



En este 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:

- EL COMPROMISO PROFESIONAL

☐ ESPECIAL II:

- CURIOSIDADES HISTÓRICAS

☐ HEMOS LEÍDO QUE...

- CUANTO TIEMPO VIVE EL CORONAVIRUS EN DISTINTAS SUPERFICIES
- RESUMEN DEL DOCUMENTO DEL MS SOBRE ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN DE COVID-19

☐ MUY INTERESANTE:

- EL PAPEL DE LA VITAMINA D EN LA INFECCIÓN POR COVID -19
- UN ESTUDIO GENÉTICO MUESTRA QUE EL RIESGO DE PREECLAMPSIA ESTÁ RELACIONADO CON LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL IMC
- ABORDAJE DE ATENCIÓN A GESTANTES FUMADORAS
- CARTAS DE UNA MATRONA DE PUEBLO
- CURSO ON LINE SOBRE SALUD VAGINAL ACREDITADO Y GRATUITO
- CORONAPEDIA

☐ BREVES:

- ENCUESTA SOBRE CONTAMINANTES AMBIENTALES
- NOTICIAS DE SIMAES

☐ ENTREVISTA CON:

- M.^a TERESA DEL HIERRO GURRUCHAGA

☐ BUENAS NOTICIAS

- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- LA ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE MATRONAS DE ARAGÓN LUCHA POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES
- SIMAES Y AEM RECLAMAN AL MINISTERIO DE SANIDAD
- UN RELATO DE EMOCIONES
- I CONCURSO DE RELATOS ENFERMEROS
- LA SOCIEDAD CHILENA DE MATRONAS Y ULTRASONIDO CELEBRA SU V CONGRESO
- NUEVA PUBLICACIÓN SOBRE RECUPERACIÓN POSTPARTO

☐ LECTURA RECOMENDADA:

- LA MUJER COMO PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XIX

☐ AGENDA A.E.M. APLAZADOS

- CURSOS 2020
- XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



A pesar de las difíciles circunstancias actuales, esperamos que tengas
la mejor Navidad posible.

2020

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



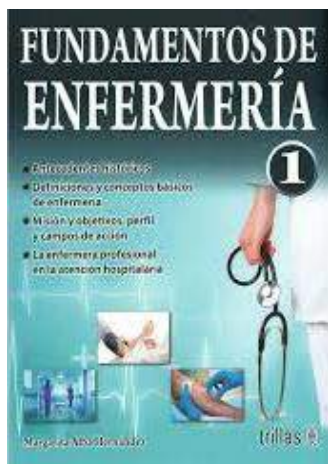
EL COMPROMISO PROFESIONAL

Son muchas las enfermeras que a lo largo de la historia han dejado, no sólo su impronta personal, sino toda una escuela con diferentes modelos de cuidado, desde Florence Nightingale hasta Virginia Henderson y otras muchas, en la que solo son los diferentes matices en los objetivos del propio cuidado las que diferencian las escuelas de enfermería en cada época dando lugar a los diferentes modelos¹ de cuidados que hoy en día conocemos.

Estos modelos de cuidado van desde centrando su salud en relación a su entorno (saludable) hasta los basados en las necesidades de la persona o en el cuidado transcultural y, el más actual, centrado en la persona.

Independientemente de sus diferentes visiones sobre el cuidado en salud-enfermedad, lo que siempre me he preguntado es ¿cómo unas enfermeras, en épocas donde las situaciones no eran las más favorables en casi ninguno de los sentidos, con guerras, miserias o donde las necesidades básicas escaseaban, son capaces de reaccionar y ser conscientes desde su profesión enfermera, de lo que en definitiva puede beneficiar o ayudar a la persona a vivir más sana o morir mejor? Creo que descubrí, en su momento, cuando estudiaba la asignatura de “Fundamentos de la Enfermería”, que todas tenían algo en común, ***todas estaban comprometidas con su profesión enfermera.***

De ahí que haya hecho esta introducción al tema que quiero compartir con las personas que por una razón u otra leen esta sección, “El compromiso profesional” o también podemos llamarlo “compromiso con la profesión”.



MARCO CONCEPTUAL

Como es habitual, debemos abordar el concepto para que todos sepamos de qué estamos hablando y no dé lugar a confusiones o a interpretaciones subjetivas (os confesaré que también es un buen recurso para no discutir si primero aclaramos de qué hablamos!!)

La palabra compromiso, según la RAE² en tres de sus acepciones significa “obligación contraída, palabra dada y por otro lado dificultad, embarazo, empeño”. Su origen viene de la palabra latina “compromissum”, verbo compuesto de dos vocablos “com” (con) y el adjetivo “promissum” que significa promesa, que ahora también toca definir porque si compromiso es “con promesa” para comprender bien el global de la palabra, deberemos conocer bien las partes de las que se compone.

El término promesa, según una de las tres acepciones de la RAE, la define *como expresión de la voluntad de dar a alguien o hacer algo por él. Ofrecimiento solemne que hace una persona de cumplir con rectitud y fidelidad un determinado deber, empleando para ello una fórmula fija*. Es de origen latino promissus y está compuesta a su vez por dos vocablos, “pro” (antes) y “missus” que es el participio del verbo mittere que se traduce por “arrojar” (arrojado).

Para cerrar el círculo, el COMPROMISO sería la acción resultante de hacer algo voluntariamente, con empeño (arroyo) y el deber de llevarlo a cabo, en beneficio de otro o de otros. La acción de quien “se compromete”, de quien da su palabra, pone en juego su honor o dignidad, de manera que si falla o incumple con su palabra, pierda credibilidad o respeto ante quien se comprometió, incluso a veces con consecuencias legales.





Así pues, el compromiso profesional, sería la acción de cumplir con un deber de quien ejerce una profesión, con el fin de mejorar la propia profesión y beneficiar a las personas implicadas en ella.

Hay diferentes ámbitos dónde el compromiso se puede entender como un juramento, como un contrato implícito, este es el caso de la Enfermería en general y de las Matronas, como enfermeras especialistas, en particular. Puede que no hagamos explícito ningún juramento hipocrático como los médicos, pero es implícito que una enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona), adquiere por un lado, un compromiso con el

cuidado de las mujeres y sus familias durante toda su etapa vital, por otro lado con ellas mismas, en ser las mejores cuidadoras y por supuesto, con la propia profesión que se ejerce con el fin de mejorarla aportando todos los conocimientos, habilidades y técnicas que se desarrollan con la investigación científica. Este compromiso conlleva obligaciones y asumir responsabilidades desde las más simples hasta las más complejas y que se aceptan cuando nos otorgan un título profesional que avala la profesión que ejercemos.

Si resulta que trabajamos para una empresa como es la sanidad pública, este compromiso se hace extensivo hacia la propia empresa que como objetivo tiene el éxito de sus fines, a saber, ofrecer una sanidad de calidad para todos los ciudadanos. Cierto es que la empresa también tiene sus propios compromisos con sus empleados, como es el cuidarlos, velar por su seguridad, ofrecerle formación que mejore los cuidados, remuneración económica que compense su trabajo entre otros.

El compromiso como valor ético, es un contrato que establece la propia persona para lograr el perfeccionamiento personal y comunitario en relación a la profesión, desempeño o actividad que realiza, es por ello que tenemos códigos éticos de enfermería y de matronas, ya que las actividades realizadas bajo nuestra profesión deben estar revestidas de ética y profesionalismo que la hace digna y respetuosa ante las personas que atendemos.



Y volviendo a las matronas, ¿os habéis preguntado las nuevas generaciones de matronas de los últimos 15-20 años, que hubiera sido de nuestra profesión si las matronas que os precedieron no se hubiesen comprometido con ella? Pues yo os lo diré, que posiblemente no habrían matronas en atención primaria, que muchas de las competencias que hoy tenemos no se contemplarían dentro de la formación académica, que seguiríamos siendo la mayor parte del tiempo subordinadas de un médico, sin la autonomía que tenemos en la atención de embarazo y parto normal y sobre todo, que si no fuera por ese alto compromiso que las convirtió en “guerreras”, sin más armas que el demostrar día a día qué era una matrona, no estaríamos ocupando un lugar como colectivo dentro de la enfermería, minoritario sí, pero muy valioso socialmente.

Siento algo de vértigo cuando veo que las profesionales que deciden ejercer una profesión como la nuestra, no reconocen a sus antecesoras, no hay un respeto por todo lo que aportaron y sobre todo, porque no hay un cuidado de los logros obtenidos.





Soy consciente de que queda mucho por hacer y mejorar para tener un buen futuro profesional. Y es en estos momentos que apelo al compromiso personal, como un valor ético ineludible de suma importancia ya que es aquel que permite al ser humano lograr sus objetivos o éxitos adquiriendo una sensación de plenitud. El compromiso logra que la mente y el ser humano trabaje de manera ardua para conseguir lo que se proponga, superando cualquier obstáculo que se presente en el camino hacia su meta, el logro de sus objetivos puede ser en un instante o durar toda una vida pero lo importante, es cumplir con el compromiso o responsabilidad que se adquirió sin dejar a un lado u olvidarse de su obligación.

CONCLUSIÓN

Dicen que la ausencia de compromiso conlleva trivialidad y no creo que nadie que no respeta su propia profesión y se sienta digna de ella deba pedir ningún reconocimiento a la sociedad. Decía una vieja amiga mía, que las cosas o las personas tienen el valor que uno les da u otorga, y es cierto, lo que uno no valora no puede transmitirlo como valioso. Y ¿qué hace falta para comprometerse con la profesión, más allá de los conocimientos técnicos?: sentir como propios los objetivos que ésta tiene, apoyar y tomar decisiones en pro de mejorarla, prevenir y superar los obstáculos que se nos presenten para el logro de nuestros objetivos, que como ya sabéis en nuestro camino no cesan de aparecer, y aunar esfuerzos para dar respuesta unificada, consensuada, a la sociedad que nos demanda, cada día más, lo mejor de todas y cada una de nosotras.

Para finalizar, como siempre, con un pensamiento de S. Lehman ***"el compromiso es lo que transforma una promesa en realidad, es la palabra que habla con valentía de nuestras intenciones, es la acción que habla más alto que las palabras, es hacerse al tiempo cuando no lo hay, es cumplir con lo prometido cuando las circunstancias se ponen adversas, es el material con el que se forja el carácter para poder cambiar las cosas, es el triunfo diario de la integridad sobre el escepticismo. Comprometerse y mantener los compromisos, son la esencia de la proactividad"***.



Y mi compromiso es, que a pesar de los avatares que tengamos que soportar y superar en el camino profesional, seguiré amando lo que hago procurando dar lo mejor de mí cada día.

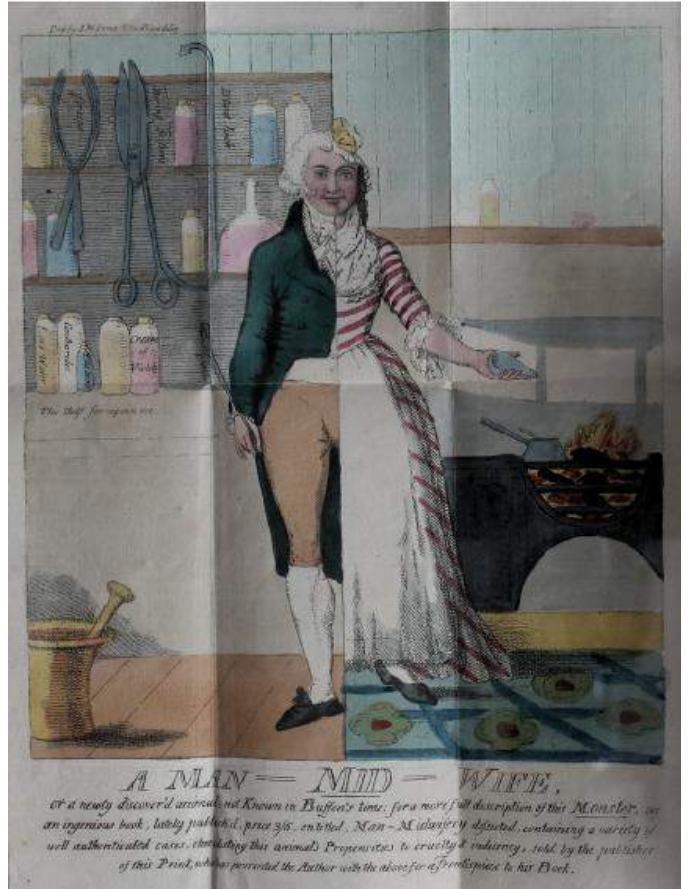
M.ª Isabel Castelló López
Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

Referencias:

- 1-Fundación Index. Clasificación de los modelos y teorías. Prof. Dr. Manuel Amezcua
- 2-Real Academia de la Lengua Española

CURIOSIDADES HISTORICAS. EL FORCEPS COMO INSTRUMENTO FUNDAMENTAL EN LA CAIDA DEL ESTATUS DE LAS MATRONAS

Hace muchos años que conozco este satírico grabado y siempre me quedaba la duda de qué es lo que está escrito bajo el dibujo, hasta que hoy que me he puesto a resolver este interrogante. A pie de imagen se lee "*Un hombre medio mujer (o, en un juego de palabras, un hombre-matrona aludiendo al término midwife con que se nombra a las matronas en inglés) o, un animal recién descubierto que no se conocía en la época de los bufones; para una descripción más completa de este monstruo, ver, un libro ingenioso recientemente publicado, precio 3/6 (3 peniques y 6 chelines), titulado, **Man-midwifery dissected** (Hombre partera diseccionado), que contiene una variedad de casos bien autenticados, esclareciendo las las propensiones de este animal a la crueldad e indecencia, vendido por el editor de este grabado, que ha presentado al autor lo anterior como frontispicio de su libro*".



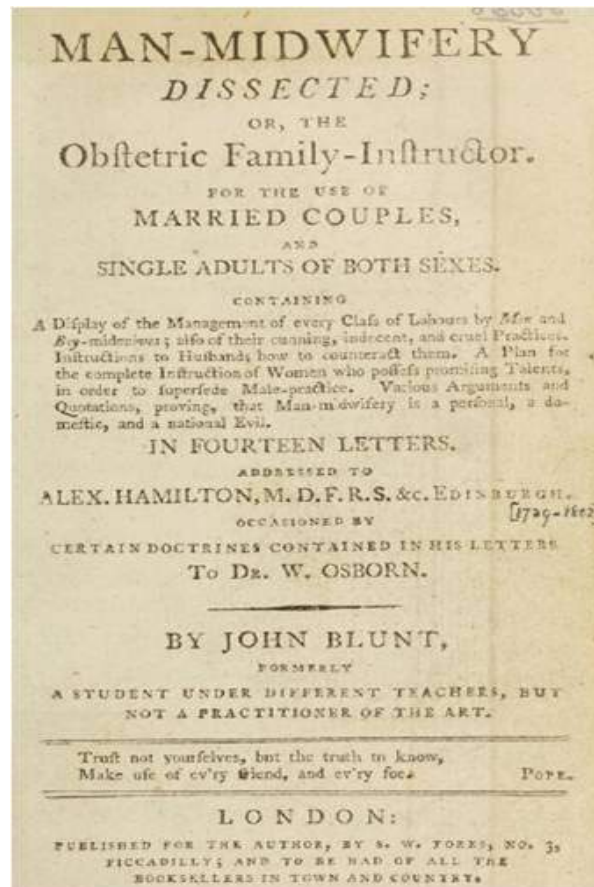
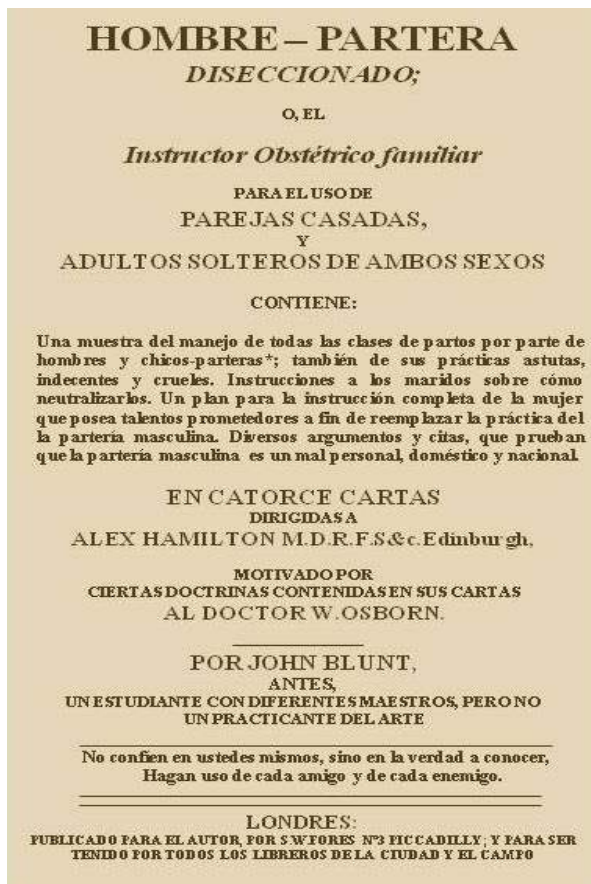
Volviendo a la caricatura hay que mencionar que tenía gran tamaño, por las marcas se ve que era un desplegable que sobrepasaba el tamaño de las hojas del libro; fue realizada por Isaac Cruikshank, pintor, grabador, ilustrador y caricaturista escocés conocido sobre todo por su sátira social y política. El artista muestra al "partero" como una especie de 'monstruo' híbrido que intenta cruzar la frontera entre los mundos masculino y femenino. La mitad izquierda representa un hombre elegante blandiendo un fórceps para extraer los fetos. En los estantes superiores de su despacho médico hay fórceps, ganchos, tijeras mientras que en el inferior se ven distintas botellas: 'Love Water', crema de violetas, eau de vie (aguardiente) y curiosamente una botella de cantáridas un estimulante con supuestas propiedades afrodisíacas.

Además de lo inaudito de esta colección de afeites personales entre los útiles de trabajo, la frase que utiliza el caricaturista debajo "*Este estante para mi propio uso*", induce a pensar que de alguna forma el dibujante les acusaba de aprovechar su trabajo para seducir a las mujeres. En contraste, la mitad derecha es una mujer partera en una escena doméstica acogedora donde se llevará a cabo el parto en casa.

El libro del que la imagen es frontispicio, *Man-midwifery dissected*, fue escrito por Samuel William Fores (1761-1838) bajo el seudónimo de John Blunt y promueve la "educación adecuada" de las parteras y hombres y mujeres comunes y corrientes. Blunt compara su propio trabajo con los manuales de conducta convencionales, insistiendo en que es más importante enseñar a las mujeres a "*preservar su propia vida*" que a "*brillar en un salón de baile*" o entender los "*halagos de un francés*".

Es curiosa la primera página del libro porque ya en ella desvela el autor sus intenciones y de forma general >

el contenido:



*Men and Boy-midwives, se refiere que se refiere a hombres maduros y hombres muy jóvenes en la asistencia del parto.

**ALEX HAMILTON médico escocés, cofundador de la Royal Society of Edimburgo, profesor de la escuela de partería de la Universidad de Edimburgo.

Desde Oriente a Occidente, todos los escasos vestigios historiográficos relacionados con el parto y nacimiento, sitúan exclusivamente a las matronas al lado de las mujeres asistiéndoles en el proceso. La excepción eran las ocasiones de los partos obstruidos que requerían de un ejecutor de obstetricia destructiva, en ausencia de la posibilidad de realizar una cesárea. Este fue el único papel reservado en el entorno de la asistencia al parto, a los hombres del entorno médico.

Estos roles se perpetuaron hasta bien entrado el siglo XVII hasta que en Francia el uso de parteros (accoucheurs) por Luis XIV para dar a luz a sus hijos ilegítimos, abrió la brecha por la que accedieron los hombres a la asistencia al parto y posteriormente se apropiaran del campo de la asistencia a la salud sexual y reproductiva de la mujer; posteriormente "la moda" aunque con menos vehemencia con la que se entronizó esta asistencia en el país galo, llegó a Inglaterra.

Los practicantes más famosos de Inglaterra fueron la familia Chamberlein uno de cuyos miembros (Peter) llegó a convertirse en cirujano de la reina atendiendo a las esposas de James I y Charles I en sus partos y probablemente

también este fuera el inventor de los fórceps obstétricos que celosa y egoístamente esta familia guardó en secreto durante la mayor parte de un siglo.

Inevitablemente el secreto acabó filtrándose muchos años después de su invención, eso sí, en ese momento el que su conocimiento se hizo del dominio público y a pesar de la controversia que acarreaban, su uso se limitó al de algunas matronas que vivían cerca de los Chamberlein en Essex y a unos pocos especialistas calificados como Smellie por ejemplo, que han dado en llamar el maestro de la partería británica.



Fórceps de Chamberlein. London
Royal College of Obstetricians and Gynecologists.

Fue probablemente la introducción generalizada en la década de 1720 de los fórceps lo que precipitó la rápida aceleración de la tendencia existente de la introducción de los hombres en el campo de la partería. Era cierto que los fórceps permitían el parto de niños vivos y mantener viva también a las mujeres en casos en que ambos hubieran podido fallecer, además de disponer de la posibilidad de acortar el tedioso trabajo de parto. Dada que la costumbre desalentaba el uso de instrumentos por parte de las parteras, esta circunstancia favoreció aún más la posición de los hombres y muchos barberos-cirujanos-boticarios se decantaron por la partería y se convirtieron en médicos de cabecera de muchas mujeres .

Para algunos men-midwives (hombres-parteras), el mismo hecho de entender el parto como un proceso mecánico les afirmaba en su supuesto derecho a utilizar instrumentos y en consecuencia, a erigirse en el profesional más adecuado para la atención del parto. De esta forma, fue calando en el imaginario colectivo que el médico "formado" representaba la nueva era ilustrada, mientras que las parteras, en cuyas filas se incluían muchas mujeres ignorantes, analfabetas y supersticiosas, parecían reliquias de un pasado atrasado y peligroso. Y es cierto que entre las parteras había ese corpúsculo de ignorancia, pero no es menos cierto que los hombres accedieron sin conocimientos previos, que existió la exclusión de las mujeres desde niñas empezando por la imposibilidad de acceso a las escuelas primarias, que enseñaban latín, cuyo conocimiento era la marca de distinción de una persona educada y utilizado en muchos textos médicos aún; hubo exclusión de las mujeres de las universidades y de las incipientes escuelas de enseñanza de la obstetricia, o cuando fueron incluidas, la enseñanza era desigual, lo que finalmente implicó una desventaja real de, en este caso, las matronas, en comparación con los hombres.

Un rápido boom demográfico en Europa fomentó aún más estos cambios sociales; a medida que la población crecía y las universidades aumentaban sus estudios de reproducción y anatomía, **el parto se convirtió en un dominio medicalizado y, por tanto, masculinizado.** Los estudios de casos, en lugar de la tradición oral de la experiencia en la asistencia, se convirtieron en el método preferido para formar a partir de ahí en el arte de partear.

En consecuencia los hombres fueron ganando terreno a pasos agigantados y gozando de un estatus social más alto que las parteras por muy exitosas que hubieran demostrado ser y fueran.

Muy conscientes de la amenaza para su sustento, las parteras contraatacaron, con la ayuda de simpatizantes tanto médicos, que los hubo, como personas ajenas al entorno médico. Estas argumentaron en contra de la asistencia de los hombres razones de modestia, la imposibilidad de saldar los más altos honorarios de ellos y, la escasez de asistentes masculinos para dar cobertura al país, especialmente fuera de las capitales. También difundieron que los hombres recurrían al uso innecesario de instrumentos para ahorrar tiempo y aumentar sus honorarios y, por lo tanto, eran responsables del aumento de la mortalidad materna e infantil, cosa que no fue de todo falso en muchos casos.

Por su parte , los men-midiwives (los accouchers en Francia) iniciaron una campaña en la que exageraron los peligros del parto, asustando a las mujeres haciéndoles creer que las medidas extraordinarias y, por lo tanto, la asistencia de los hombres eran más necesarias de lo que realmente eran, además de insistir en ser llamados a cada dificultad 'insignificante'. ¡Y ellos además hacían las leyes...!

A Francia e Inglaterra le siguieron el resto de los países del mundo, y las matronas **"sujetas a este juego sucio"** pasaron irremisiblemente a ser **"subalternas"** de la nueva clase médica cuando no les faltaban capacidades, aunque desde que el mundo es mundo se nos han venido negando .

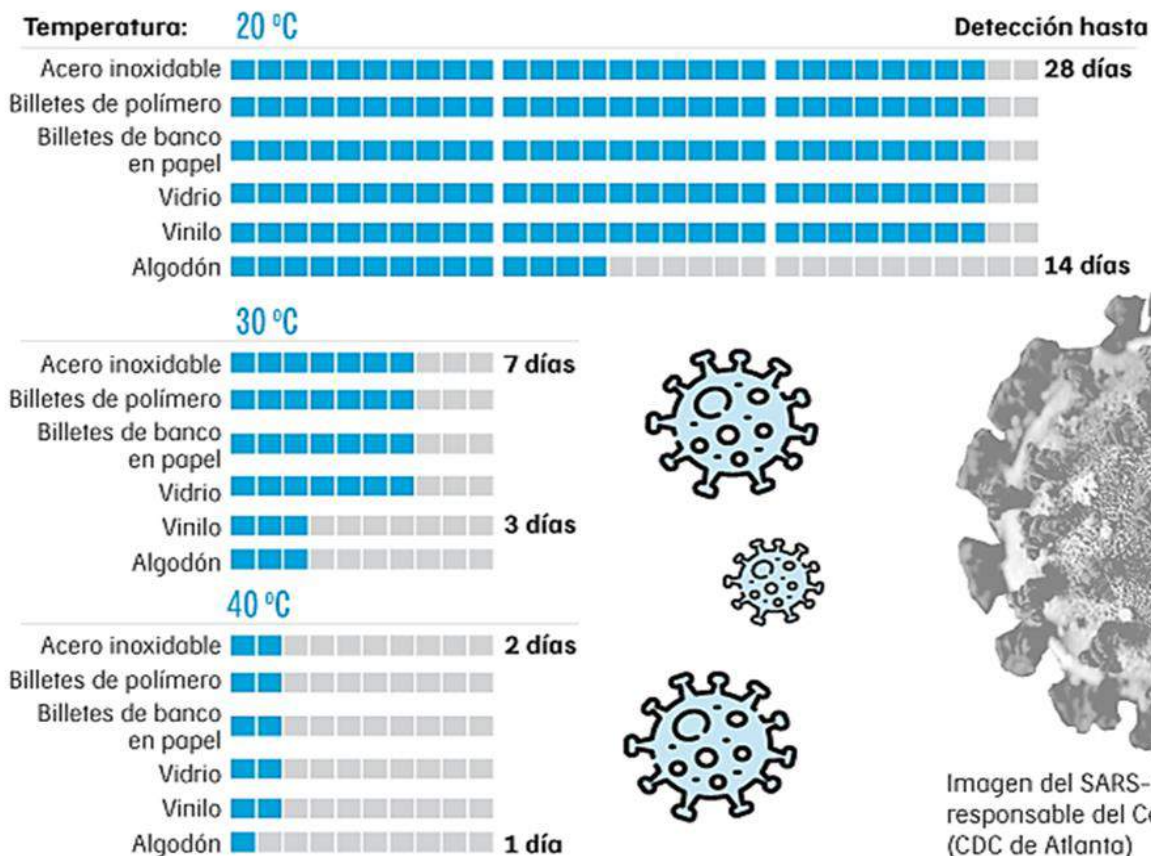
El Ministerio de Sanidad de España afirma que *"La violencia de género ha sido y sigue siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres"* y en estos días en que se celebra el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, no me cabe otra cosa que expresar lo que siento: que las matronas por ser mujeres (aunque ahora tengamos colegas hombres en la profesión, sin ninguna objeción) corrimos la suerte de ser históricamente unas maltratadas, el problema es ... ¡ que en muchos aspectos lo seguimos siendo!

Rosa Mª Plata Quintanilla
Matrona



¿CUANTO TIEMPO SOBREVIVE EL CORONAVIRUS EN DISTINTAS SUPERFICIES Y CONDICIONES?

en superficies como los billetes o teléfonos durante 28 días



Condiciones del estudio

- ▶ Ausencia de luz ultravioleta
- ▶ Nivel fijo de carga viral, que correspondo al pico infeccioso
- ▶ Humedad constante
- ▶ No prueba que la cantidad de virus remanente sea suficiente para infectar a una persona

Fuente: AFP Adpatación: Infografía ETCE



RESUMEN DEL DOCUMENTO DE ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN DE COVID-19 DEL MINISTERIO DE SANIDAD



El objetivo general de la Estrategia de Vacunación COVID-19 en España es reducir la morbilidad y la mortalidad causada por esta enfermedad, protegiendo a los grupos más vulnerables mediante la vacunación frente a COVID-19 en un contexto de disponibilidad progresiva de vacunas.

Los objetivos operativos son cuatro:

1. Establecer un orden de prioridad de grupos de población a vacunar, teniendo en cuenta criterios científicos, éticos, legales y económicos, en una situación de disponibilidad progresiva de dosis de vacunas. Es necesario considerar la protección de los grupos con mayor vulnerabilidad y aquellos en los que nuestro ordenamiento jurídico ha asumido un deber específico reforzado de protección.
2. Preparar los aspectos fundamentales relacionados con la logística, la distribución y la administración de las vacunas que estén disponibles para España en los próximos meses.
3. Establecer las líneas prioritarias para el seguimiento y la evaluación de la vacunación, incluyendo la cobertura, seguridad y efectividad de las vacunas, así como su impacto en la epidemiología de la COVID-19, que permita ir evaluando y adaptando la estrategia para conseguir el máximo beneficio poblacional.
4. Preparar los aspectos clave para el desarrollo de una estrategia de comunicación dirigida al personal sanitario y a la población general, que ayude a obtener información adecuada y veraz, a establecer confianza en el proceso de autorización y utilización de la/s vacunas, en la población para lograr una alta cobertura.

La elaboración de la Estrategia de Vacunación COVID-19 en España es un mandato del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), órgano colegiado de sanidad en el que participan los consejeros de sanidad de las comunidades y ciudades autónomas y el Ministro de Sanidad.

El pasado 9 de septiembre el Pleno del CISNS aprobó una declaración de Actuaciones Coordinadas en materia de Salud Pública que acordó:

- La puesta en marcha de una estrategia de vacunación común para todos los territorios, elaborada de forma conjunta teniendo en cuenta la opinión de expertos en bioética y de sociedades científicas, aprobada por el Pleno del CISNS.
- La disposición por parte de las comunidades autónomas de los equipos, recursos y materiales necesarios para la administración de las vacunas que provea el Ministerio de Sanidad.
- La creación de un Registro estatal de vacunación COVID-19 por parte del Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades y ciudades autónomas, que se nutrirá con la información procedente de los registros y sistemas de información de vacunas, o de cualquier otro sistema con información de interés de las comunidades y ciudades autónomas.





ESTADO ACTUAL DE LAS VACUNAS

FARMACÉUTICA	PLATAFORMA	ESQUEMA VACUNAL	DOSIS ELEGIDA	DESARROLLO CLÍNICO
OXFORD/ ASTRA-ZENECA	Adenovirus de chimpancé no replicante que vehiculiza la proteína S	2 dosis: 0-28 días	1 dosis de 0.5ml IM	Fase III: UK, Brasil, Sudáfrica y EEUU, entre otros.
BION-TECH/ PFIZER	ARNm que codifica la proteína S encapsulada en nanopartículas lipídicas	2 dosis: 0-21 días	1 dosis de 0.3ml IM	Fase III: EEUU, Brasil y Argentina, entre otros.
J&J/JANSSEN	Adenovirus humano 26 no replicante que vehiculiza la proteína S	1-2 ⁸ dosis: 0-56 días	1 dosis de 0.5ml IM	Fase III: EEUU, Argentina, Brasil, Filipinas, España, entre otros.
SANOFI/GSK	Proteína S purificada con el adyuvante AS03	Dos dosis: 0-28 días	1 dosis de 0.5ml IM	Fase I/II: EEUU. Fase III prevista en diciembre
MODERNA	ARNm que codifica la proteína S encapsulada en partículas lipídicas	Dos dosis: 0-28 días	1 dosis de 0.5ml IM	Fase III: EEUU.
NOVAVAX	Nanopartícula de proteína S con saponina Matrix-M1 como adyuvante	Dos dosis: 0-21 días	1 dosis de 0.5ml IM	Fase III: UK.
CUREVAC	ARNm que codifica una forma estabilizada de proteína S encapsulada en nanopartículas lipídicas	Dos dosis: 0-28 días	1 dosis de 0.6ml IM	Fase I: Bélgica y Alemania, y otros. Fase II: Perú, Panamá, y otros.





ESTADO DE LAS NEGOCIACIONES Y CALENDARIO DE PREVISTO

FARMACÉUTICA	CONTRATO UE	TOTAL DOSIS	DOSIS PARA ESPAÑA	CALENDARIO DE APROBACIÓN PREVISTO
OXFORD/ ASTRA-ZENECA	Contrato firmado en agosto 2020	300 M (+100 M opcionales)	31.555.469 dosis	Rolling review iniciado en octubre 2020
SANOFI/GSK	Contrato firmado en septiembre de 2020 (derecho de adquisición)	300 M	Se decide cuando finalice la fase I/II	2021
BION-TECH/ PFIZER	Contrato firmado en noviembre 2020	200 M (+100 M opcionales)	20.873.941 dosis	Rolling review iniciado en octubre 2020
J&J/JANSSEN	Contrato firmado en octubre 2020	200 M (+200 M opcionales)	Pendiente*	2021
CUREVAC	Acuerdo cerrado, pendiente de firma	225 M (+180 M dosis opcionales)	Pendiente*	2021
MODERNA	Negociación muy avanzada	80 M (+80 M opcionales)	Pendiente*	Rolling review iniciado en noviembre 2020
NOVAVAX	Negociación en curso	-	-	2021

Dado que las primeras vacunas frente a COVID-19 estarán disponibles en cantidad limitada, e irán aumentando progresivamente, se han delimitado tres etapas según la disponibilidad en cada momento.

Primera etapa. Suministro inicial y muy limitado de dosis de vacunas.

Segunda etapa. Incremento progresivo del número de vacunas que permitirá ir aumentando el número de personas a vacunar.

Tercera etapa. Aumento en el número de dosis y de vacunas disponibles para cubrir a todos los grupos prioritarios.

En base a esta evaluación se ha establecido la siguiente priorización de grupos para la primera etapa:

1. Residentes y personal sanitario y sociosanitario en residencias de personas mayores y con discapacidad.
2. Personal sanitario de primera línea.
3. Otro personal sanitario y sociosanitario.
4. Personas con discapacidad que requieren intensas medidas de apoyo para desarrollar su vida (grandes dependientes no institucionalizados).

EL PAPEL DE LA VITAMINA D EN LA INFECCION POR COVID -19

Hace unos años, el médico especialistas en enfermedades respiratorias Adrián Martineau de la Universidad Queen Mary de Londres y sus colegas, analizaron datos de aproximadamente 11.000 participantes en 25 ensayos que probaron el efecto de la suplementación con vitamina D sobre el riesgo de contraer una infección aguda del tracto respiratorio como la Influenzavirus y determinaron que tomar una dosis diaria o semanal de vitamina D protegía contra las infecciones y era seguro en general. Las personas con los niveles iniciales más bajos de vitamina D se beneficiaron más de la suplementación. Este descubrimiento, a falta de cura o vacuna de COVID-19, ha motivado a muchos científicos a investigar si la Vitamina D puede reducir el riesgo de infección por COVID-19 o la gravedad de la enfermedad.

Pero aunque algunos estudios recientes han sugerido un vínculo entre los niveles bajos de vitamina D y un mayor riesgo de contraer la enfermedad, los expertos dicen que no es suficiente para demostrar que la vitamina D en sí misma protege contra la enfermedad, o si otros factores están influyendo.

Un estudio, publicado el 3 de septiembre en JAMA Network Open (Association of Vitamin D Status and Other Clinical Characteristics With COVID-19 Test Results) , encontró que el riesgo de infección por COVID-19 en personas con deficiencia de vitamina D era casi dos veces mayor que en personas con niveles suficientes de la vitamina. Otro reciente estudio publicado en el Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism (Vitamin D in Hospitalized Patients with Sars -CoV-2 Infection) desarrollado por un equipo del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, ha analizado el debatido papel de la vitamina D en pacientes infectados por COVID -19 encontrando que de los pacientes con COVID-19, el 82% tenía deficiencia de vitamina D en comparación con el 47% de los pacientes de control, una diferencia estadísticamente



COVID-19. Lo que plantea la duda a los investigadores de si es el COVID-19 el que causa el bajo nivel de Vitamina D o por el contrario, podría ser una consecuencia de la infección.

Debido a que el estudio de la Universidad de Chicago fue observacional (los participantes no fueron asignados al azar para tomar vitamina D o no), no puede probarse que la deficiencia de vitamina D aumente el riesgo de COVID-19.

Mientras se concluyen un buen numero de estudios relacionados surge la pregunta de si las personas, deberíamos comenzar a consumir suplementos de Vit. D. El consejo de Martineau sería sí, pero solo si aún no cumplen con las pautas actuales para la ingesta de vitamina D de los alimentos.

En España, se han descrito concentraciones de 25OHD por debajo de 20ng/ml en un 80-100% de las personas, en individuos mayores de 65 años y en población menor de 65 años el déficit alcanza al 40% de la población española. Esta aparente paradoja de concentraciones bajas de vitamina D en España se ha querido explicar por el escaso aporte dietético, la protección a la exposición solar en los meses de verano y porque la mayor parte de España está por encima del paralelo 35° N, donde la posibilidad de sintetizar vitamina D es escasa en invierno y primavera.

Seguir las recomendaciones tendrá beneficios



para los huesos y los músculos, y hay una posibilidad, tal vez, de que también pueda tener algún beneficio contra el COVID-19, aunque eso sigue sin estar probado". Se advierte de que no se recomienda que las personas comiencen a tomar dosis más altas de la vitamina en ausencia de más datos sobre cómo se relacionan la dosis y el riesgo de COVID-19. **Hay que tener en cuenta que demasiada vitamina D puede provocar un exceso de calcio en la sangre y, en casos graves, daño a los órganos, por lo que es esencial ingerir la dosis recomendada.**

GRUPO DE EDAD	REQUERIMIENTOS MEDIOS ESTIMADOS (UI/DÍA)	APORTE DIETÉTICO RECOMENDADO (UI/DÍA)	NIVEL SUPERIOR DE INGESTA TOLERABLE (UI/DÍA)
0-6 meses	400	400	1.000
6-12 meses	400	400	1.500
1-3 años	400	600	2.500
4-8 años	400	600	3.000
9-70 años	400	600	4.000
> 70 años	400	800	4.000

Adaptada del Institute of Medicine estadounidense por el Grupo de Trabajo de Osteoporosis y Metabolismo Mineral de la SEEN.

Redacción

UN ESTUDIO GENÉTICO MUESTRA QUE EL RIESGO DE PREECLAMPSIA ESTÁ RELACIONADO CON LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL IMC

La preeclampsia, generalmente diagnosticada por aumento de la presión arterial y proteínas en la orina, afecta hasta al 5% de las mujeres embarazadas. Contribuye en todo el mundo a la muerte de aproximadamente 50000 mujeres y hasta un millón de bebés al año. La condición también se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares entre las madres y sus hijos en el futuro. Existe un riesgo hereditario, y las mujeres con antecedentes familiares de preeclampsia tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

En el estudio InterPregGen, investigadores del Reino Unido, Islandia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Kazajistán y Uzbekistán estudiaron cómo la variación genética materna influye en el riesgo de preeclampsia. El equipo estudió la composición genética de 9.515 mujeres preeclámplicas y 157.719 individuos de control. Los resultados, publicados en Nature Communications, señalaron variantes de ADN en los genes ZNF831 y FTO como factores de riesgo de preeclampsia. Estos genes se han asociado previamente con la presión arterial y la variante FTO también con el índice de masa corporal. Un análisis posterior reveló otras variantes relacionadas con la presión arterial en los genes MECOM, FGF5 y SH2B3 que también se asocian con la preeclampsia. Estas variantes aumentan el riesgo de preeclampsia en un 10-15%.

El estudio también muestra que la predisposición genética general a la hipertensión es un factor de riesgo importante para la preeclampsia y, por lo tanto, una gran cantidad de variantes, cada una con un efecto pequeño, también pueden contribuir al riesgo. Estos resultados actuales complementan los hallazgos anteriores de los mismos investigadores,



quienes demostraron que una variante cercana al gen FLT1 en el genoma fetal afecta el riesgo de las madres de desarrollar preeclampsia.

Los genes identificados hasta ahora encajan perfectamente con otros conocimientos actuales sobre la preeclampsia, ya que la hipertensión y la obesidad son factores de riesgo materno conocidos. Este estudio muestra que estas asociaciones se explican en parte por predisposiciones heredadas. Sin embargo, solo explican una parte del riesgo de preeclampsia. Queda por ver si los factores restantes no identificados actúan a través del genoma materno o fetal, o ambos.

Los nuevos conocimientos de este estudio podrían formar la base para una prevención y un tratamiento más eficaces de la preeclampsia en el futuro y mejorar el resultado del embarazo para la madre y el hijo. También podrían alentar a matronas y médicos a realizar un seguimiento más detenido de las mujeres que han tenido preeclampsia".

Redacción

ABORDAJE DE ATENCIÓN A GESTANTES FUMADORAS



En el Infomatronas del mes de octubre pudimos descubrir aspectos no siempre conocidos sobre la difusión del hábito del tabaco en general y, específicamente, en las mujeres. Los detalles más escabrosos sobre la publicidad del tabaco nos sorprendieron, aún más si cabe, en el pasado número de noviembre en el magistral artículo de Rosa María Plata. Ya conocido en contexto, llega el momento de comenzar el cambio aportando cada cual nuestro granito de arena.

Si el consumo de tabaco en las mujeres tiene matices respecto a los hombres, el consumo en las embarazadas tiene muchísimos matices que debemos conocer para poder abordarlo de la mejor manera o por lo menos, la más adecuada a la situación concreta.

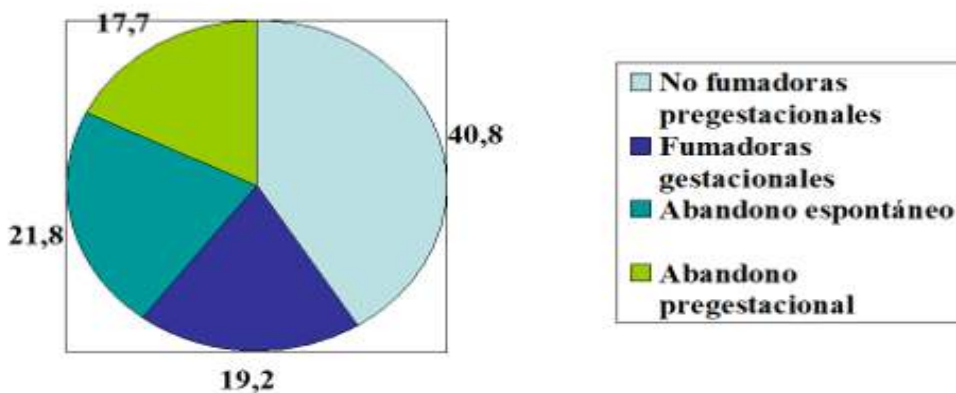
Nivel de consumo

El consumo de tabaco específicamente en las

mujeres embarazadas está muy bien recogido en un estudio multicéntrico que se desarrolló en Andalucía entre los años 2007 y 2012 en un total de 40 centros de salud de toda la comunidad, incluyendo a más de 1800 gestantes. Se estudió el consumo de tabaco en gestantes en tres momentos del embarazo y tras el parto. Se basaba en el consumo declarado por la gestante, los niveles de monóxido de carbono en aire espirado y los niveles de nicotina en orina. La prevalencia de consumo media fue del 21,6 %, bajando del 30% del principio del embarazo al 15% al final del embarazo y volviendo a subir en el puerperio al 17%.

Un dato muy interesante de este estudio es que en base al consumo declarado y los otros datos objetivos, nos encontramos con un nivel de ocultación de cerca del 20%. Esto quiere decir que aproximadamente una de cada 5 embarazadas fumadoras nos aporta datos falsos sobre su consumo.

CONSUMO DE TABACO DECLARADO DURANTE EL EMBARAZO





Consecuencias del consumo en el embarazo

Existe un alto número de problemas de salud relacionados con el consumo del tabaco durante el embarazo tanto directamente sobre la salud de la gestante como la del hijo:

- Incremento de incidencia de complicaciones obstétricas
- Objetiva reducción de peso al nacer
- Aumento de incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante
- Más infecciones
- Mayor índice de portadoras de estreptococo del grupo B
- Aumento de incidencia de asma y síntomas respiratorios en el bebé
- Aumento de incidencia de labio leporino con o sin fisura palatina.

Podemos encontrar muchos más problemas asociados al consumo. Aunque la embarazada no los conozca en profundidad, ya sabe de esos efectos perniciosos como consecuencia de su consumo. Por lo tanto, informar repetidamente de este tipo de problemas en mujeres que no tienen una actitud clara de abandono del hábito puede tener incluso un efecto contrario al que buscamos.

Se sabe que una de las razones por las que consume el tabaco la población en general, y ya hemos visto que, en las mujeres en mayor medida, es la reducción del estrés. Si informamos sistemáticamente de estos problemas en una gestante que continúa fumando estamos generando un estrés que puede inducir a mayores índices de consumo.

Mitos sobre el tabaco en el embarazo

Sí que resulta importante dejar claro la falsedad de los mitos asociados al consumo de tabaco durante el embarazo:

- **Fumar menos de 5 cigarrillos al día no hace daño:** De hecho, muchos profesionales recomiendan fumar menos de esa cantidad, en

lugar de recomendar su abandono. Si conocemos la dificultad que entraña el abandono del hábito tabáquico sabemos que dejar una posibilidad de consumir tabaco durante el embarazo va a hacer muy poco probable que se produzca su abandono.

Además, está comprobado que en gestantes fumadoras que reducen su consumo al principio del embarazo conforme avanza la gestación lo van aumentando y en ocasiones, pueden llegar a fumar prácticamente lo mismo que fumaban antes de la gestación.

- **La ansiedad que produce el síndrome de abstinencia es más perjudicial que fumar:** Es una de las razones por las que se recomienda en determinados medios fumar menos de una cantidad determinada, y no su abandono. No está demostrado que esa ansiedad pueda provocar ningún tipo de problema. De hecho, grandes fumadoras que abandonan el hábito al principio del embarazo no tienen ningún problema ni obstétrico ni fetal. Por el contrario, las fumadoras que continúan con el hábito sí que los tienen.
- **Otras mujeres fumadoras han terminado un embarazo sin ningún problema:** Como hemos podido comprobar dentro de los efectos perniciosos del tabaco a lo largo de los años, en el desarrollo infantil pueden aparecer problemas que no siempre asocian al tabaco sus padres o incluso los profesionales cuando realizan las anamnesis, si no se pregunta sobre este tema no se conoce, lo que puede retrasar el acierto en el diagnóstico y el por lo tanto, el correcto tratamiento.

Motivos por el que las embarazadas dejan de fumar:

1. La conciencia del riesgo real que supone el consumo del tabaco para su propia salud y la de su hijo-a.
2. Ser conscientes de la dependencia de este





hábito y querer cambiar esta situación.

3. La percepción de los beneficios que supone dejar de fumar. Esta suele ser la causa menos importante, básicamente porque el entorno relativiza estos beneficios de la misma forma que relativiza los efectos perjudiciales que genera su consumo. Habitualmente los propios fumadores del entorno justifican su propio consumo reforzando el consumo de otros fumadores, incluidas las embarazadas.

4. Autoeficacia percibida. La mujer que abandona el tabaco aumenta su autoestima de forma considerable especialmente durante el proceso de gestación, consciente de la ayuda que supone para la salud de su propio hijo o hija.

5. Por las normas sociales y el apoyo del entorno. Este punto tiene una gran influencia en las gestantes porque, al margen de los beneficios personales que tiene el abandono del hábito del tabaco, la mayor parte de las personas del entorno rechazan su consumo durante la gestación. Esto no significa necesariamente que el entorno ayude a la gestante al abandono del hábito y en ello incluimos a la propia pareja.

6. Las habilidades de afrontamiento de la propia gestante para superar el proceso desde su deshabituación. Directamente conectado con el punto anterior, las habilidades aparecen de forma directamente proporcional a un verdadero apoyo del entorno.

Motivos porque las gestantes NO dejan de fumar

1. El proceso de deshabituación del tabaco, asociado a su dependencia psicológica y física, ocasionalmente genera altas dosis de irritabilidad, estrés y ansiedad. Esto lo hace difícil para tomar una decisión de forma firme.

2. La adicción elevada y el miedo al síndrome de

abstinencia. Evidentemente esta adicción y el miedo correspondiente están asociados a la mayor cantidad de cigarrillos consumidos de forma habitual. No necesariamente una mayor cantidad de consumo se asocia al mantenimiento del mismo, puesto que gestantes que tienen un consumo relativamente bajo lo siguen manteniendo durante la gestación. Esto tiene mucho más que ver con la actitud que con el nivel de consumo.

3. La baja percepción de riesgo. Volvemos de nuevo a encontrarnos con la influencia del entorno. Si el grupo al que pertenece la gestante relativiza los riesgos, el sacrificio que supone el abandono del tabaquismo se considera que es demasiado alto para el beneficio que se consigue.

4. La presión social. En los entornos y en la familia donde el consumo de tabaco está generalizado, la mujer tiene serias dificultades para conseguir el objetivo de deshabituación.

Abordaje terapéutico para la deshabituación durante la gestación

De nuevo el sesgo del género se puede vislumbrar en las opciones que se presentan a las embarazadas. Para el abordaje del tabaquismo a nivel general existen varios tratamientos farmacológicos. Los más habituales son: la terapia sustitutiva de nicotina, la vareniclina y el bupropion.

Ninguno de estos tratamientos farmacológicos resulta seguro en la gestante. El nivel de evidencia debería valorar los riesgos frente a los beneficios, de forma que ciertos medicamentos, de forma controlada, durante un tiempo limitado, y con la finalidad a corto y/o medio plazo del abandono definitivo, tanto del consumo de tabaco como de fármacos, fueran una opción segura. Sin embargo, durante la gestación, se rechaza cualquier tratamiento farmacológico que pueda ayudar a conseguirlo.

Por lo tanto, nos encontramos con un nuevo hándicap a la hora de tratar el tabaquismo ➤



durante la gestación. Lo único que nosotros podemos hacer ante esta situación es hacer: intervención **básica, avanzada grupal o avanzada individual**. También se usan para el apoyo no farmacológico otras terapias como la acupuntura, la auriculopuntura o la hipnosis.

Ante la proporción de gestantes que no abandonan el consumo de tabaco desde el comienzo del embarazo, la evidencia recomienda, como medida ideal para evitar el tabaquismo en la gestación, la implantación de estrategias para evitar el consumo de forma previa a la propia gestación, mediante:

- La reducción de la iniciación del hábito en los jóvenes
- La prevención de la venta de tabaco
- La prohibición del tabaco en espacios públicos
- Implementación de programas para el abandono del tabaco en el trabajo
- La prohibición de la promoción del tabaco en eventos culturales y deportivos

Recomendaciones para el abordaje en la atención a la gestante fumadora

De forma general, de entrada, sería deseable:

- Generalizar o normalizar la atención a mujeres con hábito de tabaquismo. De esta forma podríamos acercarnos a las recomendaciones de la evidencia de reducir el tabaquismo de forma previa a la propia gestación.

- Integrar la atención al tabaquismo en todos los programas materno-infantiles implicando a todos los profesionales que participan en esos programas, atención multiprofesional.
- Implicar siempre a la pareja en la atención al tabaquismo en el embarazo. La pareja juega un papel determinante si es o no consumidora.
- Focalizar en la prevención de las recaídas en el postparto.

De forma más específica en las gestantes, y por supuesto en cualquier otra mujer fumadora, se recomienda que se siga la regla de las **5 "A"**.

1) **Averiguar (Ask)** si la persona fuma. Aunque se trate del primer paso, la forma de preguntar marca una diferencia. No es igual preguntar con estilo inquisidor que preguntar para buscar una oportunidad empática. Puesto que sabemos que la mayor parte de las gestantes disminuyen o abandonan el consumo, preguntar por el consumo previo antes que por el actual permite que reforcemos una conducta saludable. La conducta saludable para reforzar no es sólo la reducción o el abandono. También hay que reforzar no haber fumado antes.

El nivel de consumo debe registrarse para poder hacer un seguimiento, ya sea la propia matrona u otros profesionales.

Para conocer el deseo de cambio se puede usar un instrumento validado y de uso habitual como es el test de Richmond.

Test de Richmond

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?
3. ¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?
4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?

0-6

▪ Motivación baja

7-9

▪ Motivación moderada

10

▪ Motivación alta



Para hablar del tabaco, igual que con cualquier otro aspecto personal, es imprescindible solicitar el permiso de la mujer. Sólo si da este permiso se puede continuar, y si no lo diera debemos quedar a su disposición para abordar este tema cuando ella lo crea conveniente.

La propia matrona debe ser consciente de la repercusión que puede tener sobre ella misma, como profesional, cada fumadora que continúa con el hábito durante la gestación. En ocasiones, nuestra actitud también se modifica y generamos cierto rechazo, especialmente cuando se reduce poco o nada el consumo. Como un ejercicio de automotivación, es recomendable buscar un aspecto positivo en estas gestantes: acude puntual a cada consulta, cuida su peso, toma su suplemento de yodo y vitaminas, se preocupa por los cambios que aparecen, etc.

Este punto de referencia permitirá que la matrona se encuentre más motivada para continuar trabajando en la deshabituación.

Para conocer el grado de dependencia física a la nicotina se usa el test de Fagerström.

Se pueden solicitar información sobre el hábito tabáquico y de otros datos de interés, historia actual de consumo (número de cigarrillos/día, años que lleva fumando, grado de dependencia a la nicotina, intentos previos, y motivos de las recaídas).

2) **Aconsejar (Advise).** El consejo debe de ser sistemático y oportunista, firme, serio, breve, personalizado y motivador, enfocado sobre todo a los múltiples beneficios que la gestante podrá obtener al abandonar el tabaco.

3) **Apreciar (Asses).** Reconocer la actitud, valorando la motivación y la disposición de la persona fumadora para dejar de fumar y, dependiendo de ello, ofrecer la intervención más adecuada. Los cuatro estadios para el proceso de cambio son:

a) *Estadio Precontemplativo:* información, consejo, ofrecer nuestro apoyo y entregar material correspondiente. La finalidad es que comiencen a reconocer los riesgos si antes no lo habían hecho y tomen conciencia de que tienen un problema.

Pregunta	Respuesta	Puntaje
1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos 11 a 20 21 a 30 31 o más	0 1 2 3
2.- ¿Cuánto tiempo pasa, desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos 6 a 30 minutos 31 a 60 minutos más de 60 minutos	3 2 1 0
3.- ¿Fuma más en las mañanas?	SI NO	1 0
4.- ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde esta prohibido?	SI NO	1 0
5.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero del día Cualquier otro	1 0
6.- ¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en cama?	SI NO	1 0
	Puntaje Total	

Puntaje: 0 - 3 Dependencia baja
4 - 6 Dependencia moderada
7 - 10 Dependencia alta.



Un grave riesgo en este estadio es crear resistencias. Por ello, debemos respetar la receptividad de la gestante, informando, aconsejando o entregando material en función de lo que ella permita. Superar ese límite puede evitar que pueda abordarse el problema ahora o en el futuro.

b) Estadio Contemplativo: información, consejo, ofrecer nuestra ayuda y las posibilidades de tratamiento, entrega de material (guía y consejos para dejar de fumar), seguimiento en próximas visitas. La finalidad es producir un cambio que desemboque en un intento de abandono. En este estadio podemos ser mucho más activos y útiles. Aquí la formación es fundamental para conseguir nuestros objetivos comunes.

c) Estadio Preparación para la Acción: Además de ofrecer nuestra ayuda hay que realizar una oferta terapéutica personalizada, valorando la conveniencia de iniciarlo en ese mismo momento. En esta fase, una información motivadora puede bastar para que haga un intento serio por sí misma.

d) Estadio de cambio: Es el momento más importante para “estar ahí”. No todos los intentos son exitosos y debemos seguir apoyando la actitud de cambio.

e) Mantenimiento: Una vez hecho el cambio, hay que seguir apoyando y revisando periódicamente los aspectos positivos y las situaciones de riesgo vividas de forma cotidiana.

f) Recaídas: No son las más frecuentes en la gestación, pero sí se presentan habitualmente tras el parto o la lactancia. Un buen seguimiento puede evitarlas. A pesar de volver al consumo, no suelen regresar al estadio precontemplativo, y hace más fácil abandonar el tabaquismo.

4) Ayudar (Assist). Llegados a este punto, la labor del o de la profesional será ayudarlo en el proceso de abandono del tabaco, estableciendo un plan personalizado. Las actividades para realizar serían:

a) Establecer conjuntamente el día “D”, es decir, el día elegido para dejar de fumar. Se recomienda buscar una fecha propicia para la persona, evitando situaciones y/o acontecimientos estresantes cercanos, realizando algún cambio en su conducta los días previos al abandono como: reducir el

consumo, autorregistro, no aceptar ofrecimientos, etc

b) El siguiente paso será solicitar ayuda y colaboración por parte de las personas de su entorno.

c) Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia, desmontando falsas creencias acerca de los mismos y ofrecer consejos útiles para en el caso de que aparezcan sean más llevaderos.

d) Junto a estas directrices, debemos proporcionar material adecuado que sirva de apoyo e información (Folletos, Guías, etc.).

e) Valorar la conveniencia de tratamiento farmacológico adaptado a cada caso.

5) Acordar (Arrange) y programar junto a la persona fumadora las consultas específicas para el proceso de deshabituación tabáquica en curso. Es difícil que una actuación de estas características y con un seguimiento programado, se quede en una intervención breve, convirtiéndose en la mayoría de las situaciones a una intervención avanzada.

Se aconseja realizar una visita de seguimiento poco después de la fecha escogida para dejar de fumar (en el curso de los quince días siguientes al día “D”), otra al mes, tomando como referencia de nuevo el día “D”. (cuarenta y cinco días) y después en función de lo que se considere oportuno (a los 6 y 12 meses).

José Manuel Ruiz Plaza. Matró. Sevilla

Bibliografía

- Jose Miguel Morales Asencio (coord.) et al.. ATENCION a las personas fumadoras : proceso asistencial integrado / [autores, [Sevilla]: Consejería de Salud, [2008]
- Chamberlain_C et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055.
- Claire_R et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 3. Art. No.: CD010078.
- Lizaraga S, Ayarra M. Entrevista Motivacional. Anales Sis San Navarra. 2001;24:43-53.
- MATEOS-VILCHEZ, Pedro M. et al . Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo y factores asociados en Andalucía 2007-2012 (*). Rev. Esp. Salud Publica, Madrid , v. 88, n. 3, p. 369-381, jun. 2014 .
- Ramon Torrell J.M. et al. Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. GacSanit.2009;23(6):539.e1-539.
- Roldán Ruano M. Programa de deshabituación tabáquica para gestantes y sus parejas. Matronas Prof. 2015; 16(1): 4-9.

CARTAS DE UNA MATRONA DE PUEBLO

El paso del oficio de partera a la profesión de matrona fue un hecho que se materializó en los primeros cincuenta años del siglo XX. Aunque este hecho se produjo más lentamente en poblaciones pequeñas de áreas rurales y de difícil acceso de la provincia de Málaga. Antes de ese momento las actividades entorno al parto formaban parte de la Beneficencia y estaban monopolizadas por las Órdenes Religiosas y del entorno familiar y local de la mujer. Poco a poco el oficio de partera se fue profesionalizando.

El objetivo de este trabajo es conocer, a través de las cartas que una matrona de pueblo dirige al Colegio profesional, las dificultades y realidades de su incorporación a la profesión de matrona.

Relato de una vida profesional

Hace ya algunos años, investigando acerca del tema de mi tesis doctoral, cayeron en mis manos los papeles de la vida profesional de Francisca. En aquella ocasión, cogí los datos que necesitaba y los pasé de largo pero pasaban los días y no paraban de sonar en mi mente su nombre y las situaciones que había vivido en una época que no era la mía pero que se infiltraba poco a poco en mí.

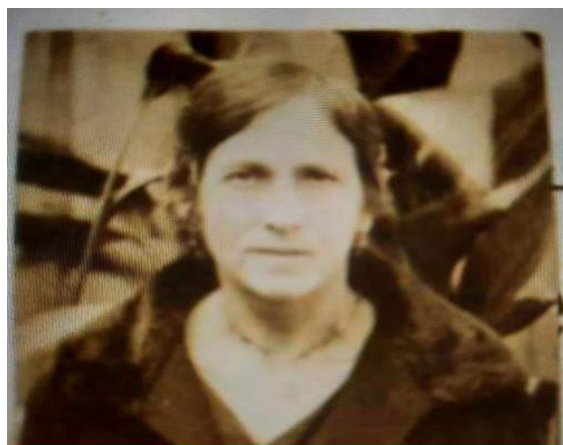
Una historia como esta no podía pasarme indiferente. La primera vez que leí sus cartas me trasladé al pasado, me mude a su piel y ya su historia se hizo mía.

La historia de esta mujer es una historia de lucha, de sacrificio y al mismo tiempo, de frustraciones y lágrimas.

Francisca Borrego Gutiérrez de Salamanca nació en Lora de Estepa (Sevilla) el 25 de Febrero de 1890. Ya estaba casada con Juan Francisco García Quesada cuando comenzó sus estudios de Matrona en la Facultad de Cádiz, en 1927, tenía 37 años. En su expediente, consta la autorización por parte del marido de Francisca ante el Juzgado para que pudiese realizar los estudios de Matrona, así mismo, el certificado de bachillerato elemental de la Escuela Normal de Matronas, tal y como exigía la ley del momento. Terminó el segundo año en 1929 con la calificación de aprobado.

Posteriormente solicitó, ilusionada, su ingreso en el Colegio de Matronas de Málaga el 6 de Julio de 1929, aunque la colegiación no se hizo obligatoria hasta 1930, el Colegio de Matronas de Málaga ya funcionaba como tal desde 1925.

Su primer trabajo como matrona titulada fue en Alameda (Málaga), desde 1929 a 1933 donde, en una carta de 7 de Julio de 1933, refleja que cesa como matrona porque en 13 meses no ha cobrado el sueldo y también tiene problemas con las intrusas que trabajaban en el pueblo y con las autoridades. Esa suerte la acompañó en todos sus puestos de trabajo a



Francisca Borrego Gutiérrez de Salamanca Matrona rural

lo largo de los años.

Se marcha a la Roda de Andalucía de interina, y estando allí, el Colegio de Matronas la instiga a pagar las cuotas colegiales atrasadas a las que no puede hacer frente dada la situación tan difícil en la que se encuentra y solicita ayuda a la Presidenta del Colegio: *“Después de saludarla, tengo el gusto de manifestar que he recibido el Boletín de este*



mes y enterada del aviso que viene en el mismo sobre las morosas en el pago y aunque yo no vengo puesta en la relación, sé que debo nueve meses y como el Ayuntamiento de Alameda me debe a mi once meses vencidos de titular y tengo seis hijos todos de corta edad y además estoy esperando para tener otro hijo desde el presente mes y por estar en un estado calamitoso, tendré que irme al Hospital a dar a luz. Yo desearía de usted que influyera para que me admitieran en ese Hospital de Málaga por estar colegiada en esa provincia y al mismo tiempo que influyera para que el referido Ayuntamiento me pagara y de esa forma me pondría al corriente en el pago y haría una obra de caridad participándole también de que los seis hijos que tengo, uno de ellos tiene dos años y medio y tiene que hacerse una operación en un pie y como nosotras con el título no tenemos derecho a la beneficencia...influyendo usted podría alcanzarla y tanto mi hijo como una servidora..." Francisca, como era matrona titular de un pueblo, no tiene derecho a la Beneficencia Municipal, por eso solicita la ayuda de la Presidenta para poder acceder a la asistencia sanitaria de beneficencia tanto para su hijo como para ella en el Hospital Civil de Málaga.

Al inicio del año 1934 se traslada a Campillos como matrona interina. Allí, comienza a tener problemas con los médicos del pueblo ya que estos respaldaban a las parteras sin título, mujeres aficionadas que asistían los partos antes de la llegada Francisca. De su propia escritura podemos leer en una carta dirigida al Colegio profesional:" Tengo el atrevimiento de dirigirme a usted en demanda de Justicia, ya que por los trámites legales y primordiales que la Ley aconseja no encuentro forma debida.

Habiéndoseme concedido la interinidad en tanto se tramitan los preceptos legales para concurso, visité a los médicos de la localidad, encontrándome con gran sorpresa que el mismo Subdelegado Médico Don Juan Salguero Morales me hace historia de una intrusa que a decir él, la había impuesto en la profesión como persona de su absoluta confianza y no la dejaría de llamar y alternar el ejercicio



Iglesia de la Concepción de Alameda (Málaga)

profesional con ella. Nunca pude creer que una autoridad sanitaria fuera precisamente un puntal para que no se destierre el odiado intrusismo que nos prima a las que hemos cursado estudios oficiales y que contribuimos con nuestra patente a las cargas del Estado y que nos creemos amparadas en el mismo, que fuese él quién pusiera más dificultades en el fiel cumplimiento de las leyes sanitarias.

Comprobé por desgracia que sus profecías se han cumplido en exceso y que no solamente protege a la intrusa sino que influye con los otros compañeros suyos para desprestigiarme y recaba de las autoridades locales su apoyo para sitiarme por el hambre y que me tenga que marchar".

Media docena de matronas tituladas pasaron por el pueblo de Campillos antes que ella, todas corrieron la misma suerte que Francisca pero el tesón, la lucha por su profesión y por su género, hacen perseverar a esta mujer quien interpone una denuncia en la Inspección de Sanidad para denunciar a una partera intrusa que trabaja en el pueblo. De nuevo, solicita ayuda a la Presidenta del Colegio de Matronas para que se persone en el Juicio: "Querida compañera: el día 28 de Agosto es el juicio a ver si usted puede venir porque de lo contrario sería como el día 14, un juicio fingido y tomándome finamente el pelo y no dejando de hablar a los que en mi favor pudieran hacerlo



obligándome a firmar el conforme pues de lo contrario se me declarará en rebeldía y se me inferirán perjuicios mayores. El Juez de paz es íntimo amigo de Don Juan Salguero y todos son amigos y yo estoy sola...

Hable usted con el señor Santamaría que habrá recibido una carta mía y esa misma carta la he mandado al Señor Gobernador y al Señor Presidente del Colegio Médico, Sr. Presidente de la República Española, Sr. Ministro de la Gobernación y enteraré al mundo entero de que mis hijos no tienen pan y que otras al margen de la Ley se llevan todos mis ingresos y encima se ríen de mí. Esto sigue como antes, ya estamos a 24 y he trabajado 8 partos 3 de pago y 5 de beneficencia.

Si no podéis venir, decidme que hago en el juicio. Escriba usted algo y si vienen cuando yo trabaje lo pagaré todo, aunque sea poco a poco a nuestro Colegio.

Es muy doloroso mi caso, si no vienen seguiremos lo mismo que antes y para nada servirá lo que hemos trabajado, conteste lo que debo hacer.

Y estad seguros que tal favor nunca se borrará del corazón de una madre, cuando vea a mis hijos sin necesidad y sin hambre..."

La carta de Francisca ilustra perfectamente la situación de desesperación que vive en el pueblo. Hacia el mes de diciembre, denuncia a dos de las parteras ilegales del pueblo; en este juicio de faltas solo se imponen multas a las intrusas pero éstas continúan haciendo partos. La contestación de la Presidenta del Colegio refleja que la situación era común a otras matronas: *"Respecto el asunto de las intrusas, ya comprenderá que se ha hecho cuanto se ha podido, pero en éstas, también me ha ocurrido lo propio, según el Señor Salguero me indicó solamente le cabe por este delito unos meses de arresto y ya comprenderá que de esta forma hay que aguantar muchas cosas, pero no solamente en esa porque sea usted quien está, si no todas nosotras en cualquier sitio que nos encontremos..."*

La extensa comunicación epistolar de Francisca con el Colegio de Matronas es muy rica y refleja también, las dificultades del día a día en la



asistencia al parto en zonas alejadas, sin apenas recursos y en situaciones muy difíciles..."*El día 2 del corriente dio a luz una niña a las tres de la mañana Doña...guardabarrera brigada número 12, casilla km 7484, línea Bobadilla-Algeciras, afecta al régimen obligatorio del Seguro de Maternidad. La casilla dista del pueblo 7 km y tuve que ir 3 km. andando para allá y para acá que si me ofrecieran 20 duros para que fuera otra vez, no iría más y si esto no se cobra, no sé qué hacer. No puedo explicarle a usted, toda la noche andando por un sitio que ni las caballerizas pueden pasar...más oscuro que la boca de un lobo y cayendo nieve que me iba a morir de frío y para que luego no me paguen".*

El Seguro Obligatorio de Maternidad, garantizaba la asistencia domiciliar de médico y comadrona de mujeres trabajadoras. El Instituto Nacional de Previsión establecía convenios con los colegios profesionales, entre ellos el de Matrona pero, a pesar de estos convenios, el retraso en el cobro de los partos atendidos por el Seguro de Maternidad era constante.

La matrona de Campillos, ante los acontecimientos que se viven en el pueblo con los primeros momentos prebélicos de la guerra civil, se traslada con su familia a otro pueblo de la provincia, Alhaurín el Grande, el 24 de Julio de 1936. En este pueblo también interpone una denuncia contra una

partera ilegal, imponiéndosele a la “intrusa” una multa.

Al comenzar el año 37, nuestra protagonista, Francisca, cansada y exhausta de tanta calamidad y en medio de una Guerra Civil, solicita la excedencia voluntaria. No se sabe nada de cómo durante estos años pudo sobrevivir ella y su familia.

No se encuentran más datos de ella hasta 1942, donde comienza a tener contacto con el Colegio Profesional. En esos momentos, Francisca ha solicitado la plaza de Archidona. En este pueblo se encuentra el mismo problema que en los otros, las parteras ilegales asisten los partos, respaldadas por los médicos y autoridades locales, así que decide pedir una excedencia en este pueblo y pedir su reingreso en Campillos.

Después de la guerra, el médico del pueblo, el Juez de Paz y el farmacéutico, principales instigadores hacia ella, habían sido fusilados. Francisca piensa que quizás ahora puede ser más fácil realizar su labor allí. Nada más lejos de la verdad...el nuevo médico del pueblo la denuncia ante la Jefatura Provincial de Sanidad, acusándola de mala praxis...”El Señor Médico de la Asistencia Pública de Campillos con fecha 6 de Marzo, me dice lo siguiente: *“tengo al honor de poner en su conocimiento que la causa del aumento de fiebres puerperales de poco tiempo a esta parte obedece a las siguiente causa:*

Extralimitación y defectuosa asepsia por parte de la titular Doña Francisca Borrego Gutiérrez de Salamanca por tactos repetidos e indebidos vaginales a las parturientas...”.

A pesar del desprestigio que de ella hacía el médico y las dificultades económicas, Francisca permanece en Campillos hasta 1955, año en el que se desplaza a Estepa (Sevilla) donde termina su vida laboral.

El relato de Francisca, una matrona de pueblo, determina las muchas dificultades que estas mujeres tenían al ejercer su profesión, muchas abandonaron, se rindieron ante tantas trabas interpuestas por los propios médicos y farmacéuticos.

locales y otros, pero matronas como nuestra Dña. Francisca Borrego Gutiérrez de Salamanca, perseveraron, reivindicaron con valentía, sin miedos, el lugar y reconocimiento de las primeras matronas tituladas. **Ella y muchas otras como ella, nos dejaron un legado histórico de lucha y defensa de nuestra profesión que no debemos olvidar.**

Ángela Torres Díaz. Matrona.
Doctora por la Universidad de Málaga

Bibliografía

- 1.Torres Diaz, A. Las matronas en Málaga y Provincia (1900-19569). Estudio cualitativo en perspectiva historiográfica y de género. Universidad de Málaga. Tesis Doctoral. Málaga. 2014
- 2.Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Málaga. Expediente de Francisca Borrego Gutiérrez de Salamanca.
- 3.Fondo de la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Sevilla (en Cádiz), Signatura C-275 (2)-52 FM.

TALLER DIGITAL “CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO” CON EL DR. NOHALES



TALLER DIGITAL

Claves para el diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico

En este encuentro interactivo el Dr. Francisco Nohales nos guiará a través de las bases del dolor crónico, los diferentes tipos de dolor mediante su *Teoría de la mochila* y las mejores claves para un tratamiento holístico

¡Te esperamos!



Miércoles, 2 de diciembre de 2020



20:00 h.

Con **Dr. Francisco Nohales Alfonso**

Jefe Sección de Ginecología Área de la Mujer
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia



Modera **Laura Álvarez**
Medical Affairs de Uriach

REGISTRO: <https://register.gotowebinar.com/register/1128915178747405836>

ACCESO: https://applauncher.gotowebinar.com/#notStarted/1128915178747405836/es_ES

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



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

- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD INTERESADOS

www.cursosaludvaginal.es



Abierto
hasta 2021

PLATAFORMA E-LEARNING DE

SALUD VAGINAL

ATROFIA VULVOVAGINAL

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

Acreditado por:



CURSO ON LINE ACREDITADO

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

Secciones

1. Información general

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

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



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

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

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

3. Equipos de protección para cuidar la COVID-19

Equipos de Protección Individual Frente a Coronavirus COVID-19

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

4. Medidas de prevención frente a la COVID-19

Cómo hacer un correcto lavado de manos con solución hidroalcohólica

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

5. Fuentes y recursos de interés

Protocolos para profesionales sanitarios

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

6. Innovación y tecnología

Personas y organizaciones

Equipamiento con medios de fortuna

7. Actuación en diferentes Servicios

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

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

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

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

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

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

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

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



LA SOCIEDAD CHILENA DE MATRONAS Y ULTRASONIDO CELEBRA SU V CONGRESO

Como es tradición, la Sociedad Chilena de Matronas y Ultrasonido brinda a sus socios, matronas y matrones del país y del extranjero un congreso anual con la finalidad de mantener los conocimientos en el área de la obstetricia, medicina fetal y ginecología actualizados.

Este año la pandemia nos quiso poner en jaque, pero supimos salir adelante y lo llevaremos a cabo en modalidad 100% virtual, gracias al Grupo Grünenthal que nos facilitará su plataforma para el evento.

Contaremos con ponentes nacionales e internacionales como el Dr. Daniel Cafici de Argentina y la Matrona Rosa María Plata Quintanilla desde España. También estarán los Dres. y miembros honorarios SOCHMU, Waldo Sepúlveda, Edgardo Corral y Gonzalo Pérez-Canto entre otros.

Es un orgullo para mí dejarlos cordialmente invitados a este evento que tendrá lugar los días 5 y 6 de Diciembre 2020.

Sin más, me despido.

Alvaro Valdés Manríquez



CONGRESO
ON LINE



V CONGRESO

SOCIEDAD CHILENA DE MATRONES Y ULTRASONIDO

5 y 6 de diciembre 2020

TEMAS:

Obstetricia y Ginecología

EXPOSITORES:

Dr. Waldo Sepúlveda (CHI)
 Dr. Daniel Cafici (ARG)
 Mat. Rosa María Plata (ESP)
 Dr. Edgardo Corral (CHI)
 Dr. Gonzalo Pérez Canto (VEN)
 Dr. Alfredo Núñez (CHI)
 Mat. Ángelo Alvear (CHI)
 Mat. Álvaro Valdés (CHI)

VALOR INSCRIPCIÓN:

Socios SOCHMU: \$10.000 CLP.
 No socios: \$15.000 CLP.

INFORMACIONES:

CONGRESOSOCHMU2020@GMAIL.COM








WWW.SOCHMU.CL

ENCUESTA MUY INTERESANTE

Te invitamos a participar en esta encuesta dirigida a profesionales sanitarios y mujeres embarazadas y lactantes con la que se desea evaluar el alcance de la información relativa a contaminantes ambientales presentes en alimentos y productos de uso habitual que pueden tener influencia en la salud de la futura madre y su bebé. Respondiendo este cuestionario, que le llevará menos de 5 minutos, nos ayudará a evaluar el conocimiento sobre la exposición de mujeres embarazadas y lactantes a contaminantes químicos ambientales, las vías por las que se recibe esta información y la utilidad de la misma.

Acceda a la encuesta a través de estos enlaces:

<https://encuestas.ugr.es/index.php/157924?lang=ca>,
(catalán)

<https://encuestas.ugr.es/index.php/157924?lang=e>,
(español)

No dude en compartir el cuestionario con otros profesionales y mujeres embarazadas o lactantes. Nuestro grupo de investigación le agradece su colaboración en este estudio.



¿Quiénes somos?

Somos un grupo de científicos procedentes de diversas universidades, hospitales y centros de investigación de España, comprometidos con la protección del medioambiente y la salud de las personas. Formamos una línea de investigación interdisciplinar integrada en el Observatorio de la Alimentación (ODELA) del Departamento de Antropología Social de la Universidad de Barcelona, conocida como Toxic Body, que incluye expertos de instituciones como Universidad de Barcelona, Universidad de Granada, Hospital del Mar, Hospital Sant Joan de Déu, Hospital Clínic-Maternitat y Área Sanitaria Norte de Málaga.

Para más información consulte nuestra web: <http://www.ub.edu/toxicbody/es/> o contacte con nosotros en: toxicbodyctp@gmail.com,

NOTICIAS DE SIMAES



SIMAES DENUNCIA SOBRECARGA DE TRABAJO DE LAS MATRONAS EN EXTREMADURA.

EL DÉFICIT DE MATRONAS, LA INESTABILIDAD LABORAL Y EL AÑADIDO COYUNTURAL DEL COVID, IMPIDEN MEJORAR LAS CONDICIONES LABORALES DE LA PLANTILLA.

SIMAES ha informado que la precariedad laboral y la sobrecarga de trabajo caracterizan la situación actual de la plantilla de Matronas de Extremadura, a pesar de que en breve concluye la toma de posesión de las últimas oposiciones. El Servicio Extremeño de Salud (SES) tendría que aumentar la plantilla en medio centenar de Matronas para cubrir sin incidencias las bajas médicas de larga duración, las vacaciones y días de permiso establecidas, las medidas para conciliar la vida familiar y laboral y cumplir con el computo máximo anual de horas, además de avanzar en la cobertura de los puestos de urgencias obstétricas, plantas de maternidad, centros de orientación familiar, gestión, etc.

Las Matronas acumulan contratos precarios, que se enlazan sucesivamente y que aunque puede suponer que se ejerza durante gran parte del año, no permite planificar decisiones vitales básicas, como por ejemplo coger unas simples vacaciones. Se siguen acumulando horas en algunas gerencias y la calidad asistencial no avanza porque sigue habiendo enfermeras generalistas en las plantas de maternidad de los hospitales extremeños.

Con todo, el principal problema que se le avecina al SES es planificar la sustitución de más del 80% de las Matronas del Paritorio de Cáceres, que tienen próxima la jubilación. Animamos al SES a convocar urgentemente una nueva OPE de Matronas, con la inclusión además de las plazas de las plantas de maternidad, urgencias obstétricas y centros de orientación familiar que se derivarían de planificar la sustitución paulatina de las enfermeras que actualmente, sin especialidad alguna, las ocupan.

Enlace de acceso a artículo publicado en el diario HOY: <https://www.hoy.es/extremadura/matronas-denuncian-sobrecarga-20201116000427-ntvo.html>

NOTICIAS DE SIMAES



SIMAES SE OPONE A QUE VARIAS CC.AA., COMO ANDALUCIA, ASTURIAS O VALENCIA, ADOPTEN MEDIDAS EXTRAORDINARIAS EN MATERIA DE PERSONAL QUE AFECTAN A LOS DERECHOS LABORALES DE LOS SANITARIOS.

LOS SINDICATOS SANITARIOS UNÁNIMEMENTE SE OPONEN A MEDIDAS QUE UNILATERALMENTE MODIFICAN JORNADAS Y DESCANSOS Y SIMAES OPINA ADEMÁS QUE, AUNQUE PUEDE QUE NO SEA EL MOMENTO PARA PROTESTAR, IMPONER TAMPOCO ES LA FORMA.

Ante la denominada segunda oleada COVID-19, sistemáticamente, las consejerías de diversas CCAA presentan UNILATERALMENTE, en sus Mesas Sectoriales de Sanidad, proyectos de resolución de medidas extraordinarias en materia de recursos humanos.

SIMAES no acepta que aprovechando la excepcionalidad de la situación y la consabida manía de alegar siempre “necesidades del servicio”, ahora del sistema, se abra la posibilidad de “recortar” derechos en materia de jornada laboral, vacaciones, descansos o conciliación, menos aún, poner en mayor riesgo la salud de los profesionales sanitarios. Entendemos que supone un atropello a los derechos de los trabajadores de la sanidad pública, sin negociación previa con las organizaciones sindicales, al establecer la posibilidad de suprimir todos los permisos, licencias y vacaciones, y al disponer, a discreción, de los turnos y de la movilidad de los profesionales.

La planificación debiera ser una constante en el tiempo, de modo que las medidas excepcionales, como las que es preciso aplicar en esta crisis, puedan ser compatibles con el ejercicio de los derechos fundamentales del personal sanitario.

Lo excepcional no puede convertirse en ordinario y un Estado de Alarma de 6 meses parece poco excepcional, aparte de que, aunque no sea el momento, no son formas imponer unilateralmente una normativa que ni siquiera respeta lo mínimo establecido en cuanto a tiempo de trabajo y descanso como: suspender el derecho al descanso semanal mínimo de 36 horas y el descanso mínimo de 12 horas entre jornadas, suspender el disfrute de vacaciones, movilizar a discreción profesionales de un centro a otro sin tener en cuenta distancias y circunstancias o contratar “discrecionalmente” al margen de la bolsa oficial.

Si además todo ello fuera compensado, pero no, eso no está “planificado”, son decisiones que no cuentan con presupuesto, ni para nuevas contrataciones ni para compensaciones a los afectados. Ciertamente es que sólo será aplicable “si la situación lo requiere”, ¡pues faltaría más!

Este asunto terminará en los tribunales porque creemos que la jurisdicción social deberá determinar hasta qué punto pueden modificarse los derechos laborales fundamentales, en qué circunstancias y durante cuánto tiempo. Una vez más se penaliza a quienes cumplen con su deber y cometido, los profesionales de la sanidad pública.

Enlace de acceso al BOJA extraordinario 08-11-2020: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/577/index.html>

OFERTA DE TRABAJO

EL HOSPITAL COMARCAL DE MÓRA D'EBRE PRECISA COMADRÓN/A



Se requiere:

- Título oficial de Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (MATRONA).
- Acreditar certificación consistente en no haber estado condenado por sentencia firme en alguno de los delitos previstos en la LOPJM (*).

Se valorará:

- Dominio del catalán hablado y escrito.
- Formación adicional específica y complementaria para el lugar de trabajo.
- Experiencia en el ámbito de la sanidad.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Buenas aptitudes para el trato con el usuario.
- Disponer del certificado de discapacidad igual o superior al 33%.

Se ofrece:

- Contrato laboral temporal a jornada completa, más guardias.
- Participación en el Sistema de Incentivación y Desarrollo (Carrera Profesional).
- Retribución fija y retribución variable por Objetivos (Convenio SISCAT).
- Posibilidades de realizar actividades de formación continuada y actualización profesional.
- Beneficios sociales adicionales.
- Incorporación inmediata.

Las personas interesadas deberán de:

1. Registrarse a <http://hcme.borsadetreball.grupsagessa.cat> e introducir todos sus datos personales y curriculares. (indispensable formación en horas y experiencia en meses)
2. Imprescindible completar el perfil adjuntando la documentación (currículum vitae, titulaciones y carta de presentación)
3. Inscribirse a la convocatoria abierta siguiente, con el código:

BT MORA LLEV 20

Plazo de presentación de solicitudes: 13 de diciembre de 2020

(*) Se puede solicitar el Certificado a: www.mjusticia.gob.es



ENTREVISTA CON:

**M.^a TERESA DEL HIERRO GURRUCHAGA,
MATRONA PIONERA EN LA UNIVERSIDAD**


M.^a Teresa es matrona desde hace más de 40 años, licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Deusto, en el País Vasco, Doctora en Ciencias de la Salud, pero sobre todo, fue la primera matrona Directora de un Departamento Universitario cuando todavía eran, en su mayoría, los facultativos quienes ocupaban estos cargos. Una gran luchadora que desde la Universidad ha hecho tanto por nuestra profesión.

P: Hola Maite, permíteme que te llame así coloquialmente porque además de colegas de profesión somos amigas, y también creo que en nuestro colectivo te conocen más con este nombre. No sabes lo feliz que me has hecho concediéndome el honor de realizarte esta entrevista. Confieso que no ha sido fácil elaborarla, es muy amplia tu carrera profesional y por encima de nuestra amistad, hay un enorme respeto siendo tú, un referente para nuestra profesión en la Universidad. Te he presentado como la primera matrona Directora de un Departamento Universitario en el País Vasco, ¿podrías explicarnos un poco como fue todo ese proceso y lo que realmente supuso ese inicio dentro del ámbito universitario?

R: Hola Maribel. En primer lugar, quiero agradecer vuestra atención y la oportunidad de poder compartir estos 41 años de profesión con vosotras y con las matronas en general. Los comienzos no fueron fáciles. En el año 79 hice mi primer curso de postgrado en educación maternal en Madrid con el doctor Aguirre de Cárcer. Y hablando con sinceridad, en la Universidad tuvimos que cambiar muchas ideas, como por ejemplo salud y enfermedad por prevención y autocuidado, y no sólo la asistencia al parto sino el parto psicoprofiláctico, conceptos nuevos en aquel momento. Así mismo entre las enfermeras y matronas no se contemplaba la idea de ser profesores, de hacer de la profesión de matrona una carrera universitaria y una especialidad, de tomar parte activa en el proceso de formación como cambio fundamental en nuestra profesión, ya que siempre habíamos sido alumnos o alumnas, siempre parte pasiva. Y no fue hasta el año 84 en que llegaron las pruebas de idoneidad en toda España, aprobamos 63 profesionales, de los cuales 17 fueron enfermeras y dos matronas y yo casualmente fui la más joven. Aparecieron los departamentos de enfermería, inexistentes hasta entonces y como bien dices, fui la primera directora de departamento de enfermería de las universidades españolas.



Madrid 1979. Curso del Dr. Aguirre de Cárcer

P: Además Maite, primero fuiste profesora titular en la Escuela de Enfermería y luego ya en la Facultad ¿Qué supuso este cambio para la Enfermería? ¿Y para ti?

R: Sólo los que tenían una titulación superior podían hacer el doctorado y acceder a las cátedras de escuelas universitarias de enfermería, y en aquel tiempo los titulares de escuelas universitarias de enfermería éramos



enfermeras y teníamos el camino cerrado. Decidí ponerme las pilas y estudiar Antropología en la Universidad de Deusto, y el Doctorado y la Tesis en la Universidad del País Vasco. Presenté todo mi currículum a la ANECA (1), que me la aprobó y obtuve el grado de profesor titular de Universidad que era el equivalente a catedrático de escuela universitaria, ya extinguido hoy día. Para mí supuso un reconocimiento al esfuerzo de muchas noches estudiando, simultaneando durante el día trabajo, estudio y familia.

P: Has ejercido casi toda tu carrera en la docencia y en la investigación ¿Has echado de menos el trabajo asistencial con el que casi siempre se nos identifica a las matronas?

R: En un principio al estar ya contratada por la universidad, sólo tenía opción de realizar sustituciones de matrona, así que hice unas sustituciones en un pueblo de Vizcaya durante unos años, poniendo en práctica el curso que ya había realizado del Dr. Aguirre de Cárcer y entrevistándome con el alcalde para conseguir un aula especial. La verdad es que cuando empecé con la docencia y la gestión, sí eché de menos el trabajo asistencial, pero me ha llenado mucho el trabajo docente y de gestión, aunque siempre se me van los ojos detrás de una embarazada, pero bueno hay que saber elegir entre la asistencia, la docencia, la gestión y la investigación y yo elegí las tres últimas.



Lectura tesis doctoral 2003. Asistencia del Consejero de Sanidad del País Vasco

P: Eres vasca y eso ya connota una cierta bravura de carácter, pero además, eres una mujer con garra y luchadora, dínos, ¿Cuál de todas las reivindicaciones para el colectivo de matronas crees que ha marcado un antes y un después en tu vida personal y profesional?

R: Buena pregunta. Pues la verdad es que soy peleona, y a veces por pura necesidad. En muchas ocasiones me he sentido sola, como un Quijote luchando contra los molinos. He estado en la Universidad del País Vasco y desde el rector hasta los bedeles que trabajaban en la Universidad conocían a las matronas, porque durante mas de 30 años he estado reclamando para las matronas, primero la unidad docente y segundo, la dotación económica para pagar a las matronas que daban clases. Además, trabajando en un Colegio Profesional donde la especialidad de matronas era la única reconocida como tal en la Junta de los Colegios, que en algunos colegios posteriormente se eliminaron. En definitiva, me he pasado la vida peleando, no para mi persona, sino por el objetivo fundamental de reivindicar para las matronas un lugar especial y diferente.

P: Estuviste también inmersa durante cuatro años, del 86 al 90 en el grupo de trabajo de la especialidad de matronas en la Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud, ¿cuáles fueron los mayores “hándicaps” o retos, si los hubo, que te encontraste en ese organismo? ¿Cuál fue la estrategia para superarlos?



1993 VACOUVER. CONGRESO ICM

R: Los años del 86 al 90 para los Grupos de Trabajo fueron unos años muy fructíferos, porque además ya habíamos empezado a salir al extranjero en los congresos internacionales, veíamos cómo estaba nuestra profesión en otros países, veíamos qué plan de estudios podíamos desarrollar y en aquel momento estábamos en el Ministerio de Educación y Ciencia, representando a colegios profesionales, a Educación y a la Asociación Nacional de Matronas y fueron unos años muy productivos porque nuestro objetivo era el colectivo de las matronas, no era a nivel personal ya que cada una teníamos nuestro trabajo, sino que era hacer un plan de estudios para las matronas, reivindicar que las matronas se amparasen en la Directivas Comunitarias 154 y 155, y adaptar esas directivas a la ➤

especialidad de matronas en España. Fueron años de mucho trabajo. Además, en el plano personal nos conocimos un grupo de gente que nos guardamos mucho cariño y nos hemos ayudado toda la vida, en especial tengo un recuerdo muy grato, entre otras, de María Ángeles Rodríguez Rozalén, que además de ser una gran profesional, es una gran amiga.

P: Leyendo un poco por aquí y por allá, he comprobado que no sólo has estado moviéndote en el ámbito español en tu defensa de la profesión, también en Europa, en el Comité Consultivo para la formación de matronas, ¿nos puedes contar un poco como fue aquella experiencia? ¿Qué hacíais en ese comité?

R: En el ámbito internacional, un grupo de matronas estuvimos en Bruselas trabajando en el Comité Consultivo para la formación de matronas en la Comunidad Europea, y aquí veíamos cómo se podrían armonizar los diferentes planes de estudio. Como anécdota curiosa todos los países enviaban matronas al comité de la CE, menos las alemanas que llevaban lingüistas. En un momento de la discusión sobre la redacción de un punto, se discutía el término “llevar” o “ayudar” al parto, ya que en cualquier idioma una misma palabra puede tener distintos significados. Entonces nos pasamos dos días discutiendo que significaba en cada país lo de llevar o ayudar. Al final se aprobó “llevar un parto” (en el sentido de hacerse cargo de ...) y fijaros como una sola palabra puede cambiar la definición de la función de matronas y sus responsabilidades inherentes. También nos dimos cuenta de que España tenía, además de una formación superior a las de los demás países, unas funciones también superiores, con lo cual ese miedo que tenemos siempre a pensar que España está por detrás pues hay que quitarlo radicalmente.

P: Maite, sé que has publicado numerosos trabajos de investigación además de tu tesis doctoral sobre “Salud Bucal en la mujer embarazada”, según tu experta opinión, ¿cómo crees que está el nivel de investigación en las matronas españolas? ¿Ha cambiado mucho desde que tú empezaste? ¿Qué crees que falta o que sobra?

R: Se habla de investigación porque hoy en día está muy en boga. Claro, para la investigación, además de mucho tiempo, lo que se necesita es dinero y tener muy claro que es lo que hay que investigar. Ahora mismo se está diciendo que por lo menos hay que incrementar un 2% el presupuesto para investigación. En nuestra especialidad, si no tienes un laboratorio por detrás o no tienes unos recursos suficientes, investigar es muy difícil, y te limitas a recabar una recopilación de datos de campo y dar una interpretación a esos datos comparándolos con otros estudios similares en otros países. Es difícil la investigación si se enfoca de una manera individual. La soledad técnica es estéril, a menos que seas un genio. Necesariamente tiene que ser multidisciplinar, puro trabajo en equipo, o sea que si estamos dentro de una universidad y la universidad es por definición universal, las investigaciones tienen que ser multidisciplinarias. No entiendo muy bien que se investigue solo en enfermería o matronas sobre unos cuidados específicos.

P: Y ya puestas en este tema, ¿qué les dirías a las nuevas generaciones de matronas que quieren investigar o seguir investigando dentro de nuestra profesión? ¿Crees que de verdad hay un interés por profundizar en nuestro cuerpo de conocimientos o es sólo un tema curricular para la obtención de una estabilidad laboral?

R: A las nuevas generaciones de matronas, sobre el tema de investigación, les recomendaría que se acoplen a grupos más amplios de investigación multidisciplinar, que es donde van a poder tener mayor campo de actividad investigadora. También quiero decir que muchas veces nos centramos en una investigación y lo que también



1999. Nombramiento Doctor Honoris Causa al Dr. Patarroyo por la vacuna contra la malaria



nos tenemos que centrar es en los cuidados a la mujer, porque podemos ser muy buenos investigadores, pero nosotros estamos tratando con seres humanos, eso lo he dicho siempre en mis clases, durante 40 años, que son seres humanos con los que estamos trabajando y que no son meras máquinas.

P: Y cambiando de tercio, como diría aquel torero, también has estado como Vocal en el Colegio de Enfermería de Bilbao representando y apostando por un colectivo minoritario dentro de la Enfermería, ¿cómo ves tu nuestra situación dentro de otro colectivo tan grande? ¿Crees que ser minoría nos ha perjudicado o nos ha beneficiado?

R: En el Colegio Profesional de Vizcaya creo que pude trabajar mucho por la profesión como Vocal-Matrona. Cuando empecé en el Colegio, yo era entonces Directora del Departamento de Enfermería en la Universidad, y me acuerdo que organicé los primeros cursos de posgrado en España, sobre la base de un Boletín Oficial que había leído en la Universidad y que se publicó en el año 94. Eran unos cursos de postgrado para profesionales a los que se podía acceder y que otorgaban una puntuación universitaria para la carrera profesional. Este fue el comienzo a partir del cual se organizaron muchos cursos en Vizcaya, además de muchas otras actividades dentro del colectivo de matronas, y concursos. Todos los meses teníamos una charla informativa a la cual se invitaba a ponentes externos y donde, al terminar la charla, las matronas nos veíamos y podíamos compartir impresiones con “pintxos” incluidos. En este sentido el colegio me dio la oportunidad de estar al día sobre lo que estaba pasando todos los días en los hospitales. Esta fue una etapa muy productiva. También es verdad que en etapas posteriores, como decía al principio, me he sentido muy sola luchando contra los molinos, ya que trabajaba por un colectivo de matronas donde, al parecer, la única interesada en sacar adelante las propuestas del colectivo dentro de esa Junta, era yo.

P: Y respecto a lo anterior, tengo una pregunta que ronda entre nuestras lectoras, ¿algún día tendremos un colegio profesional propio como en tiempos pasados? ¿Qué ventaja o inconveniente tiene según tu larga experiencia como vocal?

R: Me preguntas ahora sobre si algún día tendremos un colegio profesional de matronas. Si esto me lo hubieses preguntado hace 20 años hubiese dicho que no, que con los colegios profesionales se cubren todas las necesidades de las matronas. Hoy día, con la debida distancia y desde mi jubilación, creo que es una de las razones para seguir adelante, trabajando en los colegios, para que los colectivos de matronas sean independientes, aunque no sé si se va a lograr algún día, porque es una especialidad de postgrado de enfermería, con lo cual yo lo veo difícil porque para ello tendríamos que cambiar el plan de estudios, único y exclusivo, para ser matronas y poder tener un colegio profesional propio. Pero bueno, cosas más raras se han visto. Sin ir mas lejos, un virus ha paralizado el mundo. ¡Quien lo iba a decir!

P: Bueno Maite, me ha dicho un pajarito que eres una gran aficionada al fútbol, y no sólo del Bilbao, sino que eres una gran seguidora del equipo de fútbol con tus alumnos de enfermería, cuéntenos un poco por favor de ese lado tan desconocido, ¿qué significa para ti? ¿qué te aporta?

R: Lo del fútbol, claro es una cosa rara. Un día, vinieron dos profesores de anatomía, que a la vez son profesores también de medicina deportiva, y le propusieron a la directora que los alumnos de enfermería fueran al campo de San Mamés a cubrir emergencias, por si había algún



2005. Estadio San Mames. IMQ



accidente, caídas, etc., porque son 50.000 espectadores. La propuesta era para que esa actividad se realizara a través del departamento de enfermería. La siguiente cuestión era designar quién se iba a encargar, y como todo el mundo sabe que a mí me gusta el fútbol, que soy del Athletic de Bilbao y que siempre que se me presenta algo nuevo siempre digo que sí, pues eso, empezamos en el año 94. Hicimos con los alumnos, cursos de formación en urgencias con bomberos, sobre extinción de incendios, con actividades ante grandes catástrofes, evacuación en sitios cerrados, asistencia de primeros auxilios, de RCP, de evacuación del estadio, etc. Desde entonces, hemos estado siempre con los alumnos para supervisar y a darles un apoyo, bueno pues así, hasta que me he jubilado. Tengo algunas fotos curiosas.

P: Y por último y para ir finalizando, una pregunta que le hago a todos y todas las personas que entrevisto ¿qué mensaje les darías a las nuevas generaciones de matronas?

R: Me gustaría mandar desde aquí algunos mensajes, primero a las matronas, para que no dejen de estudiar, prepararse y mantenerse al día en la profesión. En segundo lugar, para el colectivo de matronas a nivel nacional, para que no se dividan y se mantengan siempre unidas en torno a la Asociación Española de Matronas. También quería mandar un agradecimiento especial a la persona que más ha hecho por las matronas en España, que no es otra que María Ángeles Rodríguez Rozalén, verdadera aglutinadora del colectivo. También a todas vosotras, compañeras y colegas con las que he tenido la oportunidad de relacionarme, trabajar y divertirme, quiero agradecer todo el saber que me habéis transmitido y mandaros a todas y todos un abrazo.

A nivel personal, a mi familia por todo el apoyo recibido durante estos años.

Bueno Maribel, no me quiero olvidar de ti y de la ilusión que me ha hecho esta entrevista. Tú también eres una amiga muy especial. Un fuerte abrazo.

Para finalizar, Maite, sabemos que has iniciado una nueva etapa ya dedicada en tiempo completo a ti y a tu familia, pero desde la Asociación Española de Matronas, y siendo conocedoras de todas las cosas que has aportado a nuestra profesión, queríamos agradecerte de corazón todos estos años dedicados a nosotras. Sirva esta entrevista como un pequeño detalle de homenaje a tu trayectoria profesional. Te deseamos lo mejor en este periodo de vida personal y familiar, y que puedan disfrutar de ti y tú de ellos.

Muchas gracias por tu tiempo y dedicación y como no, queda pendiente celebrar con júbilo, el tránsito de tantos años de entrega universitaria a años de recolecta afectiva y personal.



Valencia 1997. Cena de Clausura de promoción en la UD de Matronas.

Ha sido un regalo para mí poder entrevistarte y sobre todo, ser tu amiga.

ATENEA.

Redactora AEM



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/>

INVITACIÓN

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



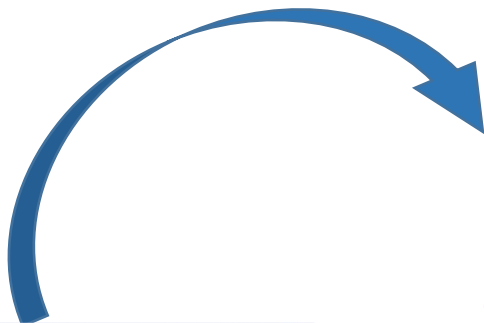
¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿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





LA ASOCIACIÓN CIENTIFICA DE MATRONAS DE ARAGON LUCHA POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

El acompañamiento en el parto y otras recomendaciones. Rol de las matronas.

La pandemia por Sars-CoV-2 ha requerido diferentes planes de contingencia de los servicios hospitalarios para dar respuesta a la grave presión asistencial que sufren muchos de ellos. Este hecho constituye un reto insólito para la gestión sanitaria, cuyos esfuerzos han de ir dirigidos en reorganizar servicios y recursos para garantizar la continuidad asistencial en un contexto de seguridad para pacientes y trabajadores.

La organización en la atención al parto ha sido variable, incluso entre los diferentes servicios hospitalarios de una misma ciudad. Si bien la situación epidemiológica puede diferir de unas zonas de salud a otras deberían existir unos criterios de acción básica comunes basados en la evidencia científica y en los derechos de las mujeres que no vulneren la calidad asistencial y la humanización de los procesos.

Cada uno de nosotros poseemos una importante responsabilidad en la gestión de la pandemia. La nuestra como matronas es el hacer el máximo esfuerzo posible por proteger la fisiología del nacimiento, evitando la deriva en complicaciones o resultados indeseados, siempre bajo las pertinentes medidas de seguridad.

Al igual que en algún otro punto de España, el pasado 5 de noviembre el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza decidió la restricción de acompañamiento a las mujeres de parto durante la fase de dilatación. La noticia, tras salir en prensa, originó una destacada movilización social a través de redes sociales. 3200 firmas a través de una plataforma digital, cartas a la

Administración, un manifiesto firmado por diversas asociaciones en defensa de los derechos de las mujeres y una concentración por parte de estas mujeres a las puertas del Servicio Aragonés de Salud y del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. **La restricción fue revocada.**

Además de la reacción social que esta medida originó, desde la Asociación Científica de Matronas de Aragón se redactó un posicionamiento público al respecto que remitió junto con otra carta redactada por la Asociación Española de Matronas a la Consejería de Sanidad de Aragón. Como expertas responsables y referentes en la atención al parto normal, nuestro posicionamiento era obligado por competencia profesional y por código deontológico del colectivo.

Debemos proveer cuidados hacia la mujer amparados en la evidencia científica, en los derechos en salud sexual y reproductiva y en la seguridad de las mujeres.

Si se mantienen las recomendaciones de prevención de transmisión, se dispone de espacios adecuados y se asegura unos equipos de protección individual adecuados a los trabajadores ningún derecho ni recomendación debería ser restringido.

Todas las medidas adoptadas en tiempos de pandemia precisan de la opinión de expertos para una toma de decisiones proporcionada, valorando de modo preciso los beneficios obtenidos y las consecuencias negativas que se podrían derivar. Y las expertas en parto y nacimiento fisiológico son las matronas. Nuestra opinión, en base a la evidencia científica, al amplio conocimiento de la fisiología y a la experiencia clínica que aporta ser las profesionales que asisten de principio a fin el parto de las mujeres, debería ser manifestada. Es un acto de responsabilidad profesional el poner en conocimiento de los órganos de gestión las oportunidades perdidas en salud física y emocional de las mujeres que determinadas decisiones pudiesen acarrear.

Sabemos que existe una evidencia fuerte a favor del acompañamiento (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal) que recomienda con el máximo grado (recomendación de grado A) el





facilitar el acompañamiento de la mujer en el parto por la persona de su elección. **A su vez, una revisión Cochrane en 2017** concluye que el apoyo continuo durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados para las mujeres y los recién nacidos, entre ellos el incremento de tasas del parto vaginal espontáneo, la menor duración del trabajo de parto, la disminución de los partos por cesárea, el parto vaginal instrumental, el uso de cualquier analgésico, el uso de analgésicos regionales, la baja puntuación de Apgar a los cinco minutos y los sentimientos negativos en la mujer sobre las experiencias del parto.

La realidad de los paritorios españoles difiere en no pocas ocasiones del ideal. **La carga asistencial imposibilita asegurar la recomendada y deseada atención “one to one”**. Es por ello que no debemos perder de vista que la ausencia de acompañamiento podría derivar en la pérdida de sus beneficios y en una potencial pérdida de seguridad clínica, máxime en casos de barrera idiomática o diversidad funcional. A su vez el análisis debería de ser amplio en el tiempo, puesto que hay consecuencias que pueden derivar en otras posteriores en cadena.

La mujer de parto precisa del soporte emocional que solo una persona de su confianza le puede ofrecer para reducir su nivel de estrés. Actualmente debemos sumar el estrés propio de la pandemia y de las difíciles situaciones sociales asociadas a esta que se pudiesen dar. Todo ello hace que el estar acompañada a día de hoy tenga un valor añadido a lo conocido hasta ahora. El que la mujer esté acompañada por la persona de su elección le va a ofrecer la seguridad, confianza y fortaleza para que el parto, como proceso neurohormonal, fluya adecuadamente y sea lo más humanizado y satisfactorio posible.

Esta recomendación no difiere en tiempos de pandemia. Ninguna organización internacional o nacional ha sugerido impedir que las mujeres de parto estuviesen acompañadas.

La restricción de determinadas recomendaciones con buen nivel de evidencia hace que se abra de nuevo el debate respecto a la Estrategia de Atención al Parto normal.

Diez años después de la publicación de su Guía

de Práctica Clínica, el grado de implementación de cada una de sus recomendaciones en nuestros centros hospitalarios. Recordemos que, además del acompañamiento por la persona de elección por la mujer, poseen un grado de recomendación A las siguientes prácticas entre otras: no realizar amniotomía ni perfusión de oxitocina rutinariamente, permitir la ingesta de líquidos en el parto, permitir la libertad de movimientos durante la dilatación y la elección de la posición más cómoda para parir, no practicar episiotomía de rutina, no realizar la maniobra de Kristeller, pinzamiento tardío del cordón umbilical o contacto piel con piel. El análisis de implementación debería extenderse a las Guías de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio y sobre la lactancia materna. Ni las guías de práctica clínica ni los diversos documentos de recomendaciones asistenciales que tenemos al alcance como profesionales deberían quedarse estáticos en su publicación. Su monitorización y evaluación en cada uno de los servicios de partos ha de incluir el sentir y las limitaciones que los profesionales sanitarios viven en la práctica asistencial diaria. **Las debilidades observadas han de ser objeto de estrategias de mejora y las fortalezas ejemplo y oportunidad formativa para otros servicios.**

Si las matronas queremos que las mujeres conozcan que estamos a su lado cuidando y protegiendo su salud sexual y reproductiva, la mejor manera de llegar a ellas es respetando sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente en los momentos de mayor vulnerabilidad, y haciendo nuestro trabajo con la más alta calidad profesional y la más alta calidez humana. No hay mejor campaña informativa a cerca de nuestra profesión que esa.

María José Ramón del Carmen
Presidenta de la Asociación Científica de Matronas de Aragón.



SEGÚN EL SINDICATO DE MATRONAS Y LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS, ES URGENTE QUE SE OFERTEN TODAS LAS PLAZAS EIR QUE NUESTRO SISTEMA SANITARIO TIENE ACREDITADAS ANTES DE QUE COLAPSE LA ASISTENCIA A LA MUJER Y EL RECIEN NACIDO.

- En los próximos 4-5 años, cerca del 20% de las Matronas en activo pasaran a la situación de jubiladas.
- El año pasado sólo se convocaron 405 plazas de las 516 que el SNS tiene acreditadas, una cifra inferior incluso a las ofertadas hace ocho años.
- El impacto de no incrementar las plazas EIR para Matronas es preocupante a corto y medio plazo
- Nuestro SNS está muy lejos de las ratios matrona/mujeres que se observan en las tablas comparativas de los países de nuestro entorno.

El Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES) y la Asociación Española de Matronas (AEM) han remitido conjuntamente un escrito al Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, reclamando que la Oferta EIR correspondiente al ejercicio 2021/2022, que se encuentra próximo a programar, se oferte por la TOTALIDAD de las plazas acreditadas en estos momentos en las distintas comunidades autónomas.

En la actualidad nuestro SNS tiene capacidad para ofrecer un total de 516 plazas de formación de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a), en tanto que en la convocatoria del año pasado se ofertaron solamente un total de 405 plazas, a pesar de la necesidad urgente de especialistas en nuestro Sistema Nacional de Salud. Ambas entidades han enviado un extenso escrito al Ministerio "con la intención de exponer nuestra preocupación por la situación actual en cuanto a las plazas a ofertar para la formación de Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matrón/a) y el impacto de tal decisión en el SNS en un futuro cercano, si no se adoptan medidas urgentes encaminadas a solucionar la situación que se dará a corto plazo." Amparan y justifican su petición urgente en los siguientes argumentos:

1. El número de plazas EIR para Matronas en los últimos ejercicios se ha visto sensiblemente

reducido no alcanzando, en la actualidad, las cifras históricas de formación de la especialidad.

2. La relación entre la oferta de plazas EIR para Matronas y su población "diana" guarda actualmente relaciones muy variables, con agravios comparativos territoriales tales como que se forme una Matrona por cada 40.000 mujeres riojanas en unos casos, en tanto que en otros se forme una Matrona por cada 106.000 asturianas

3. Treinta años después del cierre de las antiguas Escuelas de Matronas, es trascendental adoptar medidas que permitan compensar las lagunas que se produjeron en las plantillas evitando el déficit de profesionales que ineludiblemente se producirá en un próximo futuro (4-5 años), cuando, entre el 18 y el 20% de las actuales especialistas en obstetricia y ginecología se jubilen por alcanzar la edad de 65 años.

4. Las carencias de especialistas que anunciamos en el punto anterior se prolongaron durante varios años, lo que ocasionó que numerosos puestos cuya competencias son propias de las Matronas, fueran cubiertas por enfermeras no especialistas que también tienen próxima su jubilación y que, en cumplimiento de lo programado en diversas iniciativas oficiales para la mejora de la calidad del Área de Salud Sexual y Reproductiva, conforme a



modelos orientados a la prevención y promoción de la salud, deberían ser sustituidas paulatinamente por Matronas, por ser las profesionales referentes en la provisión de los cuidados en dicha Área.

5. Sería totalmente incoherente que, habiéndose editado diferentes documentos oficiales en los últimos años por ese Ministerio, planteando un modelo de atención orientado a la prevención y promoción de la salud en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, no se promoviera un futuro cierto para la Matrona como referente para los cuidados de dicho ámbito, manteniendo e, incluso, aumentando la actual plantilla en respuesta a la demanda asistencial de las mujeres españolas.

6. Desde la publicación del RD 450/2005, de Especialidades de Enfermería, se han producido profundos cambios que han modificado los patrones epidemiológicos, la evolución de la pirámide de edad de la población, los avances en los conocimientos técnicos y científicos y un cambio generacional en las necesidades asistenciales de la mujer española y el correspondiente incremento de solicitudes de Atención Especializada, por lo que sería necesario revisar la organización de los servicios sanitarios y adaptar las plantillas a las demandas de la población y el contexto.

7. El desarrollo de las especialidades de enfermería tiene uno de sus ejes vertebradores en la distribución de los profesionales adecuados en los ámbitos de atención en los que tienen competencia de actuación, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en la de la Atención Especializada, para lo que ha de tenerse en cuenta tanto el volumen de trabajo estimado como la población diana a la que se dirigen los servicios, sobre la base de los estándares reconocidos internacionalmente. En este sentido, nuestro SNS está muy lejos de las ratios matrona/mujeres que se observan en las tablas comparativas de los países de nuestro entorno, hacia donde debería tender las decisiones de nuestra reorganización sanitaria.

Hoy nadie niega el valor añadido que aportan las

Matronas a nuestro SNS, en justa consonancia el sistema debe asegurar una preparación adecuada a las futuras Matronas, proveyendo unos servicios de calidad a la población femenina de nuestro país. Y esta intervención no implica un incremento del gasto presupuestarios, más bien se constata por la Organización Mundial de la Salud (OMS), una relación coste-efectividad incremental del trabajo de las Matronas que nuestro SNS no puede ni debe desechar. Recordamos, al respecto, que la OMS ha estimado que el 87% del cuidado esencial que necesitan las mujeres y sus criaturas puede ser provisto por Matronas que hayan sido formadas de acuerdo a los estándares internacionales. En cuanto a nuestro SNS, se estima que entre el 12-15% del volumen de altas hospitalarias corresponde a mujeres en proceso de parto, que reciben atención por parte de las Matronas (60-65% son mujeres con parto vaginal eutócico). El peso más importante de la prevención y promoción de la salud relacionada con la salud sexual y reproductiva y la maternidad que se desarrolla actualmente en la Atención Primaria, es desarrollada por las Matronas, como profesional de referencia, reduciendo sustancialmente la carga asistencial de los equipos y mejorando la calidad asistencial de su población diana allí donde se ha implantado su figura.

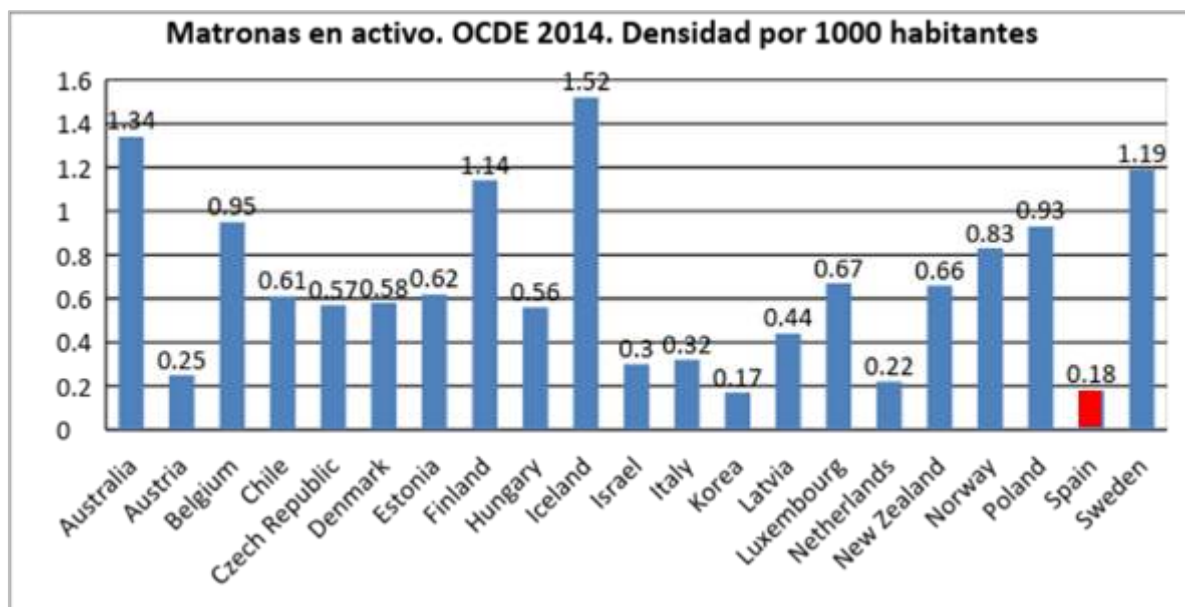
Por cuanto antecede, SOLICITAMOS:

1. Que la oferta de plazas E.I.R. de las Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) para la próxima convocatoria, sea efectúe por la TOTALIDAD de las plazas EIR de Matronas actualmente ACREDITADAS.

2. Que se realice un ESTUDIO DE NECESIDADES FORMATIVAS con el fin de asegurar que las plazas ofertadas en las próximas convocatorias, aseguren la progresiva reposición de las jubilaciones previstas en los próximos 10 años.

3. Establecer un plan para el incremento paulatino de la oferta de plazas EIR, en consonancia con el aumento del número de centros asistenciales ➤

donde se requieren las competencias de la Matrona, para dar respuesta ajustada a la demanda social y a las necesidades específicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.



OFERTA DE PLAZAS EIR 2019 PARA EL ACCESO EN EL AÑO 2020

MATRONAS

CCAA	EIR 2019/2020	MUJERES censo 01-01-2019	Relación EIR/Mujeres
Ad. Estado	8	83.743	10.467,88
La Rioja	4	159.064	39.766,00
Navarra	8	328.909	41.113,63
Islas Baleares	14	593.592	42.399,43
Canarias	25	1.112.248	44.489,92
Pais Vasco	23	1.123.940	48.866,96
Murcia	15	743.566	49.571,07
Valenciana	47	2.524.000	53.702,13
Cataluña	66	3.867.195	58.593,86
Cantabria	5	298.087	59.617,40
Castilla-La Mancha	16	1.014.081	63.380,06
Andalucía	67	4.266.768	63.683,10
Aragón	10	668.735	66.873,50
Extremadura	8	536.457	67.057,13
Madrid	50	3.456.913	69.138,26
Castilla y León	14	1.219.065	87.076,07
Galicia	16	1.396.867	87.304,19
Asturias	5	533.540	106.708,00
Total...	401	23.926.770	59.667,76

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

OFERTA DE PLAZAS DE FORMACIÓN PROPUESTAS POR LAS CCAA Y LAS COMISIONES NACIONALES

CONVOCATORIA DE PRUEBAS SELECTIVAS 2018/19

Informe provisional según especialidades (Junio 2018)

ESPECIALIDADES	Plazas acreditadas	Oferta 2017/18	Propuesta oferta 2018/19	% Variación	Propuesta Comisiones Nacionales
Enfermería de SALUD MENTAL	255	193	197	2,1	255
Enfermería del TRABAJO	33	18	18	0,0	33
Enfermería FAMILIAR Y COMUNITARIA	535	316	327	3,5	535
Enfermería GERIÁTRICA	24	21	20	-4,8	24
Enfermería PEDIÁTRICA	166	128	131	2,3	166
Enfermería OBSTETRICÓ-GINECOLÓGICA	516	375	382	1,9	512

UN RELATO DE EMOCIONES

El parto domiciliario: a propósito de un caso



Muchas veces hemos oído hablar a otras generaciones de lo que fue asistir partos en casa, incluso a las propias madres contar su experiencia. En los últimos años, el hecho de poder tener los hijos en casa, se ha convertido en un movimiento reivindicativo de grupos de madres, asociaciones y profesionales como matronas y obstetras. Mucha es la polémica respecto a este tema, pero voy a relatar mi propia experiencia, que fortuitamente he vivido recientemente con una familiar. Puede que parezca que no tiene mayor relevancia pero para mí la tiene toda, soy una residente de matrona recién iniciada en su segundo año.

El día 19 de octubre tuve el gran privilegio de ser la “matrona” de mi prima Marta.

Sin pensarlo, sin quererlo, tuvimos un parto en casa. Fueron momentos realmente emotivos pero por mi parte repletos de miedo e incertidumbre ante cualquier posible complicación de las tantas que nos han contado en clase.

Mi experiencia comienza cuando Marta, mi prima, con amenaza de parto prematuro (APP), tuvo sus primeras contracciones en la semana 33 de gestación por lo que empezó un tratamiento con progesterona que dejó a las 35 semanas. Yo, desde la semana 34, decidí estar disponible y localizable 24 horas por si se ponía de parto en cualquier instante. También hay que tener en cuenta que era una gran múltipara, era su cuarta gestación y parto. Me telefoneó el 19 de octubre a las 19:15h diciéndome que había roto la bolsa, pero no tenía ninguna contracción. En ese momento no me encontraba cerca de su casa, así que dejé todo lo que tenía entre manos para acudir lo más rápido posible. Instantes antes de llegar a su portal recibí una nueva llamada: ‘María, ven ya.’ No pasaron ni diez minutos y las contracciones habían comenzado a aparecer con más frecuencia e intensidad.

Cuando llegué la encontré pálida y con muchísimo dolor. Le dije que se tumbara en la cama para hacer un reconocimiento vaginal, porque en ese momento solo llevaba encima unos guantes estériles, nada más.

Al explorarla, estaba en dilatación completa, en un I-II Plano en OIIA, rotando a OP. En ese momento fui consciente de que no había tiempo para desplazarnos a ningún hospital, el parto era inminente y hubiese parido bajando hacia el coche o durante el propio trayecto al hospital.

En su casa se encontraban sus hijos pequeños (tiene tres, y en camino el cuarto) al cuidado de mis tíos, los cuáles se encontraban en un estado realmente alterado de nerviosismo, no atinaban a casi nada, y yo seguía centrada en mi prima. Decidí hacerme cargo de la situación y desconectar del resto del mundo.

Indiqué a mi tía que llamase al 112 para asegurarme de disponer de material ante cualquier imprevisto. Justo, en ese momento, llegó a casa el padre de la criatura lo que permitió a mi prima sentirse más tranquila y apoyada en estas circunstancias en las que el resto de personas estaban fuera del dormitorio, lugar en el que nos encontrábamos ahora ya, los tres.

Cada vez que tenía una contracción, la sensación de pujo aumentaba. Yo, mientras esperaba la llegada del 112, la acompañaba en las respiraciones que tiempo atrás le había enseñado a realizar. Tuvimos mucha suerte, pues la ambulancia se encontraba cerca y en menos de 10 minutos ya estaban en la casa. En ese momento respiré aliviada, pues ellos disponían de recursos imprescindibles como el material necesario para cortar el cordón, medicación (oxitocina), material para canalizar vía en caso necesario y sobre todo, recursos para atender a su hijo en caso de necesidad, siendo como era, una niña pretérmino.

Al verme con los guantes puestos me preguntaron



quién era. Les dije que residente de matrona de segundo año y el médico me dijo: 'Que suerte, pues tú tienes más experiencia en esto que nosotros, así que tú mandas'. Todo esto sucedía mientras la pequeña Manuela ya iba coronando. Poco a poco salió su cabeza y, posteriormente, el cuerpo entero. Tenía un cordón muy corto y no hubo ninguna circular de cordón alrededor de su cuello.

Le inyectaron oxitocina IM 20UI y en 20 minutos ya había alumbrado. Mientras tanto, estábamos pendientes de la pequeña, pues era prematura de 35+2SG. Aunque nada más nacer ya lloraba, parecía que se hubiese percatado de la tensa situación y lloró incluso antes de acabar de salir su cuerpo entero, lo cual agradecemos porque nos transmitió un mensaje de tranquilidad a todos los presentes.

Realmente debo confesar que en todo el proceso me sentí segura. Confiaba en mí misma, aunque también estaba presente el temor a que le ocurriese cualquier cosa a la pequeña y, especialmente, que mi prima hiciera cualquier complicación, como una atonía uterina, que produjese una hemorragia más allá de la normal. Pero, afortunadamente, todo salió bien.

Minutos después, ella y yo, nos trasladamos con la ambulancia para acudir al HMI de Málaga, donde me encargué de tramitar toda la documentación necesaria para su ingreso hospitalario. Una vez allí, hicimos una nueva revisión de su estado físico y decidimos inyectarle más oxitocina para prevenir cualquier complicación teniendo en cuenta que era una gran múltipara, aunque el útero en ese momento estaba muy bien contraído.

Llegados a este punto, cuando todo pasó y estuvimos más tranquilas, pensé que había estado tan concentrada en ella y en la pequeña Manuela que toda la situación de elevada tensión y estrés acumulados explotaron dentro de mí justo en aquel momento de calma.

Sin duda, agradezco haber podido vivir una experiencia tan gratificante como esta. Atender el parto de un familiar rodeada de tu familia como se lleva haciendo toda la vida durante generaciones es algo realmente especial. Ahora que todo es en hospital y muy pocas mujeres paren en casa, ha sido



algo espectacular. Sin embargo, me doy cuenta de que para hacer partos en casa es vital tener muchos recursos, porque te asaltan mil dudas y, durante segundos, te vienen a la mente todas aquellas situaciones diferentes que se pueden presentar (¡y rezas porque no te pase ninguna!!). En el hospital tenemos todo a mano y contar con todas las facilidades a nuestro alcance por si sucede cualquier complicación es una verdadera suerte.

Lo cierto es que, en momentos como estos, en los que te encuentras a solas frente a determinadas situaciones, eres realmente consciente de todo lo que he sido capaz de aprender en este año y cuatro meses de residencia que llevo. Me siento feliz y satisfecha al verme capaz de mantener la serenidad y la calma en los más delicados momentos y la confianza en mí misma crece porque mi capacidad de aprendizaje no tiene límites.

Las cosas suceden por algo y pienso que la vida me tenía preparada esta experiencia como residente de matrona y futura profesional titulada, y no podía ser más enriquecedora. Si yo no hubiera estado en ese momento con mi prima, ella hubiera parido sola, aunque en casa acompañada de su familia. Haber podido estar presente en el nacimiento de Manuela, la hija de mi prima, ha sido un acontecimiento que recordaremos todos.

María Domínguez Mejías

EIR 2º de Matrona de la Unidad Provincial de Málaga



METAS DE ENFERMERÍA LANZA EL I CONCURSO DE RELATOS ENFERMEROS

Metas de Enfermería, revista que difunde temas de actualidad y de relevancia científica que sean de interés para todos los profesionales enfermeros y los estudiantes de Enfermería, ha convocado el I Concurso de Relatos enfermeros. Se trata de un proyecto que forma parte de la iniciativa emprendida de adhesión a la campaña Nursing Now y de celebración del 2020 “Año Internacional de la enfermera y la matrona”.

Consiste en un concurso de relatos destinado a todas las enfermeras y matronas por su profesionalidad, dedicación y entrega, en un momento histórico de lucha contra la pandemia COVID-19. A través de sus relatos, los profesionales enfermeros podrán contar sus experiencias y vivencias en todos los ámbitos de su desempeño, con una mirada especial hacia todo lo que ha conllevado esta crisis sanitaria.

Premio al mejor relato

Todos aquellos que lo deseen podrán enviar su relato a la revista contando sus experiencias personales o cercanas con la práctica enfermera que consideren relevantes, para compartirlas o reflexionar sobre ellas y optar al premio de una suscripción anual a ENFERTECA, la mayor Biblioteca General de Enfermería, junto con Encuentr@, el buscador de contenidos más completo y fiable del ámbito enfermero, así como con la publicación del relato en Metas de Enfermería.

¿Qué se necesita enviar para participar?

Los profesionales enfermeros que quieran participar podrán hacerlo de manera individual o colectiva, pudiendo presentar un máximo de tres relatos. Las historias se enviarán al correo electrónico:

premiosdaederelatos@grupo-paradigma.com,

y su extensión será de entre 1.200 a 1.400 palabras en formato Word.

Se deberán enviar dos archivos:

- Archivo 1. Texto completo del relato, sin el nombre del autor/a o autores/as. Como única referencia externa el archivo podrá llevar, si se desea, un seudónimo para personalizarlo.
- Archivo 2. Donde constarán los datos de la/s persona/s autora/s (nombre y apellidos, domicilio completo actual, centro y puesto de trabajo, teléfono de contacto y e-mail).

El plazo de presentación de los relatos finalizará el día 31 de diciembre de 2020. Será entonces cuando un jurado compuesto por miembros del Consejo Editorial y del Comité Científico de Metas de Enfermería, así como por profesionales de Enfermería externos a la editorial, decidirá cuál será el texto finalista. El fallo se hará público a través de la revista Metas de Enfermería en el mes de febrero de 2021.

Las bases podrán ser consultadas en la siguiente dirección de correo:

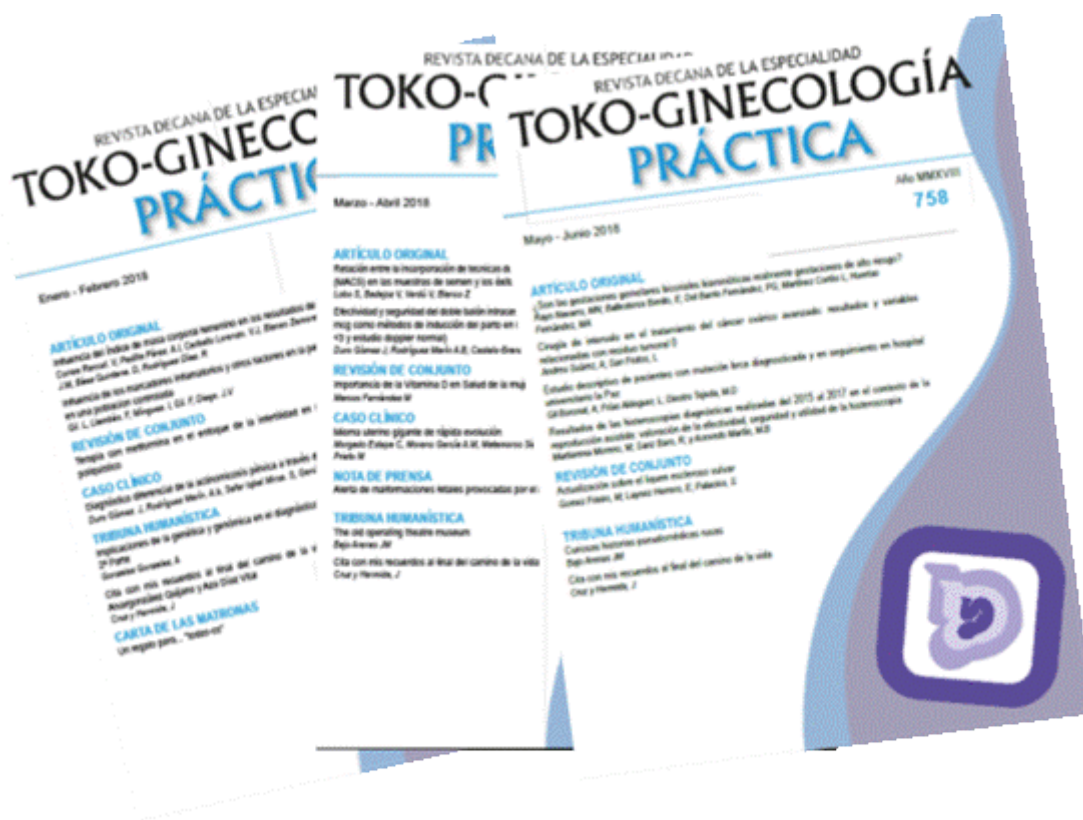
<http://grupo-paradigma.com/premiosdaederelatos>,

Editorial DAE

Difusión Avances de Enfermería (DAE) es una compañía editorial, perteneciente a Grupo Paradigma, que produce y distribuye información y servicios para los profesionales, alumnos, gestores, docentes e investigadores del ámbito de la enfermería. La calidad científica de sus productos y la vocación de servicio al mundo enfermero son los pilares sobre los que se ha consolidado su liderazgo y que le han convertido en la referencia absoluta entre los profesionales de nuestro país.

Dentro de su haber editorial engloba una de las cabeceras enfermeras con mayor tirada y repercusión de España, Metas de Enfermería, que a lo largo de sus más de 20 años de vida sigue creciendo en contenidos y rigor científico. Y cuenta, por otro lado, con un periódico especializado, el Diario DICEN (<https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/>).

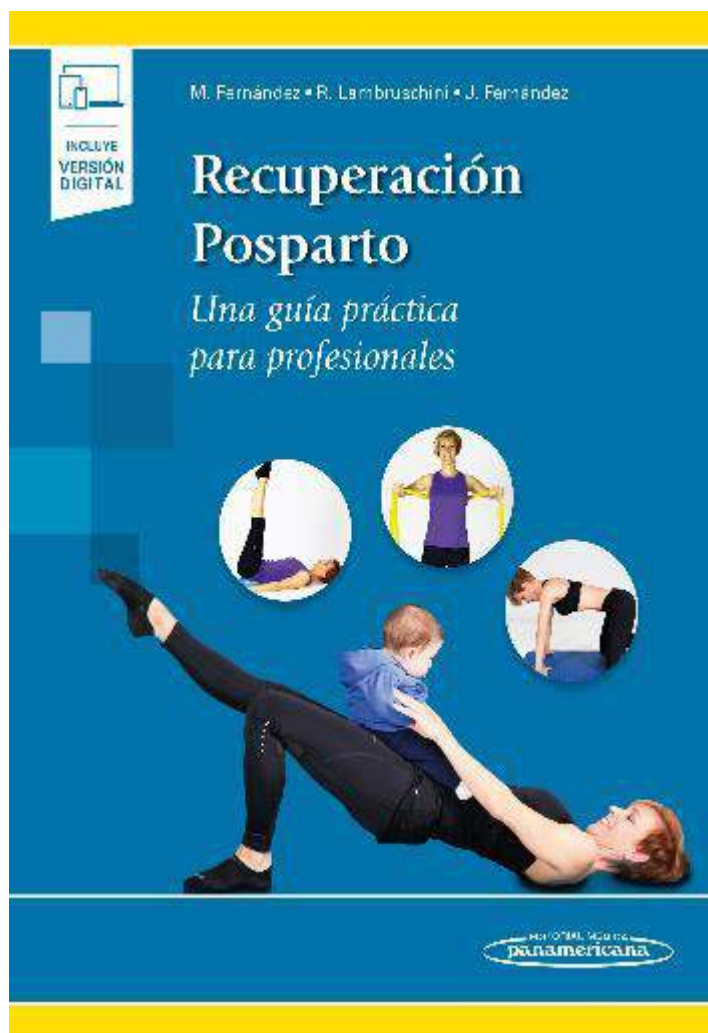
¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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



NUEVA PUBLICACIÓN

El puerperio es una etapa muy particular en la vida de una mujer y como matronas, sabemos de la importancia de estar a su lado, acompañándola con todas las herramientas posibles. Con este fin, hemos publicado nuestro segundo libro "Recuperación Posparto", con el objetivo de servir de ayuda a las matronas en el acompañamiento a este periodo.

Esta vez hemos recogido un compendio de técnicas (Pilates, Hipopresivos...) con el fin de optimizar el trabajo de la mujer y el retorno de su cuerpo a la normalidad. Además hemos dedicado un capítulo específico a trabajar con el bebé, ya consideramos que esto va a optimizar su dedicación a esta tarea.

Para facilitar el acceso a la información la publicación en papel lleva de regalo el libro en formato digital.

Aquellas matronas interesadas en esta publicación pueden beneficiarse de un 10% de descuento usando el código MATRONA10, en la compra realizada a la editorial Panamericana.

Deseamos que os resulte una obra de utilidad en vuestro día a día.

<https://www.medicapanamericana.com/es/libro/Recuperacion-Posparto-incluye-version-digital>



LA MUJER COMO PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XIX



Para este número he rescatado este libro que cuenta con bastantes años de antigüedad porque, aunque se editó en 1988 que, ¡ya serían unos cuantos años de vida!, realmente se gestó entre los años 1961 y 1986, en medio de los cuales la autora, leyó su tesis doctoral (base de este libro) dirigida José M. López Piñero quien también prologa esta obra.

La labor de la autora fue un trabajo pionero en el intento de rescate y visualización de las mujeres, concretando en su actividad del ejercicio y asistencia sanitarias, línea que, afortunadamente, han seguido otras muchas autoras con posteridad y en el momento presente no es extraño leer sobre la historia de las mujeres en cualquiera de los campos de presencia y actuación nuestros.

Es posible que muchos piensen que se queda pobre este libro a pesar de que tiene una gran labor de documentación a través de las revistas médicas de

la época, de algunos archivos profesionales y académicos, de la Gazeta de Madrid etc.. Realmente es un libro absolutamente descriptivo en el que no hay una elaboración de conclusiones que hubiera sido especialmente enriquecedora. Como decía Teresa Ortiz en un comentario a esta obra "Poco sabemos de quiénes eran ellas, qué las impulsó a ser médicas, dónde ejercieron, si ejercieron, cómo se desarrolló su trabajo, cuál fue su participación y su contribución a la medicina y a la historia de su tiempo y cuáles sus opiniones acerca de su profesión y de su entorno. Será necesario avanzar más en la temática que iniciara Carmen Álvarez Ricart, añadiendo nuevas fuentes y nuevas preguntas para encontrar la propia voz de las mujeres profesionales sanitarias en este país.

Su capítulo 3 lo dedica en gran parte a las matronas; interesante para todas nosotras el libro en sí y principalmente esta parte que nos toca de lleno.

Con todas sus carencias y limitaciones, particularmente creo que esta obra merecerá siempre el título de "pionera" en la historia de las mujeres y de la profesión médica; sus propios vacíos, vienen a reforzar la imperiosa y mantenida tarea que tenemos que continuar las mujeres profesionales del ámbito sanitario de escribir la historia de la medicina española con perspectiva de género para mostrar la otra cara de la historia, rompiendo el silencio y la invisibilidad que la historia androcéntrica nos ha impuesto a pesar de nuestra incuestionable ponderosidad demográfica y nuestro necesario e importante papel social.

No solo es lícita y necesaria la tarea de compilar la historiografía de las mujeres por parte de las mujeres, sino que nuestra responsabilidad nos obliga a que esta historia no siga silenciada por más tiempo: tenemos que seguir escribiéndola y difundiéndola.

Rosa M^a Plata Quintanilla. Matrona

Carmen Álvarez Ricart (1936), Dña. Carmen, es una mujer entrañable, sencilla, afable, discreta; doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia; cursó Medicina Tropical en la Facultad de Medicina de Barcelona y Teología para licenciados civiles (D.E.I.) en la Facultad de Teología de Valencia. Miembro del instituto secular VITA ET PAX ha trabajado durante varios años en Ruanda, en el Centro Médicos Social de Bilyogo (Kigali) y en el Hospital de Kiziguro (Byumba), Centro Médico Social de Nyamirambo, todos en Ruanda y en el Hospital Regional de Bukavu (Zaire) para la atención a refugiados ruandeses. Posteriormente se trasladó a España finalizando su actividad laboral como médico de Asistencia Primaria en el Servicio Valenciano de Salud.

La Asociación Española de Matronas, ha contado con el inestimable placer de su participación como conferenciante en el XI Congreso Nacional de Matronas celebrado en Madrid en Mayo de 2011.

AVISO IMPORTANTE

COMUNICADO DE ÚLTIMA HORA

La Asociación Española de Matronas, el Comité Organizador y el Comité Científico del XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Comunican que:

A la vista de la situación actual de la pandemia Covid-19 y las expectativas de los próximos meses, no parece probable que en las fechas previstas de marzo 2021, del último aplazamiento, se pueda celebrar el Congreso en condiciones normales.

Por este motivo, nos vemos en la necesidad de fijar nuevas fechas de aplazamiento para los **días 21, 22 y 23 de octubre de 2021**

Mantenemos el lugar de la celebración, San Juan de Alicante y cambiamos la sede a muy poca distancia de la anterior y se mantienen los precios de alojamientos.

HOTEL ALICANTE GOLF.

Calle Escultor José Gutiérrez, 23, San Juan (03540 Alicante)



www.aesmatronas.com



21, 22 y 23 de octubre 2021

Mujer: tu salud es lo nuestro

CONGRESO
20 NACIONAL
DE MATRONAS
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

**¡¡NUEVO APLAZAMIENTO
OCTUBRE 2021!!**



www.aesmatronas.com

XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS:

Nuevo aplazamiento
a 21, 22 y 23 octubre 2021



JUEVES 21 OCTUBRE 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. ICBCL Enfermera Pediátrica	
Taller 4	Emergencias Obstétricas: • Distocia de hombros • Hemorragias • Eclampsia • RCP	Grupo Español para la prevención de PBO	

PROGRAMA PROVISIONAL DEL XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Alicante, 21, 22 y 23 octubre 2021



JUEVES 21 de octubre 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

VIERNES 22 DE OCTUBRE 2021

22/10/2021 (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	José Pascual Fernández Gimeno. Abogado.
	Consentimiento Informado: Quien, cómo y cuando	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 22 OCTUBRE 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 23 OCTUBRE DE 2021
23/10/2021
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. Ramón Escuriet. Matrón.
10:00h.	“Intervenciones no clínicas para la reducción de cesáreas: Proyecto QUALI-DEC” Debate	Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna-URL. BRNA.

11:00h
PAUSA CAFÉ.
11:30h
MESA RESIDENTES

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

12:30h.
RESULTADOS DE LA ENCUESTA “TOMANDO EL PULSO A LAS MATRONAS”

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

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

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

14:30h.
FIN DE CONGRESO

+ de 42 AÑOS + de 42 LOGROS



www.aesmatronas.com



2020

AÑO INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA Y LA MATRONA



www.aesmatronas.com

