto en la actualidad este tipo de asistencia super-especializada, y son muchos los profesionales y los responsables que no ven la necesidad. Sin embargo, son más los estudios que muestran que las mujeres abandonan la lactancia en contra de sus deseos (en este momento solo 1 de cada 7 amamanta el tiempo que se propuso al inicio) debido especialmente a dificultades que no son resueltas en el sistema sanitario. Por supuesto que es muy importante la labor que hacen muchas matronas, enfermeras y médicos y muchos grupos de apoyo. Pero no es suficiente. Y deberíamos recordar que apoyar la lactancia materna es la labor más costo eficiente y con mejores resultados en salud no solo para los bebés, también para las mujeres e incluso para el medio ambiente y la sociedad en su conjunto. De los 1.500.000 de euros que cada año ahorraría nuestro sistema sanitario si las mujeres pudieran amamantar el tiempo que desean, una parte debería destinarse a dotar de unidades clínicas (que serían además un foco de conocimiento, investigación y promoción) que aseguraran este apoyo que las mujeres necesitan.

P: Además de tu lado profesional tan interesante y hablando de IHAN, ¿podrías contarnos un poco más qué es y quienes lo forman?

R: La IHAN en España es la asociación Iniciativa por la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Las siglas de la Asociación son las mismas que las de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños porque nuestra asociación es la responsable en España de la coordinación y promoción de esta iniciativa conjunta de OMS y UNICEF. El objetivo es la Humanización de la Asistencia Perinatal y la implantación de una asistencia de calidad que cumpla con los requisitos de OMS y UNICEF para asegurar el mejor comienzo en la vida. Y este mejor comienzo conllevará para todas aquellas mujeres y familias que lo deseen un apoyo al comienzo y el mantenimiento de la lactancia natural basado en la evidencia y centrado en el lactante y su madre. La asociación está integrada por representantes de las principales asociaciones científicas y ciudadanas del ámbito perinatal y de la lactancia natural y tiene además, representación de UNICEF y del Ministerio de Sanidad.



P: Podrías hacernos un breve resumen de cuáles son los objetivos y/o proyectos de la IHAN?

R: Además del impulso a la iniciativa IHAN trabajamos por la difusión del conocimiento en lactancia natural y las prácticas de humanización de la atención al parto y el apoyo a los grupos de apoyo de madres lactantes. El trabajo de los socios es realizado a título voluntario. Damos apoyo y asesoría a los hospitales y centros de salud en su camino hacia la acreditación IHAN y participamos en la BFHI network que es la red internacional de coordinadores IHAN que, con la OMS y UNICEF, coordina y lidera la iniciativa en los países desarrollados. Estamos en continua comunicación con el Ministerio de Sanidad con el que colaboramos en diversos proyectos y actividades todas ellas encaminadas a mejorar la asistencia al nacimiento y la lactancia natural en España.

P: Siguiendo con el tema de la IHAN, hace tan solo unos meses que dejaste de ser la Coordinadora Nacional ¿Cómo te sientes después de todos estos años? ¿Qué ha significado para ti la IHAN?

R: Uff, me tocas la fibra sensible! En este momento tengo sentimientos encontrados. Desde que, en 2007, Jesús Martín Calama que entonces acababa de ser nombrado coordinador nacional de la IHAN me pidió que me encargara de los temas internacionales, he dedicado mi vida, casi a partes iguales a mi familia, a mi trabajo y a la IHAN. Diseñé y coordiné con un pequeño grupo inicial la iniciativa de centros de salud IHAN que supuso el lanzamiento en España de la IHAN al terreno comunitario (fuera de los hospitales) y de 2013 a 2020 he sido la coordinadora nacional en un equipo fantástico. Han sido años de trabajo muy duro pero muy gratificante en el que la IHAN ha crecido mucho. En este momento hay más de 100 hospitales y más de 300 centros de salud trabajando por la humanización y la mejora de la calidad de sus prácticas. Hemos establecido una estrecha colaboración con el Ministerio de Sanidad y tenemos una importante presencia en el terreno internacional. Así que estoy contenta del esfuerzo invertido estos años. Estoy absolutamente convencida de la necesidad de los cambios en los cargos de poder y, además, estoy segura de que el equipo que nos ha sucedido va a continuar haciendo crecer a la IHAN. Es un equipo fabuloso, con empuje y savia nueva y además, hay una absoluta colaboración entre los miembros de la junta saliente y la que ha entrado lo que va a facilitar la transición. Por todo ello estoy contenta. Al mismo tiempo, no es fácil decir adiós a tantos años de trabajo con un equipo en el que hemos compartido tanto esfuerzo, alegrías y retos estos años. Por eso como te decía estoy contenta y algo triste a la vez. Pero ya tengo nuevos proyectos con los que estoy muy ilusionada.

P: Siendo pediatra desde hace más de 30 años, cuéntanos ¿qué bagaje crees que ha aportado tu experiencia profesional en el liderazgo de esta iniciativa?

R: Creo que ser pediatra me ha permitido ver la importancia de la humanización y la calidad de la asistencia desde el momento cero del comienzo de la vida. Pero además mi visión cambió radicalmente durante mi estancia en la Universidad de Berkeley en California donde tras obtener una beca Fullbright, cursé un Master en Salud Pública y Nutrición. Coincidió además con el nacimiento y la lactancia de mi primera hija.



Y allí cambió mi forma de entender la medicina (hasta entonces yo era muy de intensivos y de retos con mucha adrenalina). La vuelta a la realidad española no fue fácil pero mi integración primero en el comité de lactancia de la asociación española de pediatría y después en la IHAN (todo ello de la mano del Dr. Martín Calama) me permitió desarrollar esta faceta de mi conocimiento y habilidades. No he conseguido ganar dinero con ello pero creo que he conseguido mejorar la salud y la atención de muchas familias y con ello me siento satisfecha.

P: ¿En qué te ha enriquecido ser coordinadora nacional de una iniciativa como esta?

R: Creo que ser coordinadora nacional de esta iniciativa me ha hecho crecer como persona y como te decía antes, me ha permitido desarrollar facetas que mi actividad como pediatra (primero hospitalaria y luego en un centro de salud en atención primaria) no permitía. La actividad como pediatra es muy importante por supuesto, pero yo necesitaba hacer algo más a nivel de población que es lo que es la Salud Pública. Siempre me ha resultado muy difícil conformarme con la realidad que me rodea si pienso que podría mejorar. Al mismo tiempo, coordinar una iniciativa como esta con un proyecto tan ambicioso, pero dotado de muy pocos recursos y apoyo institucional por el que tienes muchas veces que enfrentarte a la incomprensión de tantos, supone desarrollar una faceta de resiliencia que creo que me ha enriquecido como persona. Además, he trabajado con un equipo de excelentes personas con una entrega excepcional y eso es lo que considero un verdadero privilegio.

Por otra parte, la coordinación nacional de la IHAN me ha permitido estrechar lazos con profesionales de ámbitos diferentes a la pediatría. Me ha permitido conocer mucho mejor el trabajo de las matronas, de las enfermeras pediátricas, de los médicos de familia, de los obstetras. Trabajar con los grupos de apoyo de madres y colaborar con el Ministerio de Sanidad y con OMS y UNICEF a nivel nacional e internacional. Esto le da a tu vida personal y profesional una perspectiva mucho más global.

P: Ya lleváis muchos años defendiendo la crianza con lactancia materna, sin embargo, muchas mujeres/ parejas o incluso profesionales de la salud desconocen los beneficios de la lactancia materna en su propia salud o la de sus hijos ¿A qué crees que es debido?

R: Nuestra sociedad occidental perdió la cultura de la lactancia natural el siglo pasado cuando las mujeres pasaron a tener sus hijos en los hospitales en los que se establecieron rutinas de cuidado contrarias al inicio de la lactancia natural. Además, los cambios sociales pusieron a las mujeres ante la tesitura de tener que decidir por criar a sus hijos amamantándolos o alimentarlos con sucedáneos. Y es que si en España la natalidad disminuye cada año es porque el apoyo social a las mujeres es muy deficiente. No se nos reconoce el trabajo reproductivo ni el derecho a amamantar. Y reconocer ese derecho no es solo decir que las mujeres tienen derecho a elegir sino poner los medios necesarios para que la elección no pase por abandonar una carrera profesional. Por otra parte, la industria de alimentación infantil se gasta cada año mucho dinero en la promoción de sus productos y en pagar la formación de profesionales, mientras que la inversión del dinero público en promoción y apoyo a la lactancia es 1000 veces menor. Cada vez hay más mujeres y familias que desean amamantar, pero sigue siendo muy complicado mantener la lactancia más allá de unos meses. Y eso si todo va bien, porque si además aparecen dificultades como el dolor materno o la falta de crecimiento del bebé entonces la situación aún es más compleja. Y es que, en estas situaciones, la solución que se ofrece pasa por el biberón y no por mejorar la atención. Por otra parte, la presión de la Industria de Sucédáneos es muy importante, tiene mucha influencia sobre las asociaciones de pediatría a las que subvenciona, sobre los profesionales a los que paga



Formación y congresos y sobre las familias con la publicidad directa desde farmacias, comercios, televisión e internet. Es necesario que nuestro gobierno asuma sus compromisos publicando y haciendo cumplir una ley que incluya los requerimientos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos.

P: Todas y todos sabemos la enorme responsabilidad y compromisos que puede conllevar liderar una iniciativa a nivel nacional como la IHAN, ¿Cuáles han sido las mayores dificultades con las que te has encontrado? ¿Por qué?

R: La mayor dificultad ha sido compaginar todo este inmenso esfuerzo que necesita tiempo y energía con la vida familiar y con el trabajo diario como pediatra primero y en la unidad de lactancia después. Tengo la suerte de tener un compañero de vida maravilloso y que mis hijos ya eran mayores cuando acepté la coordinación.

Respecto a la coordinación la mayor dificultad ha estado en conseguir mantener la IHAN a flote con los pocos medios disponibles. Hemos pasado momentos muy difíciles cuando la situación política del país con presupuestos prorrogados y cambios políticos suspendió la subvención escasa pero absolutamente necesaria para mantener la asociación. La OMS y UNICEF llaman a los países del mundo y por tanto a España, a asegurar la sostenibilidad de la IHAN, a nombrar un coordinador nacional de lactancia materna y a diseñar e implantar una estrategia nacional de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Nuestra asociación ha asumido ese rol y en los últimos años se ha avanzado mucho y desde el Ministerio nos han brindado mucho más apoyo. Sin embargo, es necesario que nuestras autoridades sanitarias asuman lo que han firmado en la Asamblea Mundial de la Salud. Y esto pasa por la publicación de la estrategia, por nombrar una autoridad de lactancia y por una financiación adecuada y estable de la IHAN para asegurar su sostenibilidad y viabilidad.

Como dicen mis hijos, la defensa de la lactancia es como la lucha de Don Quijote contra los gigantes. Una gran dificultad ha sido avanzar pese a la incomprensión de muchos profesionales y algunas asociaciones y frente a la importante presión de la industria de los sucedáneos como te decía antes. Y, sin embargo, hemos conseguido pasar de 17 hospitales a más de 100 en el camino y de ningún centro de salud a más de 300 centros de salud. Y esto son muchos profesionales ilusionados detrás y muchas familias beneficiadas. Hoy la IHAN goza de prestigio entre las familias y muchos hospitales privados avanzan rápidamente hacia la acreditación porque en el prestigio y la calidad de sus prácticas ven una oportunidad. Ojalá esta motivación se extendiera también por la Sanidad Pública en la que en demasiadas ocasiones el avance se basa en el esfuerzo de verdaderos héroes que luchan por cambiar las cosas sin el apoyo de sus superiores o de las autoridades sanitarias.

Puede parecer una tarea imposible, pero me encanta pensar en cómo un mosquito puede impedirte dormir a pesar de la diferencia de tamaño.

P: Este año ha sido muy especial y sabemos cómo está el panorama actual con la COVID-19 y la maternidad y las controversias surgidas ¿Qué nuevo reto se plantea IHAN para vencer en el futuro las dificultades que esta pandemia ha ocasionado con el proceso de nacimiento y la lactancia?

R: Como bien señalas, Maribel, la pandemia COVID-19 ha amenazado las medidas de humanización y muchas de las prácticas de calidad asistencial que se habían ido extendiendo como práctica necesaria de atención en las maternidades, durante el parto y en las unidades neonatales. El parto acompañado, el contacto piel con piel, la primera toma en la primera hora, la no separación, el apoyo al inicio de la lactancia, la no administración de suplementos sin indicación médica....Son todas prácticas que se han visto amenazadas por el miedo a la enfermedad, al contagio, y por las circunstancias que los equipos de profesionales en los que prevaleció el miedo y la falta de convicción en la importancia de la lactancia materna (a pesar de la evidencia científica de peso que la avala). Las medidas de humanización como el acompañamiento, la no separación tienen un fuerte impacto sobre la salud presente y futura del recién nacido y de la mujer. Y, sin embargo, en demasiados centros continúa >

prevaleciendo el pensamiento tecnificado y el desprecio hacia esta evidencia. No tenemos tampoco una estrategia de protección de la lactancia en situaciones de emergencia. Todo ello nos ha hecho retroceder varios pasos. Lo estamos recogiendo en dos estudios que esperamos poder publicar pronto.

El daño que está haciendo esta pandemia no se limita solo a las personas enfermas, se extiende además a los problemas para mantener una asistencia de calidad que va a tener consecuencias en el futuro para toda una generación.

P: ¿Qué propuestas harías tú a los profesionales de la salud que están directa o indirectamente implicados en la salud Materno-Infantil?

R: Trabajar por la salud materno infantil es un privilegio desde mi punto de vista. Y una importante responsabilidad porque nuestras actuaciones tienen un impacto que va mucho más allá de lo que vemos cada día. La verdad es que prefiero no hacer propuestas pero me gustaría compartir lo que me ha hecho sentirme más realizada en mi actuación profesional que ha sido, sentirme libre de conflictos de interés y actuar en cada momento de acuerdo a lo que iba aprendiendo de la evidencia científica. Por otra parte, trabajar por la humanización de la asistencia me ha enseñado a ponerme en el lugar del más vulnerable, me ha acercado a las familias, creo que me ha hecho mejor persona y me ha dado felicidad a pesar de los momentos amargos que siempre hay, claro.

P: Por último, sabemos que hay un nuevo comité ejecutivo en la IHAN ¿qué mensaje les darías después de tu experiencia durante todos estos años?

R: El nuevo equipo es un gran equipo, con excelentes profesionales, capaces, generosos y entregados y estoy segura de que la IHAN está en muy buenas manos. Yo ya les he brindado todo mi apoyo, saben que me tienen y seguiremos caminando juntos aún un tiempo. Más que al nuevo comité me gustaría decir a todos los profesionales que están en el camino hacia la IHAN y a aquellos que están pensando iniciarlo que no están solos. Que este cambio es seguro para mejor y que la IHAN no es sólo su comité ejecutivo o su comité nacional.

Hay muchas posibilidades de colaborar y os animo a ello. Se puede colaborar participando en un Teaming y haciendo donativos o animando a aquellos que se sienten agradecidos a hacerlos. Pero también creando conocimiento y exigiendo a nuestras autoridades que aseguren la sostenibilidad de la IHAN. La IHAN dará el salto definitivo cuando los cargos ejecutivos lo sean a tiempo completo y adecuadamente remunerados. Cuando en España haya unas leyes que de verdad protejan la lactancia materna, que protejan a las mujeres que amamantan en su lugar de trabajo, que incluyan los requerimientos del Código y protejan de la publicidad desleal.

LACTANCIA MATERNA EN LA PANDEMIA COVID-19
INFORMACIÓN PARA FAMILIAS

SE SABE
Lactancia Materna

- El contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento y el calostro protegen al recién nacido.
- La leche materna contiene defensas antivirales.
- Las lactantes amamantadas tienen menos complicaciones por virus respiratorios.

SE RECOMIENDA
A las mujeres que amamantan

- Amamantar en exclusiva hasta los 6 meses y con otros alimentos hasta los 2 años o más.
- Buscar ayuda para superar dificultades, aumentar la producción de leche o lactar.
- Contactar con su banco de leche si están donantes.

Lactancia y COVID

- El SARS-CoV-2 no se ha aislado en leche materna.
- Amamantar con COVID es posible.
- Si la madre con COVID lo prefiere, extraerse la leche es una opción, no un imperativo.
- La leche extraída no transmite el virus.
 - es importante usar medidas de protección para evitar que se contamine.

Si tienes COVID o síntomas:
Puedes seguir amamantando

Evita el contagio por gotas:

- usa mascarilla
- lávate las manos
- usa bata (y retírala para amamantar)

Si decides extraer leche, además de lo anterior:

- Limpia el extractor antes y después de cada uso.
- Limpia los botes antes y después de usarlos.
- esterilízalo bien una vez al día.

Cuando haya una Autoridad Nacional de Lactancia y una estrategia de lactancia que asegure una IHAN sostenible e implantada en todas las maternidades como una exigencia de calidad asistencial, entonces, estaremos en el comienzo de una sociedad más equitativa y con mayores posibilidades de progreso.

Bueno Maite, no sé si te gustaría decir algo más a nuestras compañeras y compañeros, pero desde la Asociación, y siendo conocedoras de todos vuestros logros, os deseamos que la IHAN siga adelante con el único propósito de seguir defendiendo los derechos y la salud de madres y niños-as.

Muchas gracias por tu tiempo y dedicación.

Muchas gracias, Maribel, tu esfuerzo y el de tu asociación son muy importantes y ejemplares. Tú has luchado a brazo partido durante la pandemia para mantener los derechos de las mujeres a tener un parto respetado en condiciones de seguridad pero con calidad y humanización. Trabajar contigo en la IHAN estos años ha sido un privilegio más. Gracias por pedirme participar en esta entrevista, gracias a las lectoras. Hasta siempre.





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/>

ESTUDIO DE MADRES COVID-19

El Estudio de Madres COVID-19 es una encuesta para madres de todo el mundo con el objetivo de responder las siguientes preguntas relacionadas con la experiencia en la maternidad de las madres infectadas: ¿Fue separada de su recién nacido? ¿Se le permitió permanecer piel con piel durante la primera hora postparto? ¿Se le permitió amamantar a su bebé? También queremos saber si le lavaron las mamas. Además, preguntamos sobre los resultados: ¿Presentó dificultades para amamantar? ¿Enfermó su bebé de COVID-19? Si fue así, la gravedad de la enfermedad del bebé.

Las madres pueden participar si ellas o su bebé presentaron COVID-19 durante el primer año de vida del bebé. De manera de tener una información más clara de como afectó a la madre la experiencia peri-parto, ella no puede responder la encuesta hasta el primer mes postparto. Al incluir a los lactantes que presentan COVID-19 a una edad más allá del período perinatal, nos ayudará a correlacionar la incidencia y severidad de la enfermedad con la historia de lactancia si logramos un número importante de niños mayores. También preguntamos a las madres sobre el impacto psicológico que presentó por la separación del recién nacido, de manera de tener una idea sobre la magnitud del daño a la madre, de esta práctica rutinaria, si esta ocurre.

La encuesta está construida en la **plataforma de Qualtrics licenciada a la Escuela de Medicina de Harvard** y toma entre 3 y 8 minutos para responder. No todos quienes responden ven todas las preguntas. La encuesta es anónima y no se recoge información de quienes la responden, tal como dirección IP o información demográfica. Solo se pregunta sobre el país de residencia. La encuesta actualmente se encuentra en inglés, español, francés, portugués brasileño, italiano, alemán, chino y japonés.



COVID
Mothers Study



HARVARD
UNIVERSITY

La encuesta se lanzó el 4 de mayo, 2020. Los países de la Unión Europea, el Reino Unido, Suiza, Noruega, Liechtenstein, e Islandia están cubiertos por la Norma General de Protección de Datos que requirió un proceso adicional para ser aprobada.

A fines de junio fue aprobada y los residentes de esos países pueden participar en la encuesta. Quienes responden de esos países deben dar un consentimiento adicional para poder participar.

<https://projects.iq.harvard.edu/covidmothersstudy/news/sobre-el-estudio-de-madres-covid?fbclid=IwAR24YGaywh1SpvQAIzX6gascvkccpRTQaqrmC21Yiz-yW5FzWrqy8bUk8fSs>,

https://hms.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_eXN0LFMwOW0R2u1,

https://hms.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_eXN0LFMwOW0R2u1?fbclid=IwAR3i88Y4gb0KVV1T2QSPC6d4L3_2A9PCmWDXaa88vzZ8CqzcsEf4rLdM64,

El Equipo de Estudio

Las principales investigadoras son Melissa Bartick, MD, MS, Profesor Asistente de Medicina del Mt. Auburn Hospital en Cambridge, Massachusetts y de la Escuela de Medicina de Harvard en Boston, Massachusetts; Lori Feldman-Winter, MD, MPH, Profesor de Pediatría en Cooper University Health Care in Camden, New Jersey; y Verónica Valdés, MD, profesor auxiliar asociado retirada del departamento de Medicina Familiar de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile en Santiago. Las investigadoras también colaboran con Angela Giusti, PhD, IBCLC e investigadora en salud pública del Instituto Nacional Italiano de Salud en Roma y Elise Chapin, M.Ed., IBCLC, una investigadora del Comité Nacional Italiano para UNICEF y coordinadora del Hospital & Comunidad Amigos del Niño en Italia. En EE.UU. el equipo trabaja con Lucía Jenkins, RN, IBCLC para asociarse con BabyCafé USA, una organización sin fines de lucro que ofrece más de 150 grupos de apoyo a la lactancia en EE.UU. Maite Hernández Aguilar, doctora en medicina y master en salud pública, es la coordinadora de la Unidad Clínica de Lactancia Materna en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, España. Es la coordinadora de relaciones internacionales de la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) en España. La Dra Elysangela Dittz Duarte es Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Minas Gerais (Brazil)/ Nikhil Bhana es estudiante de medicina de la Escuela de Medicina Cooper de la Universidad de Rowan en Camden, New Jersey y John Gaughan es bio estadístico de la Escuela de Medicina Cooper en la Universidad de Rowan



LA ONCE RECONOCE Y RINDE HOMENAJE A LAS ENFERMERAS Y A LAS MATRONAS

La ONCE difunde en el cupón 'El cupón de la ONCE difunde '2020 Año Internacional de Enfermeras y Matronas', en homenaje a su labor durante la pandemia (se abrirá nueva ventana) del miércoles, 16 de septiembre, la celebración de '2020 Año Internacional de Enfermeras y Matronas'. Cinco millones y medio de cupones homenajearán a estos profesionales de la salud y la sanidad, que han tenido un papel clave y siguen teniéndolo durante la pandemia.

El presidente de la Organización colegial declaraba: *"para nosotros, como profesionales más cercanos a los pacientes durante la pandemia y también antes de ella, es un grandísimo orgullo que una institución como la ONCE haya querido homenajear de esta forma el Año Internacional de las Enfermeras y Matronas. El destino ha hecho que este año internacional coincida con uno de los periodos más complicados para todos los profesionales sanitarios, pero también nos ha puesto en primera línea. Hemos dado todo lo que somos capaces y es una satisfacción enorme que nos puedan ir reconociendo. Aun así, es necesario recordar a la población que esto no ha acabado y debemos seguir cumpliendo las medidas. Mascarilla, distancia física e higiene de manos deben ser tres pilares fundamentales en nuestro día a día"*.

Por su parte, Ángel Sánchez ha señalado que *"para nosotros es un honor dedicar nuestro mejor papel, el cupón y su imagen, a honrar el esfuerzo, la dedicación, el cariño y la profesionalidad con el que enfermeras y enfermeros nos tratan cada día y que han demostrado siempre, y más aún en estos momentos. Nos sentimos bien sabiendo que estáis ahí"*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró



El director general de la ONCE, Ángel Sánchez y el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya

2020 como Año Internacional de Enfermeras y Matronas y, posteriormente, con la llegada de la pandemia, se acordó extender este año internacional hasta mediados de 2021. Es la primera vez que todos los países se unen para homenajear y apoyar la labor que realizan estas profesionales de la Sanidad, con su trabajo diario y con su labor en tareas de investigación. Foto de familia de la presentación del cupón dedicado a 2020 Año Internacional de Enfermeras y Matronas

En el mundo, el 70 % del personal sanitario está integrado por mujeres. Los profesionales de enfermería constituyen una proporción considerable de esa cifra y, además, las matronas podrían evitar más del 80% de todas las muertes maternas, prenatales y neonatales.

Con '2020 Año Internacional de Enfermeras y Matronas' se busca poner en valor el trabajo de la profesión y conseguir que todas estas personas puedan trabajar en entornos donde estén a salvo, gocen del respeto de los médicos y demás colegas del sector de la salud, tengan acceso a servicios de atención sanitaria que funcionen debidamente, y que su labor esté integrada con la de los demás profesionales de la atención de salud.

Fuente: ONCE

COMUNICADO DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE MADRID



Y las medidas sanitarias y de personal, ¿cuándo?

La Comunidad de Madrid saca balones fuera y adopta medidas restrictivas, que además de no resolver el problema de fondo, ponen el foco en la responsabilidad de los ciudadanos.

Para enfrentar la segunda ola del coronavirus con eficacia primero hay que llevar a cabo un plan de refuerzo de la Atención Primaria y un redimensionamiento de la Salud Pública.

Desde el Colegio de Enfermería de Madrid consideramos insuficientes las medidas anunciadas por la presidenta Isabel Díaz Ayuso porque consideramos que se trata de medidas restrictivas que limitan las actividades y la movilidad de las personas en municipios y algunas áreas de la capital, que parecen poner solamente el foco en la responsabilidad ciudadana, pero que no resuelven el problema de fondo.

Desde el Colegio de Enfermería de Madrid venimos avisando desde el pasado mes de marzo que la situación iba a ser insostenible desde el minuto uno. Como ya hemos dicho hace unos días y no nos cansaremos de decirlo, falta una política de refuerzo de la Atención Primaria, donde las enfermeras son el hilo conductor de todo este ámbito asistencial, además de redimensionar las políticas de Salud Pública. Mientras esto no se planifique y se asuma, seguiremos asistiendo a escenas donde los centros de salud están colapsados y los profesionales sanitarios exhaustos y desmoralizados por la presión que sufren, que es de todo punto inasumible.

¿Cómo se piensa realizar el millón de test anunciados por la presidenta? ¿Cómo se piensa reabrir el hospital de IFEMA? ¿Con qué personal se piensa abrir el futuro hospital Isabel Zendal? ¿Tienen ya diseñado un plan de incentivos para los profesionales?

¿Qué planes concretos tiene el gobierno regional en cuanto a contratación de enfermeras, si ya antes del verano, la Consejería tuvo que hacer un llamamiento de urgencia ante la falta de contingente, al que ni siquiera se ha incentivado con un plan retributivo y laboral como les corresponde?

La Comunidad de Madrid no es una región más. Retomamos el argumento con el que comenzamos. Las medidas restrictivas servirán de poco si no forman parte de un plan de calado.



COMUNICADO

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Próximamente se iniciará la campaña de vacunación de la gripe en todo el Estado. En este sentido, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en sesión celebrada el 27 de agosto de 2020, acordó declarar como actuaciones coordinadas en salud pública frente al COVID-19 medidas y recomendaciones en relación con la vacunación frente a la gripe, para su aplicación por las administraciones competentes. Se instará a reforzar el compromiso de las organizaciones de personal sanitario, sindicatos, colegios profesionales y sociedades científicas con la vacunación anual frente a la gripe, pidiendo que trasladen a sus integrantes la recomendación de vacunación por responsabilidad ética con las personas de riesgo a las que atienden.

Debemos recordar que la gripe provoca una carga alta, tanto en términos clínicos, como epidemiológicos y sociales, afectando del 5% al 15% de la población mundial, con una tasa de mortalidad de 4– 8% entre los adultos hospitalizados y más del 10-15%, durante las pandemias y entre los sujetos inmunocomprometidos. La medida preventiva más importante es la vacunación antigripal anual. Por ello, se considera prioritario que las enfermeras y enfermeros se vacunen, como medida de autoprotección y para evitar ser vehículo transmisor para compañeros, entre otras.

A pesar de ello, las tasas de vacunación en sanitarios son bajas (en España es del 33.9%). Las razones para no vacunarse van desde no considerarse persona de riesgo, falta de preocupación o de tiempo, miedo a efectos adversos, dudas sobre la eficacia vacunal hasta dificultad de acceso a la vacuna en el puesto de trabajo, entre otras.

En este sentido, y a la vista de los estudios y los datos de vacunación en personal sanitario comentados, y en concreto en enfermeras y enfermeros, desde el Consejo General de Enfermería, a través de nuestro Instituto Español de Investigación Enfermera (IE) y en colaboración con toda la Organización Colegial de Enfermería y la Asociación de Enfermería y Vacunas (ANENVAC) y la empresa de estudios sociológicos, Análisis e Investigación, nos gustaría conocer en profundidad la percepción de las enfermeras con respecto a la vacunación y las facilidades para llevarla a cabo, a través de una investigación en relación con la vacunación antigripal de las enfermeras y la posible vacuna frente a la COVID-19.

La realización de esta encuesta viene motivada por la escasez de estudios que evalúen estos aspectos centrándose en los profesionales enfermeros; por eso, el objetivo es ofrecer más información de los factores asociados a la decisión de vacunarse o no de las enfermeras españolas para así potenciar la nueva campaña de vacunación.

Una vez más solicitamos la colaboración de las Sociedad Científicas Enfermeras para llevar a cabo este estudio a través de una encuesta a la que pretendemos dar acceso a todas las enfermeras y enfermeros. Desde este Consejo General haremos la máxima difusión posible, a través de los medios disponibles (correo electrónico, redes sociales, medios de comunicación,...), pero necesitamos de la colaboración de todos.

La encuesta estará disponible en el siguiente enlace: <https://link.grupo-aei.com/183880>

Pueden hacer llegar este enlace a sus asociados a través de los medios que estimen oportunos. La encuesta es de carácter totalmente anónimo ya que no se solicitan datos que permitan identificar a los profesionales que participan en ella.

INAUGURACIÓN DE LA NUEVA PROMOCIÓN DE ENFERMERAS OBSTETRICO-GINECOLÓGICAS (MATRONA)



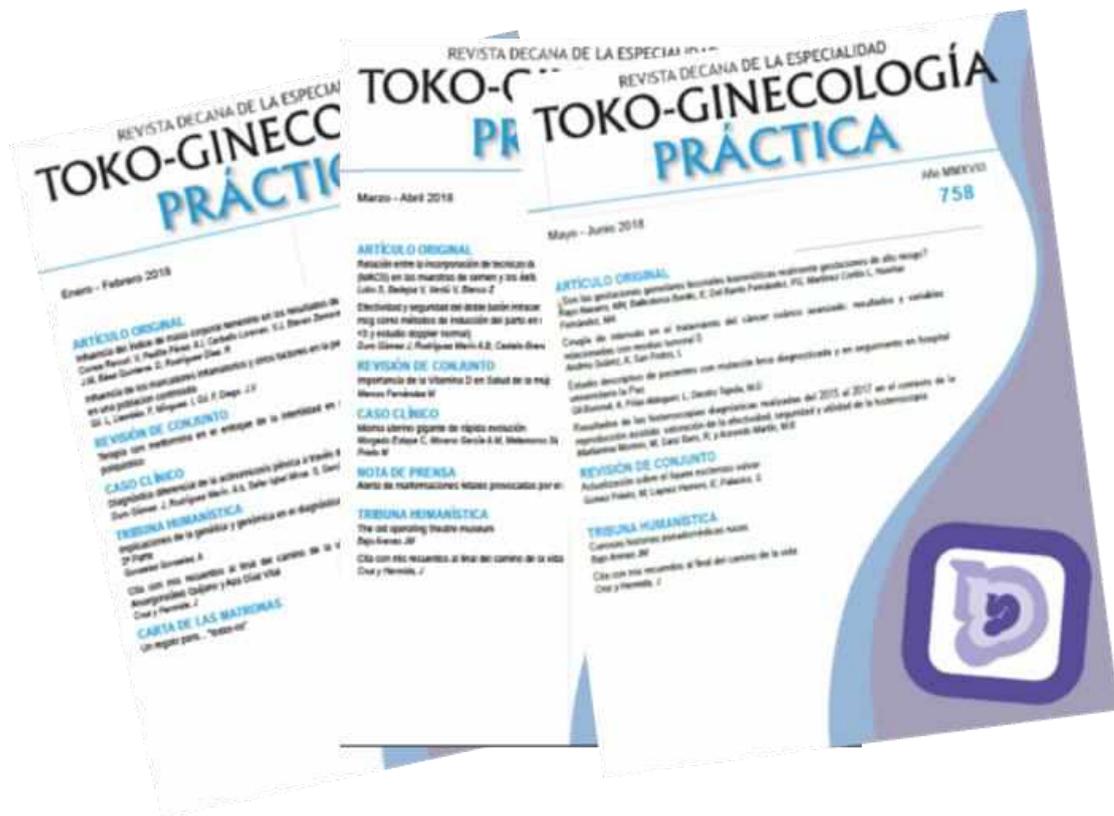
Por fin y tras muchos meses de espera, la nueva promoción de residentes de Enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona) inició el pasado día 25 de septiembre su andadura en la formación de nuestra especialidad. Como todo en este año, la incorporación a las especialidades tanto de enfermería como de medicina, también ha venido marcada por la situación de la pandemia, es decir, retraso de las fechas habituales que desde el mes de mayo ha pasado a finales de septiembre. Tras la incertidumbre que se vivió con en el método de elección de plazas o en la metodología de las clases (de presencial a online) por fin, nuestros residentes y los de otras especialidades, han logrado cumplir su sueño entrando a formar parte del futuro de nuestra profesión.

Desde la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana, se inauguró el inicio con un acto, vía online, en la que se les dio la bienvenida y tuvieron la oportunidad de recibir una afectuosa acogida por parte de las tutoras de cada uno de los departamentos elegidos para su rotatorio de prácticas.

El acto, con las limitaciones que tiene la vía digital, fue gratificante y muy emotivo, comenzando con las palabras de la Directora de la UD, Dña. M^a José Alemany, representantes de la Comisión de Docencia y Evaluación, y una magnífica conferencia inaugural a cargo de Dña. Modesta Salazar, matrona y doctora, jefa de la Unidad de Violencia sobre la mujer en la subdelegación de gobierno de Alicante. En el acto también les acompañaron sus residentes “mayores” (R2) que les ayudarán durante una parte del camino, que aunque más corto que en otras ocasiones, será igual de importante en los primeros meses de su formación.

Seguro que en el resto de España han sido bien recibidos en las Unidades Docentes de todos los departamentos de salud que forman la red de lugares docentes para la formación de nuevos residentes de Enfermería y Medicina que tanta falta hace en el Sistema Nacional de Salud español y no solo durante la pandemia, así que, la Asociación Española de Matronas se une a la bienvenida de nuevos profesionales que van a iniciar su sueño en el camino de la formación de una profesión tan importante como es la de acompañar a las mujeres (y su familia) durante todo su ciclo vital.

¿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



EL CURSO ONLINE SE DIRIGE A PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y REGIÓN DE MURCIA

La Asociación Columbares, junto a la Universidad de Murcia, organizan esta segunda edición del curso que se realizará durante octubre y que está dirigida a profesionales residentes en la Comunidad Valenciana y en la Región de Murcia. El perfil requerido es de profesionales que trabajan con colectivos en situación de vulnerabilidad social que puedan sufrir desgaste psicológico y físico y que se puede evitar con una adecuada gestión y que trabajen en sectores público, privado y social que deseen mejorar sus competencias en el ámbito social y sanitario: Trabajo Social, Educación Social, Profesionales de la Salud, Derecho, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y del Estado, etc.

El programa formativo, se realiza en modalidad online, utilizando una metodología experiencial y participativa, acompañada de pequeñas exposiciones teóricas y experiencias prácticas de cómo incorporar el contenido del curso a la práctica profesional diaria, con la finalidad de que los conocimientos adquiridos puedan ser llevados a la práctica profesional de los/las alumnos/as.

- Gestionar las emociones en contextos de supervisión y apoyo profesional, con el fin de prevenir el síndrome del estrés profesional.
- Fomentar y dotar de recursos y estrategias de autocuidado que favorezcan la mejora de la autoestima y

satisfacción personal como requisito para una buena ejecución laboral.

Dotar de estrategias de autocuidado a los profesionales que trabajan en la atención a población inmigrante.

Los contenidos a impartir se engloban en diferentes módulos, los cuales se centran en los siguientes aspectos:

- Unidad 1. El desgaste emocional en el ejercicio profesional. ¿Cómo afecta el ejercicio profesional con el colectivo inmigrante en la salud de los profesionales?
- Unidad 2. Toma de contacto de mis emociones en el ejercicio de mi profesión:
 - La inteligencia emocional como habilidad en el ejercicio de mi profesión
 - Ideas irracionales y su conexión con las emociones y la conducta
- Unidad 3. Técnicas de afrontamiento: Desde la teoría a la práctica. Resolución de conflictos. Redes de apoyo en el ejercicio profesional

Está previsto que se realice del 5 al 9 de octubre, teniendo como horario los días 5, 6, 8 y 9 de octubre de 2020 en horario de 9:30 a 14:30 horas y el miércoles 7 de octubre de 16:00 a 21:00 h. Dentro del horario cuenta con una hora diaria de ejercicios prácticos para realizar a través de una plataforma online. Contempla una duración total de 25 horas.

Se ofrecen 25 plazas, la inscripción podrá hacerse a través de este enlace. La fecha límite de inscripción es el 1 de octubre de 2020

Para más información:

Mail: cursos@columbares.org

Teléfono: 868 975 487

Móvil: 608 338 863

Esta acción se desarrolla en el marco del proyecto Estrategias de afrontamiento para combatir estereotipos y prejuicios xenófobos y discriminatorios de la población inmigrante que desarrolla Asociación Columbares y está subvencionada por el Fondo de Asilo, Migración e Integración, Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y la Dirección General de Integración y Atención Humanitaria.

ENLACE PARA INSCRIPCIONES:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSceD6_R2IW5JtrqoUUqY2X3dWHzYa5f5z_8iKGItBgd9D00Cw/viewform

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





EL TRIBUNAL SUPERIOR DE XUSTIZA DE GALICIA (TSXG) HA CONDENADO AL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

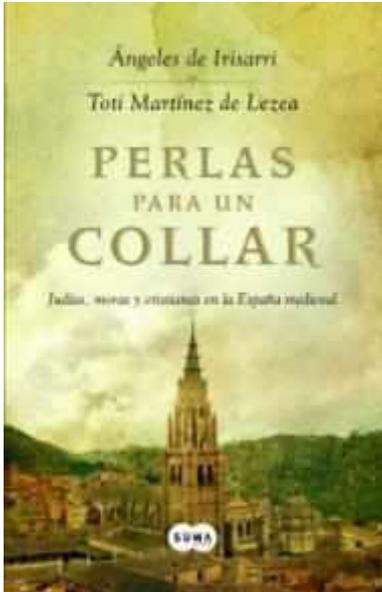
“El Tribunal Superior de Xustiza de Galicia (TSXG) ha condenado al Servicio Galego de Saúde a indemnizar con 70.000 euros a una familia de Porto do Son por mala praxis en el parto al no estar presente el ginecólogo y ser atendido únicamente por la matrona en el Hospital do Barbanza, a pesar de las complicaciones.

En el fallo consta que, a finales de 2015 en ese hospital ribeirense, y tras un “embarazo normal”, se presenta una “distocia de hombros muy grave” siendo el parto atendido únicamente por la matrona, sin ginecólogo. Por ello, la familia ha reclamado al Sergas y a la aseguradora por una “mala atención”, según su abogado, Cipriano Castreje. Así, tras el estudio de la historia clínica, la elaboración de informes de viabilidad y periciales se presentó la reclamación patrimonial, al principio desestimada por el Sergas y el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Santiago.

Por ello, la familia decide apelar al TSXG, y ahora su Sala de lo Contencioso Administrativo dictó, en una sentencia de 22 de junio de 2020, que “si bien en la fase previa al parto la actuación asistencial fue correcta; una vez manifestada la distocia de hombros, muy grave y que puede dejar graves secuelas en el recién nacido y en la madre, no se actuó conforme a la lex artis”.

En la sentencia se destaca la “evidente rapidez con la que actuó la matrona en este caso”, pero también que “el ginecólogo se encontraba dentro del hospital”, por lo que “no se alcanza a comprender la ausencia del mismo en el parto una vez producida esa situación”.

Fuente: El Correo Gallego



Os recomiendo un libro que recopila 30 cuentos escritos por separado por las dos autoras especialistas en novela histórica. En estos breves relatos se describen a mujeres medievales, cristianas, moras y judías que la Historia ha olvidado, salvo a la reina Toda de Navarra.

De entre ellas hay reinas, monjas, criadas, prostitutas... que, siempre en la ficción, vivieron en la época medieval inmediatamente después de la invasión musulmana y 1484, apenas una década antes de la expulsión de los judíos y musulmanes de España. Los relatos reflejan con exactitud las interrelaciones entre las tres culturas y las tres religiones y, además, cómo discurría la vida cotidiana de las protagonistas, ya fueran nobles o plebeyas.

Cada uno de las narraciones va titulado con el nombre de la mujer que lo protagoniza: Adosinda, Débora, Al-Shifa, Rajel ,Toda,... Ceti, la hija del médico judío que, contraviniendo la norma que prohibía la instrucción de las mujeres, se inició en el mundo de la medicina al lado de su padre médico y cumplió sus sueños de dedicarse a la medicina formándose en la Escuela Salernitana de medicina en la que sorprendentemente admitían a mujeres; un cuento muy especial es el de Fátima la partera

PERLAS PARA UN COLLAR

Autoras: Ángeles de Irisarri y Toti Martínez de Lezea

Año 2009

mora que atendió a la reina Isabel de Portugal. Este último es un relato en el que se mencionan a tres parteras, la cristiana Catalina, y las dos moras Urosol y la propia Fátima que da título al cuento.

La autora describe usos del parto y creencias particulares al respecto y a pesar de la circunstancia cierta de que las mujeres judías tenían prohibida la asistencia a las mujeres cristianas, ellas fueron solicitadas por la reina para sus partos.

Las autoras hicieron una gran labor documental buscando en testamentos, contratos de compraventa o papeles judiciales en busca de los rastros de estas mujeres, su vida y costumbres de la época. La conclusión de ambas es que entre mujeres moras, judías y cristianas la diferencia era la religión que profesaban, porque en realidad su vida era muy similar: no convivían tres culturas, sino una cultura con tres religiones.

Este libro es un auténtico gesto de determinación frente a la Ginopia, esa miopía o ceguera a lo femenino, el no ver a las mujeres, el no percibir su existencia ni sus obras; esa omisión, generalmente no consciente, naturalizada y casi automática, a la realidad de las mujeres. Toti y Ángeles dedican este libro a las mujeres, al margen del feminismo o reivindicación feminista y lo convierten en un atrayente y vívido retrato de la sociedad medieval que, casi seis siglos después, por la distancia que nos separa, resulta tan ajena como desconocida.

Rosa M^a Plata



MUY IMPORTANTE

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA

INFORMACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Todos los cursos, en modalidad presencial, que fueron programados para el año 2020:

- Actualización en atención primaria
- Anticoncepción
- Control de bienestar fetal intraparto
- Ecografía básica para matronas
- Duelo perinatal
- Recuperación de suelo pélvico
- Suturas y anudados
- Urgencias obstétricas

QUEDAN APLAZADOS POR TIEMPO INDEFINIDO HASTA QUE LA SITUACIÓN DE LA COVID-19 LO PERMITA.

Todas las personas interesadas serán informadas debidamente cuando se pueda garantizar la realización de los mismos.

www.aesmatronas.com



¡¡NUEVO APLAZAMIENTO!!

Mujer: tu salud es lo nuestro

CONGRESO
20 NACIONAL
DE MATRONAS
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

¡¡NUEVO APLAZAMIENTO
MARZO 2021!!



www.aesmatronas.com

XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS:

Nuevo aplazamiento
a marzo 2021



JUEVES MARZO 2021

TALLERES (Precongreso)

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

PROGRAMA PROVISIONAL DEL XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
Alicante, marzo 2021



JUEVES MARZO 2021

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

MARZO 2021

VIERNES, MARZO 2021

MARZO 2021 (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.
(Tarde)	VIERNES MARZO 2021 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 MARZO DE 2021

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 Escuriel. Matrón. Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna-URL. BRNA.

11:00h

PAUSA CAFÉ.

11:30h

MESA RESIDENTES

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

12:30h.

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

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

13:00h.

13:00h.	CONFERENCIA CLAUSURA: Las desconocidas aportaciones a la matronería de Florence Nightigale vigentes más de un siglo después.	Rosa M ^a Plata Quintanilla. Presidenta AEM.
---------	---	---

13:50h.

13:50h.	LECTURA DE CONCLUSIONES ENTREGA DE PREMIOS: Mejor comunicación. Mejor poster. ENTREGA PREMIOS “Maribel Bayón 2019”. PRESENTACIÓN DEL XXI Congreso Nacional de Matronas	Secretaria Ejecutiva Presidenta del Congreso Presidenta AEM
---------	---	---

14:30h.

FIN DE CONGRESO

+ de 42 AÑOS + de 42 LOGROS



www.aesmatronas.com



2020

AÑO INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA Y LA MATRONA



www.aesmatronas.com

