





## 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:

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

#### Consejo editorial:

- Rosa Mª 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:**

- JUSTICIA, EQUIDAD E IGUALDAD

#### **ESPECIAL II:**

- SER PADRE NO TE CONVIERTE NECESARIAMENTE EN PAPÁ

#### **HEMOS LEÍDO QUE...**

- SOBRE LA VACUNA COMIRNATY
- RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE PFIZER Y BIONTECH

#### **MUY INTERESANTE:**

- ENFERMEDADES RARAS: ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)
- LA AMPLIACIÓN DE LA ATENCIÓN PRESTADA POR MATRONAS DEBE SER AHORA UNA PRIORIDAD MUNDIAL
- PRIMERA EVIDENCIA DE MICROPLÁSTICOS EN LA PLACENTA HUMANA
- PLACENTA ARTIFICIAL PARA SALVAR NIÑOS PRETERMINOS
- COSAS A TENER EN CUENTA SOBRE LA INFERTILIDAD MASCULINA
- CURSO ON LINE SOBRE SALUD VAGINAL ACREDITADO Y GRATUITO
- CORONAPEDIA

#### **BREVES:**

- CURSO LACTANCIA MATERNA IHAN
- ENCUESTA EMBARAZO ACTIVO
- TRABAJO MATRONAS EN EMIRATOS ARABES
- NOTICIAS DE SIMAES

#### **ENTREVISTA CON:**

- TERESA CABRERA SANZ

#### **BUENAS NOTICIAS**

- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- EXPERIENCIA POSNATAL MÁS TRANQUILA PARA LAS MADRES POR LA PROHIBICIÓN DE VISITAS DE COVID-19
- EL CORO DE PARTERÍA LANZA UN SENCILLO NAVIDEÑO PARA RECAUDAR 500,000 LIBRAS
- PARQUE EN HOMENAJE A ENFERMERAS Y MATRONAS
- MADRID RINDE HOMENAJE A LOS 114 SANITARIOS
- PREMIOS METAS

#### **LECTURA RECOMENDADA:**

- MEDICINA HISTORIA Y GENERO

#### **AGENDA A.E.M. APLAZADOS**

- CURSOS 2020
- XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



*Ha sido necesaria la hecatombe de la COVID-19 para que el mundo reconozca el mérito y la valentía del personal sanitario.....  
¡Ojalá! esta dolorosa prueba sirva para que se nos ofrezca un futuro acorde con nuestra valía y responsabilidades.  
Gracias a todos, especialmente a las matronas-es por vuestra dedicación y sacrificio.  
¡Salud y dicha para todos en 2021!  
Asociación Española de Matronas*



## JUSTICIA, EQUIDAD E IGUALDAD

**E**stamos a principio de un nuevo año, 2021, en el que todas las esperanzas están puestas en superar los horrores vividos en el 2020 que temo, pasará a la historia como uno de los más trágicos del siglo XXI aunque aún queda mucho por vivir de este último y no seremos muchos los que estaremos para contarlo.

Ya solo nos conformamos con que el 2021 sea un “poquito mejor”, lo que se traduce en menos muertes, menos contagios y poder volver a abrazar a nuestros seres queridos.

Durante este pasado año hemos vivido situaciones que nos han parecido injustas como puede ser la falta de EPIs para poder realizar nuestro trabajo, el cuidado de las mujeres, con la seguridad que se nos exige profesionalmente. El reparto de los recursos no fue equitativo y por supuesto, muchos reconocimientos no fueron los mismos en igualdad de situaciones.

En el “Estado de Alarma” se vulneraron muchos derechos de las personas, algunos fundamentales, fueran profesionales o pacientes, pero la injusticia mayor ha sido que esta maldita pandemia casi ha acabado con los más vulnerables, las personas mayores y las más pobres, sin recursos. Esta vez no ha sido en la televisión, donde uno lo ve todo como lejano, ajeno a nosotros, todo lo contrario, en nuestro propio país, en nuestra ciudad, nuestro pueblo, nuestra calle, todo “nuestro acomodado mundo” saltó por los aires, donde creímos que estábamos seguros y a salvo, tuvimos que aceptar, como acto de humildad, que todos corriamos el mismo riesgo de enfermar y reconocer que el virus no discriminó a nadie por cuestión de género, edad, dinero, profesión o estatus social. Ante estos hechos no todas las respuestas fueron justas, ni equitativas ni iguales, que aunque son de la misma familia en su significado, son los pequeños matices las que las hacen diferentes como veremos en el desarrollo de este artículo.

### MARCO CONCEPTUAL

Como siempre y para poder entendernos, lo primero es definir de lo que estamos hablando.

#### JUSTICIA:

La justicia uno de los cuatro pilares de la bioética de T. Beauchamp y J.Childress y que para estos autores es “*el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona*”.<sup>1</sup>

La palabra justicia proviene de la palabra iustitia que significa “justo”, y deriva del vocablo ius. Según la RAE, “*Principio constitucionalmente consagrado como valor superior del ordenamiento jurídico en el que confluyen los de razonabilidad, igualdad, equidad, proporcionalidad, respeto a la legalidad y prohibición de la arbitrariedad, ya que, según los casos, se identifica con alguno de estos otros principios.*”

El concepto de justicia ha sido tema de abordaje en las diferentes culturas y por supuesto, por los grandes filósofos como Platón o Aristóteles. Por ejemplo para Platón<sup>2</sup>, la justicia es *rectitud* y se da de dos maneras, en general, como *la virtud del orden* (poner cada cosa en su sitio) y en lo social, como *poner a cada ciudadano en su lugar social, según su saber y el papel que puede y debe desempeñar.*





Para su discípulo Aristóteles, la justicia es una de las cuatro virtudes cardinales que inclina a dar a cada uno lo que merece o le pertenece. Establece la justicia universal, como la suma de las virtudes en las relaciones sociales y la justicia particular, como parte del total de las virtudes y que tiene como objeto la distribución e intercambio de bienes. En resumen, para Aristóteles la “Justicia” es lo que *regula la igualdad o equidad en la distribución de algo, y establece la proporción con que deben distribirse las recompensas y los castigos*. Volviendo a la actualidad, la justicia, es un conjunto de valores esenciales sobre los que se debe basar una sociedad y el Estado.

Concretando y en un sentido formal, la justicia es el *conjunto de normas codificadas que el Estado, a través de los organismos competentes, dicta, hace cumplir y sanciona cuando son irrespetadas, suprimiendo la acción o inacción que generó la afectación del bien común*.

## TIPOS DE JUSTICIA:

Existen cuatro enfoques o formas de aplicar la justicia.

- **Justicia distributiva**, basada en la idea aristotélica de justicia y que consiste en la distribución equitativa de la riqueza o recursos, de tal manera que todos los ciudadanos se vean beneficiados.
- **Justicia restaurativa**, se concentra en el bienestar de la víctima más que en el castigo del victimario. En este sentido, lo que se busca es reparar de forma material o simbólica el daño causado. Ambos deben implicarse en la búsqueda de la justicia aunque para ello el victimario deba entender y reconocer el daño causado.
- **Justicia procesal**, este tipo de justicia establece normas y reglas que deben ser respetadas por todas las personas por igual, y establece sanciones de diversa índole en caso de que los ciudadanos incurran en falta. Es la que se administra en los tribunales u otros organismos creados por el Estado.
- **Justicia retributiva**, establece que cada persona debe ser tratada de misma forma en la que trata a otros, por lo tanto, al incurrir en una falta debe ser castigada. Lo que se espera de este tipo de justicia es que el efecto retroactivo persuada a otras personas de incurrir en delitos.

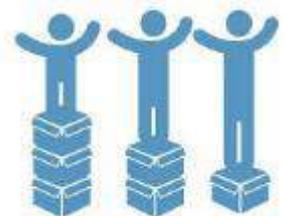
## EQUIDAD:

Según la RAE, la equidad es una palabra que proviene del latín equitas y que significa “*igualdad de ánimo*”. Parece imposible hablar de justicia sin nombrar este término como sinónimo pero tiene un matiz diferente. Aunque se suele aplicar en el contexto de la justicia social, la equidad es más bien como una *justicia natural porque implica dejarse llevar por el sentido del deber o de la conciencia más que por las estrictas normas escritas de la ley*<sup>3</sup>.

Como tal, la equidad se caracteriza por el uso de la imparcialidad para reconocer el derecho de cada uno, utilizando la equivalencia para ser iguales. Por otro lado, la equidad adapta la regla para un caso concreto con el fin de hacerlo más justo. Por

ello, la equidad en Derecho, es la forma justa de la aplicación de la ley, porque no sólo la interpreta sino que impide en algunos casos que la aplicación de ésta pueda perjudicar a algunas personas. Es la equidad lo que completa los vacíos que la ley pueda tener en la interpretación y aplicación de la misma. Puede que sea este término lo que más se acerque a la definición de justicia en la bioética Principialista de Beauchamp y Childress

## Equidad





ya que la falta de justicia para ellos se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.

También podemos hablar de **equidad de género**<sup>4</sup> que es *ofrecer a todas las personas, independientemente de su género, las mismas oportunidades y tratamientos para garantizar el acceso a sus derechos, así como el uso de los bienes y servicios de la comunidad.* Y otro tipo es la **equidad social**, que es la *aplicación de los derechos y obligaciones de manera justa y equitativa a las personas, independientemente de la clase social a la que pertenezca.* La equidad social no pretende eliminar las diferencias existentes, sino de valorarlas y ofrecer un trato equivalente para superar las desigualdades sociales existentes en la sociedad.

**Por último, la equidad como un valor humano**, busca implementar justicia e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, respetando las características particulares para darle a cada uno lo que le corresponde o merece y como dice Aristóteles, *“la equidad es la Justicia aplicada al caso concreto. Muchas veces la rigurosa aplicación de una norma a los casos que regula puede producir efectos secundarios”.*

**IGUALDAD:**

Ya ha salido varias veces a lo largo del texto pero vamos a profundizar un poco más. La palabra igualdad, proviene de la palabra latina *aequalitas*, -ātis, formada con el término *aequus* que significa “igual, llano, equilibrado”. Por definición, la igualdad es *una equivalencia o conformidad en la calidad, cantidad o forma de dos o más elementos.* Quizá donde nos suene más es cuando la asociamos a **igualdad de género** porque establece una relación de derechos y deberes de las personas sin tener en cuenta su género. Y aunque parezca contradictorio, a veces, para que exista igualdad en una sociedad como la nuestra, tan masculinizada, el tratamiento ha de ser de discriminación positiva, de equidad, para favorecer en este caso, a la sociedad femenina tan desfavorecida en muchos aspectos sociales, educativos, laborales y culturales que las beneficie de todas las desigualdades existentes aún en muchas sociedades.

También **igualdad ante la ley**, como *“principio jurídico que establece una serie de derechos, obligaciones y garantías comunes para todos los ciudadanos de una misma sociedad”.* Este es uno de los primeros artículos<sup>5</sup> de nuestra Constitución y por lo tanto excluye cualquier tipo de discriminación y privilegios, es decir, la aplicación de la ley no está condicionada por la condición de la persona a la que se le aplica. Además, existen distintas disciplinas que se encargan de analizar el concepto de **igualdad social** relacionándolo con la justicia social. En este aspecto, la Declaración de los Derechos Humanos<sup>6</sup> afirma que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”* y en su artículo 7 refiere que *“todos los seres humanos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción derecho a igual protección de la ley”.*



Esto no suele ser así en muchos de los países del mundo dando lugar a graves conflictos y enfrentamientos.





## CASOS PRÁCTICOS

Puede que alguien se haya perdido en toda la exposición anterior de conceptos, aunque necesarios para la búsqueda de argumentos o incluso que no encuentren la relación con lo que es nuestra profesión pero creo que los casos o ejemplos prácticos pueden darnos más luz.

Decíamos al principio del artículo que todos, profesionales sanitarios o población general, hemos sufrido de una manera directa o indirecta las consecuencias de esta pandemia pero la respuesta de los políticos o de los organismos sanitarios que son los responsables ante sus ciudadanos y trabajadores ha sido injusta, desigual y sin equidad.

Injusto fue el no cuidar de los profesionales con los pocos recursos disponibles en un principio pero además, una vez los hubo, el reparto no fue equitativo incluso dentro de una misma comunidad. Claro ejemplo fue la cantidad de EPIs y test diagnósticos que tuvieron los hospitales grandes en detrimento de los pequeños o comarcales, como si en éstos las personas tuvieran menos riesgos de enfermar o de morir. Como consecuencia, no todos los pacientes tuvieron las mismas posibilidades de diagnóstico y tratamiento (inequidad).

Y ¿qué decir de la injusticia distributiva sufrida por nuestro colectivo?, no solo no tuvimos los mismos “pocos recursos” sino que una vez establecidos, fuimos tratadas en desigualdad. Es decir, parece que algunas gerencias entendieron que las urgencias de las maternidades debían estar exentas de cualquier tipo de atención. Todos los focos apuntaban a las UCIs y a las Urgencias Generales, como si las gestantes no fueran población de riesgo. Pasó mucho tiempo, muchas cartas y reclamaciones después, para conseguir una visibilidad equiparable a otros servicios y obtener recursos materiales y personales.



Y ¿qué decir de lo sufrido por las propias gestantes con el tema del acompañamiento durante el proceso del nacimiento de su hijo/a? Aún no hace ni dos meses que alguna Comunidad Autónoma permitió el acompañamiento de las parejas, lo cual motivó cientos de reclamaciones por un hecho de desigualdad entre parir en un lugar u otro de España porque no en todas las CCAA se podía garantizar la realización de una PCR a las parejas, o los circuitos no garantizaban las medidas de seguridad.

Y ¿qué decir de la falta de recursos a los que tuvieron que hacer frente las matronas de Atención Primaria (AP) en los centros de salud? Muchos fueron los que cerraron las puertas para la asistencia presencial pasando a la “telefónica”, un recurso que tiene muy limitada la asistencia de calidad que una matrona debe realizar y en la que el seguimiento del embarazo o incluso la educación maternal (EM) quedaron eclipsadas. Las gestantes, incluso de una misma comunidad, no tuvieron la misma oportunidad (equidad) de acceder a unos cuidados con videoconferencia o unas clases de EM por on line. En parte, porque los centros carecían de estos recursos (no había línea de internet u otros) y en parte, porque algunas compañeras se excusaron en la falta de conocimientos informáticos para no hacerlo, aunque afortunadamente, fueron más las que se adaptaron y adoptaron un rol proactivo ofreciendo unos magníficos cursos en redes por online. Pero, ¿fue justo que mujeres incluso de un mismo departamento no obtuviesen los mismos conocimientos o información para afrontar el embarazo, parto, puerperio y crianza? Si a esta falta de información le añadimos el estrés por la situación de miedo frente a la >



COVID-19 y la ansiedad por tener que afrontarlo sin su pareja, tenemos un coctel emocional con consecuencias, incluso graves, para la salud materno-fetal.

Y para por si todo lo anterior no fue suficientemente injusto para unas y otras, algunos gobiernos de algunas CCAA quisieron reconocer o recompensar económicamente a los profesionales que estuvieron sufriendo la primera ola de esta pandemia y ¿sabéis qué? en primera instancia las matronas no fueron incluidas por no atender pacientes por COVID-19, ¡¡por no estar en primera línea!! No sé si veréis como yo la injusticia cometida, que más allá de lo económico y menos importante, está el hecho de no ser reconocidas por lo que somos, matronas, y nos merecemos, por la labor realizada sin medios, por el riesgo asumido al no poder testear a las mujeres/parejas cuando acudían a urgencias de maternidad, por no recibir ningún tipo de ayuda en el inicio del estado de alarma desde las gerencias, direcciones, coordinadores/as o supervisores/as, por tener que emplear nuestros propios medios para grabar una clase de EM o conectarnos a internet desde casa para resolver dudas. Aún resuena en mi mente una frase que escuché de quien se suponía debía valorarnos, *“vosotras estáis muy bien, a la planta COVID deberíais ir para saber lo que es”*. Muchas frases como esta y otras, seguro que os han retumbado en el cerebro, y todo esto por un desconocimiento, a veces total, de las competencias profesionales de las matronas por cargos de gestión que son médicos o enfermeras y de lo que es nuestra profesión, una profesión que va más allá de atender un parto o según una gerente *“recoger al niño cuando sale para que no caiga al suelo”*.

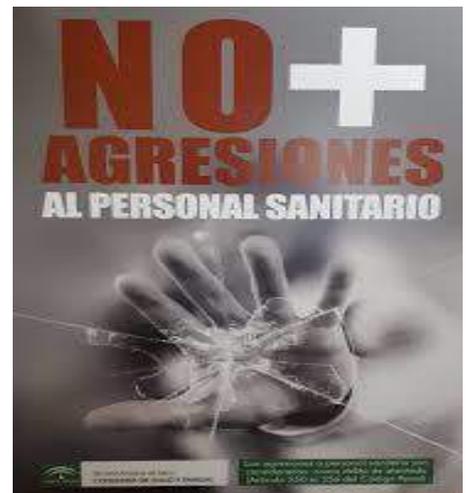
### CONCLUSIÓN

En general todos los profesionales durante la pandemia fuimos también víctimas de una injusticia no retributiva porque el victimario no ha sido capaz de entender y aceptar la culpa, una desigualdad de méritos porque si los/las médicos/as estuvieron al frente, también muchas más enfermeras y enfermeros cuidaron y sufrieron las consecuencias. Todos y todas pasamos de un reconocimiento social, héroes y heroínas, al vilipendio sanitario, villanos malvados que solo disfrutaban fastidiando al usuario y en los que se puede descargar toda la frustración; de los aplausos de las 8 de la tarde a las agresiones verbales y físicas; de ser autoridades en materia de salud y prevención a meros trabajadores de centros u hospitales a los que nadie escucha porque la prioridad parece haber cambiado, reunirse con la familia, hacer compras navideñas, celebraciones, etc. han ocupado primeras imágenes en noticiarios por encima de las recomendaciones sanitarias.

Y aunque no sea políticamente correcto, sería ético pensar en las consecuencias de tanta injusticia, una tercera ola, como muchos expertos anuncian para finales de enero, no solo puede hacer que más personas mueran o enfermen o que las medidas se extremen, sino que los profesionales sanitarios sean insuficientes para cuidar a los ciudadanos.

La vacuna está en España desde finales de diciembre pero ni todas las personas van a llegar a tiempo antes de enfermarse, ni a todos va a alcanzar este recurso en el plazo contemplado ni se sabe si todos tendrán la misma oportunidad si viven en zonas rurales casi despobladas.

Este año 2021 vuelve a ser el **“Año internacional de las enfermeras y matronas”** porque también por la pandemia fue pospuesto y solo espero que todo lo acontecido y puesto sobre la mesa que diría





aquel, debilidades y amenazas se conviertan en fortalezas y oportunidades para hacer realmente de nuestra sanidad un estándar de excelencia sanitaria y de nuestra profesión un justo reconocimiento.

No quiero cerrar el artículo sin una frase de uno de los filósofos citados a lo largo de este texto, Aristóteles que dice: ***“Se piensa que lo justo es lo igual, y así es; pero no para todos, sino para los iguales. Se piensa por el contrario que lo justo es lo desigual, y así es, pero no para todos, sino para los desiguales”***.

A mí me gustaría añadir ***“Somos enfermeras sí, pero sobre todo, matronas y esa es la diferencia”***.

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



## Referencias

1. Principios de Ética Biomédica (1979) de Tom. L. Beauchamp i James. F. Childess (6 ediciones, traducción española de la 4ª edición, 1999)
2. Serrano Carlos Javier. (2018, marzo 3). La Justicia según Platón
3. Una de las definiciones de la RAE
4. <https://www.significados.com/equidad>
5. Artículo 14. Constitución Española. 1978
6. Asamblea General de Naciones Unidas. 1948 “Declaración Universal de los Derechos Humanos”



## “SER PADRE NO TE CONVIERTE NECESARIAMENTE EN PAPÁ”

**“Ser padre no te convierte necesariamente en papa”**, nos dice Máximo Peña en su artículo LA ODISEA DE LA PATERNIDAD, el pasado 22 de Septiembre; en el que se atreve incluso a proponernos rezar un nuevo PADRE NUESTRO, invocando al “padre que estás a mi lado” en vez de al padre que estás “en los cielos”; en referencia a un padre alejado, ausente y autoritario, el patriarca, del que todavía quedan algunos resquicios, y que ante la amenaza de la pérdida de privilegios, algunos hombres sacan del armario, para sorpresa de mujeres, madres y otros hombres, que les han oído hablar y hablar de igualdad, equidad y custodia compartida.

Nos habla de la paternidad como un viaje iniciático, del cual nunca regresamos idénticos a como éramos antes de partir. El cuerpo del hombre no tiene cambios aparentes de camino a la paternidad, pero la epigenética tiene aquí una gran expresión, y donde la genética apuesta por la testosterona, la experiencia de la paternidad compartida pone oxitocina y endorfinas para favorecer el vínculo y los cuidados que aseguren mejor supervivencia de la criatura; mejor dos cuidadores que solo una. La madre y la cría trasfiguran juntos sus cuerpos, el padre a través de la interacción. La situación actual de prevención de la covid19 ha llevado a no permitir la entrada “del acompañante” a las consultas sanitarias, pero es que el futuro padre no es un acompañante, es un sujeto con derecho de atención por su condición de futuro padre; y mientras los hombres no tengan dicha entidad para Matronas, Ginecólogas/os, Enfermeras, Pediatras, las/os profesionales sanitarias/os estamos dificultando el vínculo de éste hombre con su hija, con su hijo, y por tanto su motivación para el cuidado.

El concepto de nuevas masculinidades ya lleva años considerándose un concepto vacío, también para los hombres que trabajan en la equidad, no solo para las mujeres. Karla Elliott ya empezó a hablar en 2016 de MASCULINIDADES DEL CUIDADO, como una forma de concretar en el cambio de los hombres. Máximo nos dice “ser cuidado es una necesidad humana y cuidar, por tanto, es una capacidad humana, no de las mujeres. Todos podemos aprender a cuidar”

Y propone que el cuerpo del padre esté en relación estrecha con el cuerpo de los hijos; que los padres tengan contactos con los hijos, con las hijas. Contactos frecuentes y dilatados en el tiempo; que dichos contactos conlleven comportamientos con implicaciones en el bienestar de las hijas, de los hijos, de acuerdo con los valores de la comunidad de pertenencia; que a la presencia corporal y el tiempo se una la atención plena, estar en lo que se está. ¿Y cómo podemos llegar a conseguir estos objetivos en los hombres? Y responde: a través de la renuncia a los privilegios, la renuncia a las ventajas de la herencia patriarcal. Ardua tarea.

Me pregunto si las matronas somos profesionales sanitarios que favorecen o dificultan ese vínculo, esa interacción entre el padre y el/la recién nacida/o. **Me pregunto si para nosotras, los futuros padres, siguen siendo “acompañantes” en las consultas prenatales; porque de ahí a ser “ayudadores” en vez de “corresponsables” en la crianza, es un pequeño paso. Un pequeño paso... y una gran sobrecarga mental y física para la madre, una vez más.**

Esperanza Agraz Patiño. Matrona Atención Primaria

**Artículo citado:** La odisea de la paternidad: el viaje de convertirse en papá –

<https://www.psicologiaparatodos.org/la-odisea-de-la-paternidad-el-viaje-de-convertirse-en-papa/>

**Otros artículos del autor:**

PRAN de parto para hombres o cómo acompañar a tu pareja sin subirle la adrenalina - Psicología para todos (psicologiaparatodos.org)

Parir con mindfulness. Psicología para todos



## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA VACUNA COMIRNATY (ANTICOVID-19) DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO Y PFIZER

**Comirnaty** es una vacuna basada en ARNm que codifica la proteína S del SARS-CoV-2 en una nanopartícula lipídica. Contiene una molécula llamada ARN mensajero (ARNm) con las instrucciones para producir una proteína del SARS-CoV-2, el virus que provoca la COVID-19.

**Comirnaty** no tiene al virus en sí mismo y no puede provocar la COVID-19.

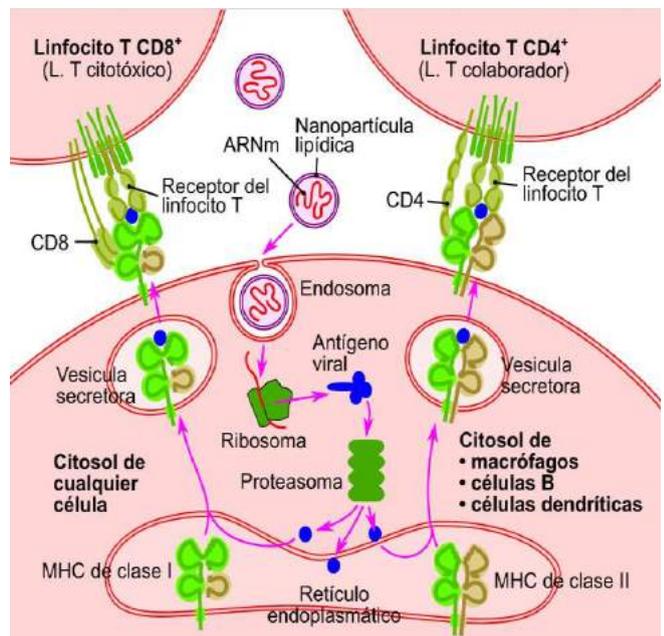
### Pauta de administración:

2 dosis de 0,3 ml. vía IM, en el músculo deltoides, con un intervalo de 21 días.

- Si la segunda dosis se aplica antes 19 días, esa dosis no se tendrá en cuenta y se deberá administrar una nueva dosis (tercera dosis) a los 21 días de la dosis anterior aplicada fuera de plazo.
- Si ya han transcurrido más días que el plazo establecido para la segunda dosis, debe aplicarse igualmente esta segunda dosis y no es necesario reiniciar la pauta: **“dosis puesta, dosis que cuenta”**

### ¿Cómo funciona?

- Contiene una molécula de ARNm, que posee las instrucciones para producir la proteína S de la espícula.
- Esta proteína se encuentra en la superficie del virus SARS-CoV-2 y es necesaria para que éste pueda entrar en las células del cuerpo.
- Cuando una persona recibe la vacuna, algunas de sus células leerán las instrucciones del ARNm y producirán temporalmente la proteína S de la espícula. El sistema inmune de la persona reconocerá esta proteína como extraña y producirá anticuerpos y células T activadas para defenderse.
- Si más adelante, la persona entra en contacto con el virus SARS-CoV-2, su sistema inmune lo reconocerá y destruirá.
- El ARNm de la vacuna no permanece en el cuerpo, sino que es destruido poco tiempo después de la vacunación.



### ¿Qué beneficios ha mostrado en los ensayos clínicos?

Es eficaz en la prevención de la COVID-19 en personas a partir de los 16 años.

- N = 44.000 voluntarios. Mitad vacuna y mitad placebo
- La eficacia está calculada en base a 36.000 voluntarios a partir de los 16 años de edad (incluyendo mayores de 75 años), sin signo previo de infección: Criterio exclusión
- Reducción del 95% de casos sintomáticos de COVID-19 en personas que recibieron la vacuna (8 casos de 18.198 tuvieron síntomas de la COVID-19) frente a las personas que recibieron la inyección de placebo (162 casos de 18.325 tuvieron síntomas de la COVID-19): Eficacia del 95% en el ensayo.
- Eficacia de alrededor del 95% en los participantes en riesgo de contraer de forma grave la COVID-19, incluyendo participantes con asma, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, hipertensión o con índice de masa corporal > 30 kg/m<sup>2</sup>.

### ¿Cuánto dura la protección de Comirnaty?

- Se desconoce actualmente. Las personas vacunadas en el ensayo clínico tendrán un seguimiento durante 2 años para recoger más información sobre la duración de esta protección.

### ¿Es eficaz para reducir la transmisión de la COVID-19 entre personas?

- El impacto de la vacunación en la propagación del virus a nivel comunitario se desconoce todavía: no se sabe aún en qué grado las personas vacunadas pueden ser portadoras del virus y propagarlo.

### ¿Pueden vacunarse las personas que ya han tenido la COVID-19?

- No hubo efectos adversos adicionales en las 545 personas que recibieron Comirnaty en el ensayo clínico y que previamente habían tenido la COVID-19.
- Aunque no se dispone de suficiente información del ensayo para concluir si es eficaz en personas que ya han tenido la COVID-19.

### ¿Pueden vacunarse los niños?

- NO. solo a partir de 16 años.
- La EMA ha acordado un plan de investigación de la vacuna en niños en una fase posterior.

### ¿Y las personas inmunodeprimidas?

- No se dispone de suficiente información
- Aunque estas personas pueden no responder tan bien a la vacuna, no hay problemas de seguridad. Por eso, estas personas pueden **vacunarse ya que pueden estar en mayor riesgo de infección de la COVID-19.**

## ¿Pueden vacunarse las mujeres embarazadas o durante la lactancia materna?

- Los estudios en laboratorio en modelos animales no han mostrado ningún efecto dañino en el embarazo. Es una información muy limitada, no se espera ningún riesgo en lactancia.
- La decisión de la vacuna en embarazadas o la lactancia, debería hacerse con la valoración de un profesional sanitario evaluando individualmente los beneficios y riesgos según cada caso.

## ¿Pueden vacunarse las personas con alergias?

- No las que sepan que son alérgicas a algún componente de la composición (ver prospecto, sección 6)
- Ha ocurrido un número de casos muy pequeño de anafilaxia desde el inicio de la campaña de vacunación.
- Adicionalmente, las personas que presenten una reacción alérgica grave al recibir la primera dosis de Comirnaty no deben recibir la segunda dosis.

## ¿Cuáles son los riesgos asociados a Comirnaty?

- Las reacciones adversas más frecuentes fueron leves o moderadas y mejoraron unos días después de la vacunación.
- Se ha producido parálisis facial periférica aguda en menos de 1 de cada 1000 personas.
- Un número muy pequeño de casos anafilaxia, que sucedieron ya en la campaña de vacunación.
- Como para todas las vacunas, se debe administrar bajo estrecha vigilancia médica con el tratamiento médico necesario disponible.

## ¿Por qué la EMA ha recomendado su autorización?

- Ofrece una alta protección frente a la COVID-19: 95% de eficacia.
- La mayoría de los efectos adversos, son leves o moderados y desaparecen en unos días.
- Los beneficios son mayores que sus riesgos por lo que puede ser autorizada para su uso en la Unión Europea.
- La autorización de comercialización es condicional: el laboratorio tiene que realizar estudio en Fase IV.
- La EMA revisará cualquier nueva información disponible para actualizar su evaluación si fuera necesario.

## ¿Qué información se espera todavía de Comirnaty?

- BioNTech seguirá suministrando información del ensayo clínico principal que está en marcha durante 2 años.
- Se necesitan más estudios de la eficacia de la vacuna en la prevención de casos de COVID-19 grave y en personas inmunocomprometidas, niños, mujeres embarazadas y para saber si también previene los casos asintomáticos.
- Además, estudios independientes de las vacunas frente a la COVID-19 coordinados por las autoridades de la Unión Europea, darán más información sobre la seguridad y el beneficio de la vacuna a largo plazo en la población general.
- El laboratorio llevará a cabo estudios para aportar más seguridad sobre la calidad de la vacuna mientras su fabricación siga avanzando.
- La AEMPS tiene su propio sistema de vigilancia

## Presentación y descongelación

- Viene de fábrica en bandejas de 195 viales multidosis de vidrio claro de 2 ml con tapa de plástico sellada con aluminio que contienen el concentrado de la vacuna
- Cada vial contiene 5 dosis, con 0,45 ml de producto que debe ser diluido con 1,8 ml de suero salino al 0,9% antes de su uso.
- Los viales se conservan congelados a -70°C deben ser descongelados antes de la dilución.
- Descongelación:
  - En un frigorífico a temperatura de 2°C a 8°C. Tarda 3 horas→ se conserva 5 días
  - A temperatura ambiente (hasta 25°C) para su uso inmediato. Tarda 30 minutos→ se conserva 2 horas
- No puede volver a congelarse.
- Preservar de la luz

## Preparación

- Antes de la dilución la vacuna se presenta como una solución blanquecina sin partículas visibles. Si la vacuna presenta partículas o un color alterado debe desecharse.
- Dejar que el vial alcance la temperatura ambiente y, antes de diluir, voltear suavemente el vial 10 veces, sin agitar.

## Dilución

- La vacuna se diluye en su vial original, inyectando 1,8 ml de suero salino al 0,9% (solución de 9 mg/ml de cloruro sódico) con una aguja 21G (o más estrecha) y con una técnica aséptica.
- Utilizar un vial de suero para cada vial multidosis de vacuna.
- Desechar el resto del vial de suero salino

## Extraer aire y voltear

- Tras inyectar el suero salino, y antes de retirar la aguja, igualar la presión dentro del vial retirando 1,8 ml de aire con la jeringa vacía donde estaba el diluyente.
- Tras inyectar el diluyente, volver a voltear suavemente el vial 10 veces, sin agitar.
- La vacuna diluida debe mantenerse entre 2°C y 25°C de temperatura, y debe desecharse a las 6 horas de la dilución.
- La vacuna diluida no puede transportarse en un vehículo motorizado fuera de lugar donde se hizo la dilución.
- Los ajustes para eliminar las burbujas de aire deben realizarse con la aguja aún en el vial para evitar la pérdida de la solución de dosificación.

## Aplicación de la vacuna

0,3 ml. Vía intramuscular, preferentemente en el musculo deltoides.

Si hay poca masa muscular, pondrá el muslo, en el tercio medio del músculo vasto lateral externo.

## Observación post-vacuna

Tras recibir la vacunación se debe observar a la persona vacunada aproximadamente 15 minutos, para detectar reacciones inmediatas, durante el tiempo en el que recibe información pos-inmunización y se registra la vacunación realizada.

## Eliminación del material utilizado

El material empleado en la vacunación, incluyendo los viales usados, ampollas, jeringas y agujas deben desecharse en un contenedor para residuos biológicos resistente a material cortante y punzante.

## Contraindicaciones

La vacunación está contraindicada si ha presentado una reacción anafiláctica a una dosis previa de la vacuna o a cualquier componente de la misma.

En el contexto actual, se recomienda posponer la vacunación de personas con antecedentes de reacciones alérgicas graves (anafilácticas), especialmente si precisan llevar consigo un dispensador de adrenalina autoinyectable. La vacunación posterior de estas personas se valorará cuando se disponga de más información sobre estas situaciones.

## Situaciones especiales

La vacunación se debe posponer en caso de padecer una enfermedad febril aguda grave, en personas con SARS-CoV-2 hasta que se recupere de la enfermedad aguda (si la persona presenta síntomas) y se cumplen los criterios para interrumpir el aislamiento.

No hay datos disponibles sobre el uso de la vacuna COVID-19 mRNA BNT162b2 en las personas que han recibido alguna dosis de otra vacuna frente a COVID-19.

No se han realizado estudios de co-administración con otras vacunas por lo que se debe administrar sola con un intervalo mínimo de 14 días antes o después de la administración con cualquier otra vacuna para evitar la incorrecta atribución de los posibles efectos secundarios. Si la vacuna COVID-19 mRNA BNT162b2 se administra inadvertidamente dentro de los 14 días posteriores a otra vacuna, no es necesario repetir las dosis para ninguna de las vacunas.

## Vacunación en personas con trastornos de la coagulación

En personas con alteraciones de la coagulación o en tratamiento crónico con anticoagulantes que mantengan controlado y estable su INR, al igual que para el resto de inyecciones intramusculares, puede aplicarse con seguridad razonable. Se recomienda el uso de una aguja fina (23G o 25G) y, tras la vacunación, mantener una presión en el lugar de inyección (sin frotar) durante 2 minutos. En todo caso, se debe informar a la persona vacunada de la posibilidad de aparición de un hematoma en el lugar de inyección. En caso de duda debe consultarse con el personal clínico responsable de su tratamiento.



## CANADÁ PUBLICA LOS RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE PFIZER Y BIONTECH

### EFFECTOS ADVERSOS

Resultados ensayos clínicos (grupos edad de 18 a 56 años)	Porcentaje
Reacciones locales: enrojecimiento	5,9 %
Reacciones locales: hinchazón	6,3 %
Reacciones locales: dolor	77,8 %
Fiebre	15,8 %
Fatiga	59,4 %
Resfriado	35,1 %
Dolor de cabeza	51,7 %
Dolor muscular	37,3 %
Diarrea	10,4 %
Dolor articulaciones	21,9 %

El Ministerio de Sanidad canadiense en su compromiso con la transparencia publica los resultados de los ensayos clínicos de la vacuna contra el Covid-19 de Pfizer y BioNTech.

El objetivo es que la población conozca de fuentes fiables los datos relacionados con la mencionada vacuna y los motivos por los que ha decidido aprobar este medicamento.

En la tabla se pueden ver los resultados de los efectos adversos de la vacuna contra el coronavirus en las personas que han participado en estos estudios. Estos han sido divididos en dos grupos de edad: de 18 a 55 años, y mayores de 56 años.

El estudio muestra los porcentajes de participantes que sufrieron estos efectos en las dos dosis de la vacuna y en los que también recibieron el placebo. Estos efectos se encontraron tanto en la primera dosis como en la segunda de vacunación, pero en esta última están en un porcentaje mayor.

### El 74,2% tuvo algún efecto tras la vacunación

En el grupo de 18 a 55 años hubo reacciones locales a la inyección como enrojecimiento (5,9 por ciento de los casos), hinchazón (6,3 por ciento) y dolor (77,8 por ciento). En cuanto a los síntomas que tuvieron se encuentran la fiebre (un 15,8 por ciento tuvo menos o igual a 38 grados, y un 1,2 por ciento más de 38.9); fatiga en un 59,4 por ciento de los casos, dolor de cabeza en un 51,7 por ciento; resfriado en un 35,1 por ciento; vómitos en un 1,9 por ciento; diarrea en un 10,4 por ciento; dolor muscular en un 37,3 por ciento y dolor en las articulaciones en un 21,9 por ciento. El dolor muscular o en las articulaciones se recoge como de nueva aparición o por empeoramiento en el caso de los que ya lo sufrían.

En este grupo de edad (mayor de 56 años) el 45 por ciento necesitó medicación para tratar estos efectos adversos y el 74,2 por ciento informó que padeció alguno de estos síntomas. ■

Fuente:

Redacción Medica. Sonia Navarro

## LA COVID-19 DESTACA LA NEGLIGENCIA MUNDIAL HACIA LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LAS MATRONAS

Bjorn Andersson, Director Regional de Asia y el Pacífico, Fondo de Población de las Naciones Unidas en un reciente comunicado de prensas ha dicho:

- **La pandemia de COVID-19 ha intensificado enormemente la ansiedad entre las mujeres por dar a luz**
- **La partería, debido a que está orientada a las mujeres, recibe un reconocimiento inadecuado en los escalones de la atención médica.**

Son 2 millones de matronas en todo el mundo cuya profesión es la piedra angular de la salud sexual y reproductiva, que aún debe recibir el respeto y la inversión que merece en gran parte de Asia y el Pacífico, y de hecho en todo el mundo.

En la jerarquía general de especialización de la atención médica, con la cirugía y otras prácticas médicas en la parte superior de la lista, la partería recibe aún menos reconocimiento que la enfermería. **Ambas profesiones están pobladas principalmente por mujeres, factor que contribuye a una falta de estatus vinculada a los prejuicios y desigualdades de género incluso en el ámbito de la salud pública.**

Además, en este momento de crisis, hay indicios claros de que la partería y su impacto, están realmente comprometidos, con resultados potencialmente peligrosos para las mujeres que necesitan este apoyo, así como para las propias matronas.

A matronas capacitadas a menudo les están obligando a brindar una variedad de otros servicios de atención médica en el contexto de COVID-19, en lugar de centrarse en el apoyo fundamental que necesitan las mujeres embarazadas y las nuevas madres.

Hay relatos de matronas que tienen que trabajar sin EPIs o se ven obligadas a utilizar sustitutos deficientes, ya que el EPI de seguridad se desvía a otros trabajadores de la salud que se consideran más "esenciales" para la respuesta a la pandemia.



### **Esto simplemente no es aceptable.**

Los gobiernos y las autoridades sanitarias deben darse cuenta de que es probable que el hecho de que las matronas no proporcionen atención maternal en este momento aumenten los malos resultados maternos y neonatales. Las autoridades sanitarias también deben garantizar la protección de las matronas 24 horas al día, 7 días a la semana. Muchas ya se han infectado con el coronavirus y algunas/os ya han sucumbido al COVID-19.

Asegurar que las matronas puedan cumplir su tarea con las precauciones adecuadas durante el COVID-19, está vinculado a una comprensión genuina del valor que su profesión agrega a la atención médica universal a nivel mundial. Es un hecho poco conocido que una matrona bien capacitada en realidad puede proporcionar casi el 90% del apoyo y los servicios médicos y de salud que necesitan las mujeres embarazadas, las madres primerizas y sus hijos, además de actuar como defensoras de los problemas de salud y derechos de otras mujeres.

En última instancia, simplemente no se logrará poner fin a la mortalidad materna sin inversiones óptimas en partería. A nivel mundial, unas 300.000 mujeres mueren cada año por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto, unas 80.000 de ellas solo en Asia y el Pacífico.

El fortalecimiento de la partería está relacionado con el reconocimiento y el respeto de los derechos humanos de todas las mujeres, incluido el logro de una salud sexual y reproductiva óptima y los derechos reproductivos situados en el centro del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo de 1994.

***Honremos a las matronas invirtiendo en ellas hoy, para lograr un mundo futuro posterior a la COVID más saludable y equitativo. ■***

## ENFERMEDADES RARAS: Atrofia Muscular Espinal (AME)

La Atrofia Muscular Espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular, de carácter genético, que se manifiesta por una pérdida progresiva de la fuerza muscular. Esto ocurre debido a la afectación de las neuronas motoras de la médula espinal, que hace que el impulso nervioso no se pueda transmitir correctamente a los músculos y que éstos se atroficien<sup>1,2</sup>.

### Genética

Es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva: ambos padres tienen que ser portadores del gen responsable de la enfermedad. Aunque ambos padres sean portadores, la probabilidad de transmitir el gen defectuoso es del 25%: uno de cada cuatro e independiente en cada nuevo embarazo.

El gen responsable de esta enfermedad se identificó en 1995 y se llamó "neurona motora de supervivencia" (SMN)<sup>3</sup>. La forma funcional del gen es SMN1. Aproximadamente el 95% de los pacientes presentan delección del gen SMN1, sea cual sea su forma clínica<sup>4</sup>.

El gen SMN está duplicado, teniendo el gen funcional SMN1 y el pseudogen SMN2, el cual mantiene una función residual que, probablemente actúa como modificador del fenotipo (conjunto de las propiedades manifiestas de una persona).

### Epidemiología

La AME es uno de los trastornos fetales hereditarios más comunes y se considera la segunda causa principal de enfermedades neuromusculares, con una prevalencia de 1 en 6.000 a 1 en 10.000 nacimientos vivos, con una frecuencia de portador de 1/40 - 1/60 (5, 6). Se da en ambos sexos por igual (las formas infantiles).

### Diagnóstico. Clínico

La primera sospecha diagnóstica de la atrofia muscular espinal (AME) es siempre clínica.

En los pacientes con AME tipo I, si la sintomatología clínica es clara, se activará el circuito para solicitar el estudio genético<sup>7</sup>.

A veces, el lactante se presenta ya con dificultad respiratoria y/o deglutoria (dificultad para las tomas), tórax campaniforme y respiración paradójica<sup>8</sup>.

Los hitos motores son una medida del progreso físico del bebé durante su crecimiento.

Monitorizar los movimientos del bebé durante los primeros meses de vida es importante para comprobar que se desarrolla adecuadamente.

### Genético (Cribado neonatal)

Por otra parte, los programas de cribado neonatal son clave en las estrategias de salud pública de una región determinada, establecidas para prevenir los daños asociados a las enfermedades cribadas.

La detección neonatal es la solución más adecuada para mejorar el beneficio terapéutico de los niños con AME. La viabilidad a gran escala y su impacto en el tratamiento aún no se han demostrado. De hecho, el tratamiento de pacientes pre-sintomáticos implica ser capaces de identificarlos de manera fiable y eficaz mediante los programas de detección precoz neonatal<sup>9,10</sup>.

### Tratamiento

Recientemente se han desarrollado varios medicamentos innovadores, dirigidos a SMN2 (Spinraza) o destinados a reemplazar SMN1 (Terapia Génica), ambos aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), lo que ha supuesto una importante modificación de la historia natural de la enfermedad<sup>9,10</sup>.



**ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)**

TIPO I (0-6 meses)	TIPO II (Después de los 6 meses)	TIPO III (A partir de 10 meses)	TIPO IV (Adulto)
<ul style="list-style-type: none"> <li>No es capaz de levantar la cabeza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden mantener la posición de sentados, pero se tienen que sentar con ayuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede ponerse en pie y caminar solo, pero puede tener dificultades al sentarse o inclinarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los síntomas comienzan después de los 35 años.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se progresa en las etapas de crecimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En determinado momento pueden permanecer de pie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se puede observar ligero temblor de los dedos extendidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comienzo insidioso de progresión lenta.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades para deglutir y alimentarse: dificultades para chupar, mamar, etc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deglutir y alimentarse no suele ser problema, pero se puede dar y tener que alimentarse a través de un tubo</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Los músculos de la deglución y los respiratorios no suelen afectarse.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Debilidad general, incluido los músculos respiratorios, por lo que el pecho puede aparecer hundido (respiración diafragmática).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ligero temblor con los dedos extendidos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo se da en varones, que pueden tener características femeninas, como el crecimiento de las mamas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Abundantes secreciones, lo que dificulta más la respiración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede existir respiración diafragmática.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las extremidades inferiores adoptan la típica postura "en ancas de rana" o "en libro abierto"</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de reacciones reflejas.</li> </ul>			

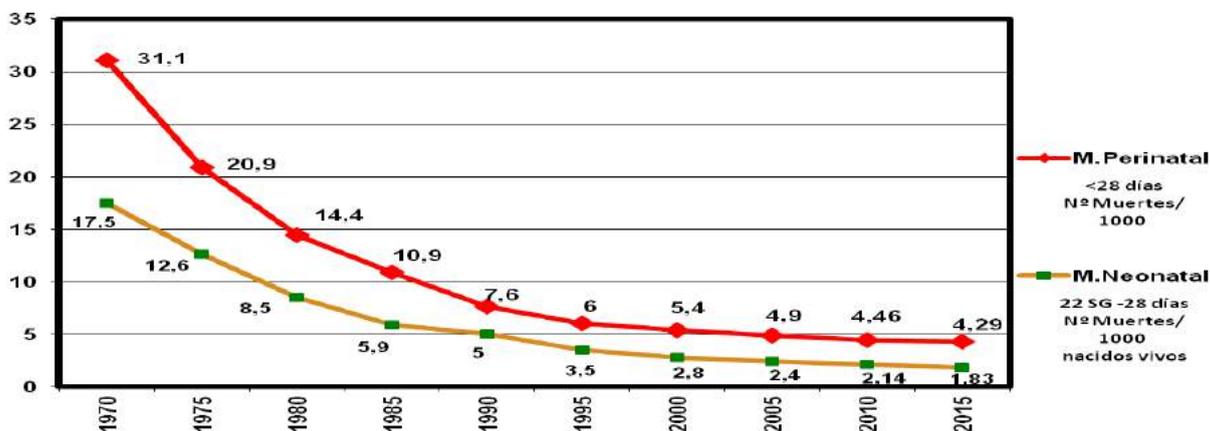
**Referencias:**

- Werdnig G: Zwei frühinfantile hereditäre Fälle von progressive Muskelatrophie unter dem Bilde der Dystrophie, aber auf neurotischer Grundlage [Two early infantile hereditary cases of progressive muscular atrophy simulating dystrophy, but on a neural basis; in German]. Arch Psychiatr Nervenkr 1891, 22:437-480.
- Hoffmann J: Über chronische spinale Muskelatrophie im Kindesalter, auf familiärer Basis [On chronic spinal muscular atrophy in childhood, with a familial basis; in German]. Dtsch Z Nervenheilkd 1893, 3:427-470.
- Alías L, Bernal S, Fuentes-Prior P, Barceló MJ, Also E, Martínez-Hernández R, Rodríguez-Álvarez F, Martín Y, Aller E, Grau E, Peciña A, Antiñolo G, Galán E, Rosa AL, Fernández-Burriel M, Borrego S, Millán JM, Hernández-Chico C, Baiget M, Tizzano E. Mutation update of spinal muscular atrophy in Spain: molecular characterization of 745 unrelated patients and identification of four novel mutations in SMN1 gene. Hum. Genet. 2009 125: 29-39.
- Daisy Emilia Castiñeras, Maria-Luz Couce, Jose Luis Marin, Domingo González-Lamuño y Hugo Rocha. Situación actual del cribado neonatal de enfermedades metabólicas en España y en el mundo. A Pediatr (Barc). 2019;91(2):128.e1-128.e14
- ACMG. Newborn screening: Toward a uniform screening panel and system. Genetic Med. 2006; 8.
- Advisory Committee on Heritable Disorders in Newborns and Children - Recommended Uniform Screening Panel [consultado 10 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.hrsa.gov/advisorycommittees/mchbadvisory/heritabledisorders/recommendedpanel/index.html>
- Mercuri E, Finkel RS, Muntoni F, Wirth B, Montes J, Main M, et al. Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care. Neuromuscul Disord. 2018 Feb; 28(2):103-15.
- Darras BT, Markowitz JA, Monani UR, De Vivo DC. Spinal muscular atrophies. In: Darras BT, Jones HRJ, Ryan MM, De Vivo DC, eds. Neuromuscular disorders of infancy, childhood, and adolescence: a clinician's approach. 2nd ed. San Diego, CA: Academic Press; 2015:117-45.
- Finkel, R., Kuntz, N., Mercuri, E., Chiriboga, C. A., Darras, B., Topaloglu, H., ... Farwell, W. (2017). Efficacy and safety of nusinersen in infants with spinal muscular atrophy (AME): Final results from the phase 3 ENDEAR study. European Journal of Paediatric Neurology, 21(Supplement 1), e14-e15. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2017.04.1219>
- Lowes, L., Al-Zaidy, S., Shell, R., Arnold, W., Rodino-Klapac, L., Prior, T., ... Mendell, J. (2017). AVXS-101 phase 1 gene therapy clinical trial in AME Type 1: patients treated early with the proposed therapeutic dose were able to sit unassisted at a younger age. Neuromuscular Disorders, 27, S208-S209. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2017.06.414>

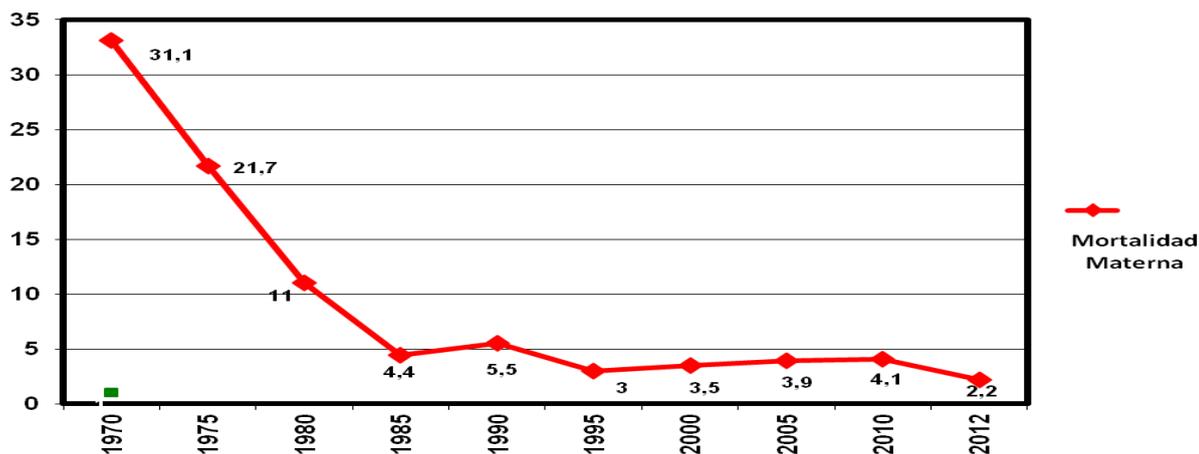
## LA AMPLIACIÓN DE LA ATENCIÓN PRESTADA POR MATRONAS DEBE SER AHORA UNA PRIORIDAD MUNDIAL

Os presentamos una magnífica editorial traducida que publicaba The Lancet Global Health, para ver si nuestros gestores y políticos se enteran de una buena vez que en este, como en otros países, las cifras de mortalidad materno -neonatal mínimas que hoy tenemos en España, no se consiguieron por arte de magia desde el marcado descenso iniciado en los años 70, hasta el presente en que difícilmente se puedan rebajar más por los factores de toda índole que confluyen en la gestación y parto actual. Ese logro en buena parte vino de la mano de una generación de matronas muy bien formadas y entregadas. Las cifras están ahí para verlas y recordárselas a quien haga falta...

Las cifras están aquí:



Fuente: INE 2020. Elaboración propia AEM



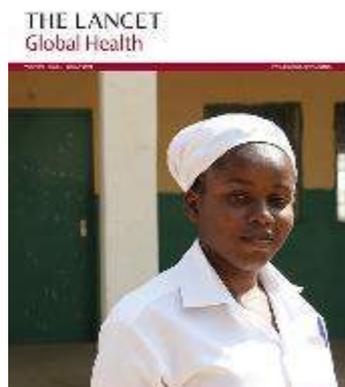
Fuente: INE 2020. Elaboración propia AEM

## Las matronas tienen el potencial de salvar vidas de mujeres y niños a una escala incomparable con otras intervenciones de salud.

En The Lancet Global Health, Andrea Nove y sus colegas estimaron que el 67% de las muertes maternas, el 64% de las muertes neonatales y el 65% de los mortinatos en los 88 países de ingresos bajos y medios que representan la gran mayoría de estas muertes podrían evitarse. ¿La solución? Prestación universal de atención por parte de matronas que cumplan con los estándares internacionales y estén integradas en los sistemas de salud en el contexto de equipos multidisciplinares.

Nove y sus colegas utilizaron la herramienta Lives Saved Tool para su estudio de modelado para estimar la cantidad de muertes que se evitarían para 2035, si se ampliara la cobertura de las intervenciones de salud que pueden ser realizadas por matronas profesionales. Los autores utilizaron cuatro escenarios de cobertura de la intervención: aumento en un monto modesto (10% cada 5 años), aumento en un monto sustancial (25% cada 5 años), aumento en el monto necesario para alcanzar la cobertura universal de estas intervenciones (es decir, al 95%); y los efectos del abandono de la cobertura (una disminución del 2% cada 5 años).

Incluso los aumentos menos ambiciosos evitarían sustancialmente las muertes. Un aumento sustancial de la cobertura podría evitar el 41% de las muertes maternas, el 39% de las muertes neonatales y el 26% de los mortinatos, mientras que un modesto aumento de la cobertura podría evitar el 22% de las muertes maternas, el 23% de las muertes neonatales y el 14% de las muertes mortinatos. El desafío es que solo cuatro de los 73 países de Countdown tienen una fuerza laboral de partería capaz de brindar el alcance de la atención necesaria, mientras que los mortinatos y las tasas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal siguen siendo escandalosamente altas. La ampliación del acceso a matronas de nivel interna-



cional reduciría sustancialmente estas tasas, acelerando el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Estos nuevos hallazgos se basan en el fortalecimiento de la evidencia existente sobre el impacto de la atención de partería de calidad para evitar muertes y mejorar los resultados de salud y bienestar deberían captar la atención de la comunidad mundial de la misma manera que lo haría un nuevo medicamento o una intervención técnica innovadora. Existe una falta de inversión grave y duradera en partería a nivel internacional.

El “desempoderamiento” de género, social, profesional y económico de las parteras y las mujeres a las que atienden, contribuye a esto. Las matronas son predominantemente mujeres y su trabajo es con las mujeres y sus recién nacidos. En una sociedad igualitaria, esto debería ser una fortaleza, pero dada la persistencia de las estructuras patriarcales en la sociedad y las jerarquías médicas de poder obsoletas, es una limitación profunda. Como resultado, las matronas en muchos países siguen teniendo poca formación, remuneración y apoyo, y muchas tienen exceso de trabajo, algunas incluso se sienten abrumadas.

La financiación de la investigación apoya preferentemente las soluciones tecnológicas para las emergencias obstétricas o la implementación de trabajadores menos calificados para cuidar a las madres y sus bebés, dejando una brecha de conocimiento crucial para los tomadores de decisiones. Con demasiada frecuencia, los planes mundiales, regionales y nacionales para mejorar la salud de las mujeres y sus bebés se desarrollan sin reconocer la contribución clave de las parteras a una atención segura y de calidad, o sin la superior participación de las matronas en la toma de decisiones. Los trabajadores de la salud que no tienen el alcance completo de las competencias >

de partería no pueden brindar la atención de calidad ni salvar vidas que las matronas estándar internacionales.

Comprender por qué este es el caso requiere el conocimiento de los múltiples componentes que hacen que la partería sea tan efectiva. Las matronas que son formadas según los estándares establecidos por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y están integradas en los sistemas de salud pueden brindar atención calificada, informada, segura, respetuosa y compasiva para las mujeres en edad fértil, los recién nacidos y las familias en todo el proceso desde la edad preescolar. desde el embarazo hasta las primeras semanas de vida, incluida la planificación familiar.

Las matronas pueden optimizar los procesos fisiológicos normales, fortalecer las propias capacidades de las mujeres, brindar intervenciones para mujeres y recién nacidos que prevengan y traten complicaciones, y permitan el acceso oportuno a servicios multidisciplinarios para quienes los necesiten. Este modelo de atención promueve la continuidad en los entornos de la comunidad y las instalaciones, la atención basada en las relaciones, el conocimiento y la resiliencia de la comunidad local, y la atención equitativa e individualizada que responde a las necesidades clínicas, psicológicas, sociales y culturales. Este alcance y la calidad de la atención pueden mejorar más de 50 resultados de salud y bienestar, reduciendo la mortalidad y el parto prematuro y mejorando la salud y el bienestar de la madre y el recién nacido, la lactancia materna y el apego, así como la rentabilidad.

En 2014, Horton y Astudillo escribieron que ***“la partería tiene un papel fundamental, aunque ampliamente descuidado, que desempeñar en la aceleración del progreso para poner fin a la mortalidad evitable de mujeres y niños”***.

Estos nuevos hallazgos subrayan eso y exigen inversiones en la educación, el despliegue y el apoyo de las matronas a una escala que refleje la magnitud de su impacto. Existen señales positivas: la política y la orientación global sobre recursos humanos, educación, atención de calidad y atención

durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto reconocen cada vez más la contribución de las matronas. También estamos viendo inversiones en la educación y el despliegue de matronas profesionales en India, Malawi, Bangladesh y México.

Pero se necesita un cambio sustancial en el ritmo y la escala de implementación. Esto debe basarse en evidencia sobre cómo abordar las barreras a las matronas estándar internacional y en un enfoque general en la calidad de la atención médica. El primer consenso global para la acción conjunta de la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF y la ICM acciones identificadas basadas en evidencia. Todas las mujeres y los recién nacidos deben ser atendidos por una matrona formada según los estándares internacionales y capacitada para practicar legalmente todo el alcance de las intervenciones de partería. El título de matrona solo debe usarse para aquellas personas formadas según los estándares internacionales. El liderazgo de la partería debe posicionarse en las políticas, la planificación y los presupuestos nacionales de alto nivel. La coordinación entre las partes interesadas a nivel mundial, regional y nacional es esencial para alinear la formación, el conocimiento, la investigación, las políticas y orientaciones basadas en pruebas, los indicadores y la inversión.

Las matronas formadas según los estándares internacionales son una solución poderosa para poner fin a las muertes evitables de mujeres y recién nacidos, al tiempo que ayudan a prosperar a las díadas madre-bebé. Es hora de reconocer y dismantelar las barreras interseccionales que perpetúan la atención de baja calidad y niegan a las mujeres y los recién nacidos los derechos a la vida y la salud. La evidencia exige una acción decisiva ahora, y a un nivel mundial nunca antes visto, para garantizar que todas las mujeres y los recién nacidos tengan acceso a una atención de calidad por parte de matronas. ■

Fuente: The Lancet

## PRIMERA EVIDENCIA DE MICROPLÁSTICOS EN LA PLACENTA HUMANA

En el estudio de Ragusa y cols. (“Plasticenta: First evidence of microplastics in human placenta”) se ha encontrado la primera evidencia de la presencia de partículas de plásticos en la placenta humana. Los microplásticos se encontraron tanto del lado materno, como del lado fetal y membranas corioamnióticas.

“Las madres estaban conmocionadas”, aclaran los investigadores.

- Por primera vez, se detectaron microplásticos mediante microespectroscopía (Raman) en placentas humanas.
- Se encontraron microplásticos en todas las partes de la placenta: membranas maternas, fetales y amniocoriales.
- Los microplásticos llevan consigo sustancias que, al actuar como disruptores endocrinos, podrían causar efectos a largo plazo en la salud humana.

Los microplásticos (MP) son partículas de menos de cinco milímetros derivadas de la degradación de los objetos plásticos presentes en el medio ambiente. Los microplásticos pueden pasar del medio ambiente a los organismos vivos, incluidos los mamíferos. En este estudio, seis placentas humanas, recolectadas de mujeres con embarazos fisiológicos que dieron su consentimiento, fueron analizadas por microespectroscopía Raman para evaluar la presencia de microplásticos. En total, se encontraron 12 fragmentos microplásticos (de 5 a 10  $\mu\text{m}$  de tamaño), de forma esférica o irregular, en 4 placentas (5 en el lado fetal, 4 en el lado materno y 3 en las membranas corioamnióticas); todas las partículas de microplásticos se caracterizaron en términos de morfología y composición química.

Los autores del estudio realizaron un análisis del pigmento de los MP para determinar su procedencia. Hallaron que 3 de los 12 fragmentos fueron identificados como polipropileno, material usado para producir botellas de plástico, mientras que nueve eran materiales sintéticos de pintura, que podían pertenecer a cremas faciales,



maquillaje o esmaltes de uñas. Pero también es posible que su origen sea de adhesivos, aromatizantes de ambientes, perfumes, dentífricos o yesos y la vía de entrada más probable, apuntan los investigadores, sea la vía respiratoria o digestiva a través de la alimentación.

Potencialmente, los MP, y en general las micropartículas, pueden alterar varias vías de regulación celular en la placenta, como los mecanismos de inmunidad durante el embarazo, la señalización del factor de crecimiento durante y después de la implantación, las funciones de los receptores de quimiocinas atípicos que gobiernan la comunicación materno-fetal, la señalización entre el embrión y el útero y tráfico de células dendríticas uterinas, células asesinas naturales, células T y macrófagos durante el embarazo normal. Todos estos efectos pueden conducir a resultados adversos del embarazo, incluida la preeclampsia y la restricción del crecimiento fetal (Ilekis et al., 2016).

En conclusión, este estudio arroja nueva luz sobre el nivel de exposición humana a MP y micropartículas en general. Debido al papel crucial de la placenta en el apoyo al desarrollo del feto y al actuar como interfaz entre este último y el entorno externo, la presencia de partículas (plásticas) exógenas y potencialmente dañinas es un motivo de gran preocupación. Las posibles consecuencias sobre los resultados del embarazo y el feto son los efectos transgeneracionales del plastificante sobre el metabolismo y la reproducción (Lee, 2018). Es necesario realizar más estudios para evaluar si la presencia de MP en la placenta humana puede desencadenar respuestas inmunitarias o puede conducir a la liberación de contaminantes tóxicos, lo que resulta perjudicial para el embarazo. ■

Fuente: Plasticenta: First evidence of microplastics in human placenta. Environment International 146 (2020)

## PLACENTA ARTIFICIAL PARA SALVAR NIÑOS PRETERMINOS



Hace algo más de tres años apareció la noticia de que en el Centro de Investigación Fetal del Hospital Pediátrico de Filadelfia, habían desarrollado un mecanismo que "podría prevenir la morbilidad severa sufrida por los recién nacidos (RN) extremadamente prematuros mediante una tecnología médica inexistente en el momento. Con ese dispositivo, el equipo médico perseguía aferrar a la vida a los prematuros de 23 semanas de gestación hasta que alcanzaran un crecimiento similar al de un neonato que nazca a las 28 semanas, con lo que les alejarían del umbral que pone en riesgo su supervivencia.

El sistema era, en sí mismo, una bolsa que emulaba el ambiente de la placenta gracias a un fluido similar al líquido amniótico. El objetivo último del dispositivo era imitar las condiciones del vientre materno, lo que permitiría a los RN terminar su desarrollo y maduración, con éxito, de sus pulmones y otros órganos. El invento fue probado con éxito "in vivo" en ovejas

Nada ha vuelto a las noticias entorno a este tema hasta hace un par de semanas que saltó a la prensa la noticia de que un equipo español habían creado una placenta artificial para salvar la vida a recién nacidos prematuros

Se estiman unos 25.000 recién nacidos prematuros en Europa al año, de los cuales entre el 25-75%, dependiendo de la semana de gestación, pueden sobrevivir. Sin embargo, la sobrevivida lleva emparejada el problema de secuelas perennes que pueden afectar desde el desarrollo cognitivo, cardiovascular, respiratorio etc.

Aumentar la supervivencia sin morbilidad añadida, es un reto para el que la U. de Barcelona ( Eduard Gratacós ) liderando un equipo de más de 200 profesionales de diversas áreas, intentan crear una placenta artificial que recree las condiciones del útero de la madre.

La primera fase del proyecto durará unos 2,5 o 3,

años, en la que se creará un prototipo de placenta que consistirá en una bolsa artificial blanda fabricada con un biomaterial semitraslúcido llena de un líquido caliente similar al amniótico. La idea es que el feto, una vez se saque del útero materno, se introduzca en esa bolsa y se conecte su cordón umbilical a otro artificial por el que se le pasará oxígeno, nutrientes, hormonas y todas las sustancias que hubiera recibido a través de la madre.

El feto estará sometido a un seguimiento mediante técnicas no invasivas que permitirán recopilar datos que alimentarán una inteligencia artificial para poder ir aplicando mejoras en el sistema.

En esta primera fase, se pondrá a prueba el prototipo con fetos de oveja y si la experiencia resultara exitosa, hay ya previsión de pasar a experimentar con humanos en un plazo de 4-6 años. El equipo ha realizado experimentos previos logrando mantener vivo un feto de oveja durante horas. El siguiente paso será lograr que sobreviva días y luego semanas, pero con un desarrollo cerebral, cardíaco, pulmonar, metabólico óptimos. Para complementar el entorno implementarán sonidos maternos en esa placenta artificial, cruciales para el desarrollo cognitivo del feto. También estudiarán cómo facilitar el vínculo entre madre e hijo.

El proyecto implica la intervención de muchos profesionales de diversas áreas que desarrollaran biomateriales, un brazo robótico que permita realizar cirugías fetales en caso de que sean necesarias, microsensors etc.

Además, el proyecto contará con diversos comités supervisores en los que habrá expertos en derechos reproductivos y bioética, así como padres y madres de niños prematuros. ■

## COSAS A TENER EN CUENTA SOBRE LA INFERTILIDAD MASCULINA



No se conoce con precisión la prevalencia de la infertilidad masculina aunque un estudio reciente ha estimado que un 15% de los hombres a nivel mundial es infértil. Por supuesto que los autores apuntan que la dificultad para conocer la prevalencia real radica en el mutismo de algunos hombres acerca del particular, por temor a que se cuestione su virilidad, que surjan dudas sobre su identidad sexual, así como a la persistencia de la creencia de que esta enfermedad solo afecta a las mujeres.

Sin embargo, el factor masculino contribuye a la infertilidad de la pareja en el 50% de las ocasiones y es el único responsable en el 20% de los casos.

**Infradiagnóstico** (los hombres suelen ser más reacios a consultar este tipo de trastornos) y como consecuencia, poco tratados.

La infertilidad no tiene que ver con la masculinidad u orientación sexual de los hombres.

**Oligospermia** y baja calidad espermática son las dos causas mayoritarias de infertilidad masculina (90%) Otras, incluyen problemas anatómicos, problemas hormonales o defectos genéticos. Algunos hombres pueden tener problemas con la eyaculación, hipogonadismo (una disminución en el tamaño, el volumen y la producción hormonal) o un daño en el ADN, entre otros.

**Identificables, reversibles y tratables** son una gran parte de las causas de infertilidad masculina, lo importante es que los hombres consulten para encontrar el tratamiento.

Medidas preventivas sencillas pueden mejorar la calidad del semen, u otras dependiendo de la causa. Llegado el caso de no poder conseguir un embarazo queda la opción de recurrir a Técnicas de Reproducción Asistida.

### La edad sí importa

Aunque no existe una edad máxima para que los hombres tengan hijos, es mejor planear la paternidad antes de llegar a la edad adulta (27 años); se sabe que la posibilidad de sufrir infertilidad aumenta con los años; que la calidad de los espermatozoides se deteriora a medida que el hombre envejece.

### La quimioterapia no determina el futuro.

La quimioterapia reduce la capacidad espermática y en el futuro, un enfermo oncológico podría presentar infertilidad. En previsión se dispone de criogenización para preservar la posibilidad de construir una familia si así lo deseara.

La evaluación y el apoyo psicológico son vitales para descubrir el estrés que está ocasionando la circunstancia y disponer de un apoyo psicológico durante el proceso de reproducción asistida, ya que las condiciones que generan angustia, estrés, puede encadenar un ciclo de caída de libido-disminución de relaciones sexuales, lo que inevitablemente avoca a acrecentar el problema. ■



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



Abierto hasta 2021

CURSO ON LINE ACREDITADO

PLATAFORMA E-LEARNING DE

## SALUD VAGINAL

## ATROFIA VULVOVAGINAL

El presente no registra y sin carácter oficial. Los créditos de formación continuada, no son aplicables a los profesionales que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud. Para consultar la información sobre el acceso al curso de formación continuada visiten en: [www.aemmat.es](http://www.aemmat.es)

Realizado por



# SALUD VAGINAL

## ATROFIA VULVOVAGINAL

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

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

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

### PROGRAMA

#### MÓDULO 1.

**Conociendo la vagina. Etapas evolutivas**

***Dra. María Jesús Cancelo Hidalgo***

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

*Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia.*

*Universidad de Alcalá.*

#### MÓDULO 2.

**Atrofia vaginal. Diagnóstico. Diagnóstico diferencial. Situaciones clínicas**

***Dr. Camil Castelo-Branco***

*Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología.*

*Universidad de Barcelona.*

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

#### MÓDULO 3.

**Estilos de vida y tratamiento local. Situaciones clínicas**

***Dr. Rafael Sánchez Borrego***

*Director Médico de DIATROS, Diagnósticos y Tratamientos Avanzados SLP.*

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

#### MÓDULO 4.

**Tratamiento Sistémico: THS. Situaciones clínicas**

***Dr. Plácido Llana Coto***

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

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

*Profesor Titular Vinculado de Ginecología.*

*Universidad de Oviedo.*

#### MÓDULO 5.

**Tratamiento Sistémico: SERMs. Situaciones clínicas**

***Dr. Santiago Palacios Gil-Antuñano***

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

#### MÓDULO 6.

**Dispareunia. Implicaciones en la calidad de vida y la sexualidad**

***Dra. Francisca Molero Rodríguez***

*Directora del Institut de Sexologia de Barcelona.*

*Directora del Instituto iberoamericano de Sexología*

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

PARA CUALQUIER CONSULTA: [info@cursosaludvaginal.es](mailto:info@cursosaludvaginal.es)



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

## CORONAPEDIA, LA WIKIPEDIA CIENTÍFICA SOBRE LA COVID-19



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

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

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

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

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

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

### Cómo colaborar

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

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

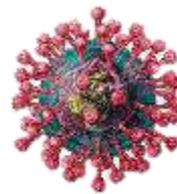
Si deseas ayudar a otros compañeras y compañeros sanitarios a vencer la COVID-19, puedes hacerlo a través del siguiente <http://www.coronapedia.org/participa/>

### Secciones

#### 1. Información general

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

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



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

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

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

## 3. Equipos de protección para cuidar la COVID-19

Equipos de Protección Individual Frente a Coronavirus COVID-19

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

## 4. Medidas de prevención frente a la COVID-19

Cómo hacer un correcto lavado de manos con solución hidroalcohólica

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

## 5. Fuentes y recursos de interés

Protocolos para profesionales sanitarios

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

## 6. Innovación y tecnología

Personas y organizaciones

Equipamiento con medios de fortuna

## 7. Actuación en diferentes Servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

# Curso IHAN on-line Lactancia natural

## 2ª EDICIÓN



unicef  para cada niño

# iHAN

Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia.

La segunda edición del curso on-line Lactancia natural de la IHAN, de 8 horas lectivas, podrá completarse entre **el 01 de febrero de 2021 al 28 de febrero de 2021**.

Con metodología on-line, no presencial, el alumnado deberá completar las actividades propuestas como visualización de vídeos, lectura de documentación, entre otros, así como superar un cuestionario relacionado con los contenidos expuestos. Con esta segunda edición del curso Lactancia natural, la IHAN continúa en su labor de difusión del conocimiento sobre lactancia materna y las mejores prácticas de humanización en la atención al nacimiento. El temario responde a solicitudes realizadas a la desde colectivos profesionales y de grupos de apoyo.

Esta actividad cuenta con el reconocimiento para el cumplimiento de los requisitos necesarios en el proceso de acreditación de centros sanitarios IHAN – UNICEF (nivel A y B).

Además, la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid ha resuelto acreditar esta actividad formativa con 1.4 créditos y está solicitada la acreditación CERPs del International Board of Lactation Consultant Examiners (IBCLC) para la formación continuada de consultoras de lactancia certificadas, pendiente de resolución. La anterior edición obtuvo 8 CERPs.

El curso ofrece formación actualizada sobre lactancia materna y cómo promoverla, apoyarla y protegerla.

**Inscripciones y mas información:**

<https://www.ihan.es/producto/curso-de-lactancia-natural-segunda-edicion/>



UNIVERSIDAD  
**PABLO DE OLAVIDE**  
SEVILLA



Escola Superior  
de Desporto de  
Rio Maior  
[IP Santarém]



UNIVERSITY OF GDANSK

## ENCUESTA: EMBARAZO ACTIVO

Se está desarrollando con varias universidades europeas y el objetivo es la elaboración de una guía para profesionales sanitarios que ofrecerá una actualización sobre los conocimientos relacionados con el estilo de vida activo durante el embarazo y el posparto.

Para nosotros, es fundamental hacer partícipes a los profesionales sanitarios y conocer su opinión sobre los contenidos que estamos desarrollando en la guía de cara a garantizar que cumplen con las demandas de los profesionales sanitarios. Por ello, le pedimos que difundan esta información junto con un breve cuestionario (que sólo les llevará unos 2 minutos completarlo) a sus compañeros sanitarios que trabajen con mujeres embarazadas y postparto:

Este proyecto de investigación sobre Embarazo Activo, se desarrollada por varias universidades europeas (Universidad Pablo de Olavide, Escola Superior de Desporto de Rio Maior, Universidad de Gdansk).

Le pedimos su opinión para mejorar esta guía, respondiendo a un breve cuestionario interactivo que no le llevará más de dos minutos completarlo. Puede responder a través del siguiente enlace y le rogaríamos que comparta con sus compañeros que interactúan con la mujer durante el embarazo y el postparto a fin de podamos tener en cuenta sus opiniones en el desarrollo de la guía.

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdBOe8\\_01rdWldFzbQkTI\\_Q8pJ5b0UK5Hz3\\_TkE32Z2aQ\\_rNA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdBOe8_01rdWldFzbQkTI_Q8pJ5b0UK5Hz3_TkE32Z2aQ_rNA/viewform?usp=sf_link)

**OFERTA DE TRABAJO  
PARA MATRONAS EN  
RIYADH (ARABIA  
SAUDI)**



**Requisitos:**

1. Nivel alto de ingles
2. Experiencia laboral mínimo 2 años
3. Formación, experiencia y nacionalidad europea

**Se ofrece:**

- Contrato de 1 año, prorrogable
- Salario excepcional
- Pago de horas extras 150%
- Transporte al trabajo
- Alojamiento en lugar de alto standing, incluido
- Vuelo ida y vuelta desde el lugar de origen incluyendo recogida aeropuerto
- Vuelo ida y vuelta a mitad de contrato por vacaciones
- 54 días de vacaciones al año
- Seguro medico

**Para mas información:** Eva Hernández: +34 625907997

Mail: [ehernandez@arabiansalud.com](mailto:ehernandez@arabiansalud.com)

Envío de CV: [curriculum@arabiansalud.com](mailto:curriculum@arabiansalud.com)

## NOTICIAS DE SIMAES



## LAS MATRONAS DE PRIMARIA DISCRIMINADAS POR FALTA DE SUSTITUCIONES EN VACACIONES.

1289 POLÍTICA SANITARIA - SUSTITUCIONES POR VACACIONES. 04 JULIO 2013

### LAS MATRONAS DE PRIMARIA DISCRIMINADAS POR FALTA DE SUSTITUCIONES EN VACACIONES.

Mientras que se sustituyen las enfermeras generalistas de los equipos de atención primaria por vacaciones, para la mayoría de las Matronas esta posibilidad es, en la práctica, inexistente.

**MATRONA FERRADO ABIERTO por VACACIONES**

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

Mientras que se sustituye a las enfermeras generalistas de los equipos de atención primaria por vacaciones, para la mayoría de las Matronas esta posibilidad es, en la práctica, inexistente.

Sin entrar en casos excepcionales, que los hay, la inmensa mayoría de las Matronas que ejercen su profesión en Atención Primaria no tienen un/a sustituta/o durante su periodo de vacaciones, con lo que a su vuelta tienen que realizar toda la labor acumulada que no ha podido asumir el equipo, ya de por sí muy saturado en esta época.

Es una discriminación injustificable que reproducen las gerencias de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas que, incluso, llegan a publicar y “vender” como un éxito la sustitución de sus Matronas en vacaciones, pero refiriéndose únicamente a las de atención especializada (hospitales).

Con esta actitud obvian la necesidad social, asistencial y educativa de las Matronas en los Centros de Salud, como protagonistas de una asistencia integral a la mujer para mantener su salud sexual y reproductiva, pero también en otros muchos campos muy importantes en la época estival, como los hábitos saludables, la prevención de cáncer ginecológico, la alimentación, la higiene, etc.

## SIMAES CREE ESENCIAL UNA POLITICA HOMOLOGADA DE RRHH Y UNA FINANCIACIÓN SUFICIENTE PARA EL “NUEVO” SNS POSTVIRUS.



Un hipotético Pacto por la Sanidad debería garantizar retribuciones en función de competencias y responsabilidades e incrementar la plantilla de Matronas, especialmente en atención primaria y en las plantas de maternidad de los hospitales.

Después de las conclusiones de la reunión de los Consejos Generales de los Colegios de las profesiones sanitarias (donde obviamente no hemos estado), creemos oportunos hacer constar la opinión de las MATRONAS sobre la “reconstrucción” del SNS tras la crisis del Covid-19, evidenciadas carencias en el sistema que entendemos precisan urgentes actuaciones.

Coincidimos con los Colegios Profesionales en que la situación es hija del escaso presupuesto (2% del gasto sanitario) que se viene dedicando a Salud Pública y de la falta de previsión y de recursos suficientes que ha producido una exposición ilógica al virus. Estas circunstancias no deben volver a producirse y, por supuesto, deben ser la base de un futuro Pacto de Todos por la Sanidad, que entendemos necesario.

Este Pacto debería establecer los parámetros de una financiación suficiente de todo el SNS, por encima del 7% del PIB, estable y fiscalmente consolidado, de acuerdo con los principios constitucionales de cohesión territorial, igualdad y equidad, asentado el acceso universal a la sanidad, con el objetivo de consolidar el empleo sanitario ahora precarizado y siguiendo unas pautas comunes que sólo puede impulsar el liderazgo del Ministerio de Sanidad, mediante un sistema que permita la cogestión responsable con las comunidades autónomas de cuestiones como: salud pública, evaluación sanitaria, garantías públicas, medicamentos, acceso a la condición de empleado público, valoración de méritos, formación especializada y continuada, etc.

En ese hipotético pacto también se debe incluir una política homologada de recursos humanos para todo el SNS, que garantice empleo de calidad, pero también que retribuya en función de las competencias que asume cada profesional sanitario, su dedicación, puesto y responsabilidad, sin olvidar el compromiso de cada profesional en el desarrollo de su carrera profesional. No puede permitirse que un especialista perciba menor retribución que quien libremente ha decidido no serlo.

En esta situación, las Matronas de Atención Primaria deberían ser la piedra angular del nuevo sistema, con la presencia de una Matrona en cada centro de salud, integrada en los equipos asistenciales pero con autonomía de gestión. La Atención Primaria debe avanzar hacia alcanzar un presupuesto cercano al 25% del gasto sanitario total, como cabeza de lanza de una sanidad comunitaria, preventiva y social.

Sabemos de Matronas que han sufrido los efectos del coronavirus, incluso sabemos que algunas todavía padecen sus secuelas y, en honor a su esfuerzo y entrega, no podemos permitir que esta situación se vuelva a repetir.

## NOTICIAS DE SIMAES



### RESULTADO DEL ESTUDIO SOBRE LA SITUACION DE LA FIGURA DE COORDINADORA DE MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA.

Reduce gastos, mejora la atención, baja la presión asistencial, pero sólo 2 autonomías tienen en su estructura puestos de coordinadoras de matronas de AP ocupadas por matronas y retribuidas por ejercer ese cargo.

En las últimas semanas hemos realizado un sondeo sobre la situación de la figura de COORDINADORA DE MATRONA DE AREA DE ATENCIÓN PRIMARIA en las distintas comunidades autónomas.

En SIMAES consideramos esencial avanzar en la asunción de competencias relacionadas con la gestión, donde esta figura debe ser el eje principal puesto que donde existe, constituye todo un referente y reduce gastos innecesarios y presión asistencial, con el consiguiente ahorro presupuestario. Este hecho no cuadra con la poca receptividad mostrado por los responsables de salud por esta cuestión.

Dicho esto, del estudio que hemos realizado se desprende que 6 autonomías cuentan con la figura de Coordinadora de Matronas de AP en sus Áreas de Salud o Departamentos. Que de ellas, todas menos una la ocupan Matronas, en tanto que sólo 2 cobran por este puesto y no bajo tal denominación precisamente, como puede observarse en el cuadro.

Solo una autonomía puede decirse que tiene Matronas que ocupan el puesto de Coordinadora de AP y tienen asignada una retribución, por lo que nuestros servicios jurídicos están recabando la información necesaria para que constituya un referente y la base para una CAMPAÑA INFORMATIVA que tenemos previsto realizar el próximo otoño.

ESTUDIO SITUACION COORDINADORA DE MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA					SINDICATO DE MATRONAS ESPAÑOLAS
Resultado de las respuestas recibidas al cuestionario de SIMAES					
OD	COMUNIDAD AUTONOMA	¿EXISTEN?	¿SON MATRONAS?	¿COBRAN?	OBSERVACIONES
1	C. VALENCIANA	SI	SI	SI	Hay varios departamentos (Áreas de Salud) que cuentan con coordinadora de AP, aunque figuran como Adjunta a Dirección de Enfermería de Área.
2	GALICIA	NO	NO	NO	No hay coordinadoras matronas de Atención Primaria en Galicia. Las coordinadoras son enfermeras y sí que cobran coordinación.
3	PAIS VASCO	NO	NO	NO	No existe esa figura. Las matronas de AP y las del hospital de una determinada zona u organización dependen de la supervisora de esa zona u OSI.
4	ASTURIAS	NO	NO	NO	No existe esa figura.
5	EXTREMADURA	SI	SI	NO	Existe la figura pero no se cobra por esta función en Extremadura.
6	CANARIAS	NO	NO	NO	Las matronas de primaria dependen directamente de la Dra. de Atención Primaria
7	CATALUÑA	SI	SI	SI	Existen coordinadoras de las Unidades de atención a la salud sexual y reproductiva de atención primaria y se percibe un complemento de coordinación por asumir este rol.
8	ANDALUCIA	SI	SI	NO	Existen en algunas provincias, como en Sevilla.
9	ISLAS BALEARES	SI	SI	NO	
10	CASTILLA-LA MANCHA	NO	NO	NO	La matrona de AP tiene como superior un/a coordinador/a de Enfermería que depende de la subdirección de Enfermería de la GAL.
11	CASTILLA Y LEON	NO	NO	NO	
12	C. DE MADRID	NO	NO	NO	No existe esta figura sino que hay una matrona representante de cada área de salud, como un "cargo" de confianza que depende de la directora de enfermería del área.
13	MURCIA	SI	NO	NO	
14	CANTABRIA	NO	NO	NO	

## NOTICIAS DE SIMAES

### EL MINISTRO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES “DESCUBRE” QUE ESPAÑA PADECE UNA TEMPORALIDAD “INTOLERABLE” Y “SE DEBE PENALIZAR”.



EL MINISTRO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES “DESCUBRE” QUE ESPAÑA PADECE UNA TEMPORALIDAD “INTOLERABLE” Y “SE DEBE PENALIZAR”.

Se estudia penalizar el abuso de la temporalidad con una tasa para quien rescinda contratos antes de los fines de semana o de las vacaciones, una práctica generalizada en el sector sanitario, según el Ministro.

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

Se estudia penalizar el abuso de la temporalidad con una tasa para quien rescinda contratos antes de los fines de semana o de las vacaciones, una práctica generalizada en el sector sanitario, según el Ministro.

El ministro de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, José Luis Escrivá, descubre lo que todos sabíamos hace tiempo y ha anunciado este lunes que el Gobierno está estudiando introducir una tasa, a modo de penalización, para quienes dan de baja los contratos de sus trabajadores durante los fines de semana para volverlos a dar de alta el lunes, con el objetivo de ahorrarse el pago de cotizaciones a la Seguridad Social, o dicho de otro modo, no pagar las cotizaciones correspondientes a los fines de semana o durante los días de vacaciones. Una práctica que, según el ministro, se ve de forma generalizada en el sector sanitario.

El Ministro ha insistido, en unas declaraciones ante empresarios, que se trata de una práctica "intolerable", que también se realiza en los meses de verano, "que no debe aceptarse y que claramente se va a penalizar". Incluso ha añadido: "Vamos a establecer una tasa por las bajas de contratos. Estamos estudiando cómo hacerlo".

El ministro ha denunciado que esta práctica "se ha convertido en algo cultural en España", que no sucede en otros países del entorno español y que no puede aceptarse como válida, por lo que se penalizará, de forma que también se contribuirá a luchar contra la temporalidad y el alto grado de rotación de contratos que existe en España. Así, los contratos de menos de 5 días pagarán un 40% más de cotizaciones. Mejorará la protección para estos trabajadores, a los que se computará por cada día cotizado 1,4 de alta.

El ministro ha recordado además que existe un gran nivel de “precariedad”, ligada a esta temporalidad abusiva, en las administraciones públicas, en concreto en los sectores de sanidad y educación. **“Hay cosas que se pueden hacer en el sector público, que no tienen que ver con modificar el sistema normativo”.**

Así lo ha dicho y así lo exponemos y, si al final hacen lo que dicen y se produce un cambio de rumbo, lo celebraremos, porque así no vamos a ningún lado.

## NOTICIAS DE SIMAES



### EL TRAICIONERO COVID SE LLEVA A UNA EXCELENTE MATRONA EN SEVILLA.

María del Carmen Carrasco, Matrona de Lebrija (Sevilla), ha muerto luchando contra el virus. Descansa en paz compañera.

El lunes, nos dejó, después de una larga lucha de 35 días en la UCI del Hospital de Valme, nuestra compañera, querida por cuantos compartieron con ella vida y trabajo, María del Carmen Carrasco Mialdea, Matrona del Centro de Salud de Lebrija (Sevilla). Sólo contaba con 62 años.

Aunque no la conocíamos personalmente, hemos podido constatar las muestras de cariño, afecto y reconocimiento de todos sus compañeros de trabajo. Este sindicato se une al dolor de familiares, amigos y compañeros de María del Carmen. Descansa en paz luchadora y que el cielo albergue tu alma.

### COMPARATIVA EIR

#### OFERTA POR ESPECIALIDAD

ENFERMERÍA	PLAZAS 2019	INCREM ENTO	PLAZAS 2020	INCREM ENTO	PLAZAS 2021	CRECIMIENTO %
Familiar y Comunitaria	521	20	541	146	687	31,86
Obstétrico-Ginecológica	401	3	404	8	412	2,74
Salud Mental	245	3	248	7	255	4,08
Pediátrica	188	2	190	11	201	6,91
Del Trabajo	62	0	62	0	62	0,00
Geriátrica	46	2	48	18	66	43,48
Total...	1.463	30	1.493	190	1.683	15,04

### LA OFERTA EIR PARA MATRONAS SOLAMENTE SE INCREMENTA UN 2 % EN LOS ULTIMOS TRES EJERCICIOS.

Es la especialidad que menos crece, exceptuando Trabajo que permanece invariable, y demuestra claramente cuál es la tendencia y la falta de visión de los gestores sanitarios.

Con la publicación, el pasado día 4 de diciembre en el BOE, de la Orden SND/1158/2020, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2020 para el acceso en el año 2021, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias, se consolida la irracional tendencia al estancamiento en la formación EIR de Matronas.

La especialidad de Familiar y Comunitaria aumenta su oferta sustancialmente, cerca del 32%, en tanto que Matronas no llega al 3%, a pesar de que en los próximos cinco años cerca de un 20% de Matronas tendrán, necesariamente, que jubilarse, es decir, en los próximos años será necesario inyectar a nuestro SNS entre 1.400 y 1.800 Matronas, sólo para sustituir a una generación que ha cumplido sobradamente con su trabajo.

Si tenemos en cuenta el Catálogo Nacional de Hospitales 2018, nuestro país dispone de un total de 799 hospitales, si en todos ellos solamente se incorporase una Matrona a Planta de Maternidad o en urgencias obstétricas o en cualquier otro lugar que requiera las competencias de nuestra profesión para su desarrollo, otras 800 plazas serían necesarias, que ahorrarían no pocos problemas a las gestantes y muchos millones de euros en asistencia.

Si a ello añadimos que no en todos los más de 13.000 Centros de Salud del SNS hay actualmente una Matrona, que evitaría miles de visitas a hospitales y reduciría la presión asistencial que soportan los EAP actualmente, no hace falta mucho conocimiento para llegar a la conclusión que habría que aumentar sustancialmente la formación EIR Matronas para evitar un colapso asistencial, como el que están sufriendo otros países de nuestro entorno.



## ENTREVISTA CON: TERESA CABRERA SANZ

### UNA MATRONA PARTICIPE DEL CAMBIO EN LA OBSTETRICIA MODERNA



Teresa es matrona desde hace más de 40 años, una investigadora incansable, entregada a su profesión y que el destino quiso que fuera participe de los inicios del cambio en la obstetricia moderna de la segunda mitad del Siglo XX.

Una matrona que supo aceptar el reto de iniciar un proyecto pionero que se transmitió al resto de España. Puede que a muchos sorprenda que algunas de las prácticas obstétricas actuales de Humanización ya tuvieran sus inicios hace 40 años.

**P:** Hola Teresa, en primer lugar agradecerte que hayas aceptado concederme esta entrevista, para mí es un orgullo, no solo ser amiga tuya sino además, conocer personalmente a una de las matronas que más admiro dentro de esta profesión y que las jóvenes generaciones desconocen. Quizá muchas compañeras ignoran tus inicios como enfermera en un área de la obstetricia como es la fisiopatología fetal, cuéntenos Teresa ¿qué significó para ti el trabajo en una Unidad de Fisiopatología Fetal allá por los años 70?

**R:** Hola Maribel, muchas gracias por tus palabras de amistad y reconocimiento profesional, vuestra generosidad al hacerme esta entrevista me ha llevado a recordar y valorar en su conjunto el camino que he recorrido como enfermera y dentro de la enfermería como matrona, al hacerlo, todo lo vivido tiene unidad y cobra sentido.

Contra todo pronóstico acabe estudiando enfermería cuando mi intención era hacer químicas. Pero desde el primer día en que inicie mis estudios de enfermería supe que era la profesión a la que quería dedicar mi vida. Dentro de mi formación como enfermera dos rotaciones llamaron especialmente mi atención; la Unidad de Parapléjicos en la Ciudad Universitaria de Madrid y el Servicio de Fisiopatología Fetal en la Maternidad del Hospital la Paz de Madrid, optando por este último para iniciar mi carrera.

Mi incorporación como enfermera al servicio de Fisiopatología Fetal fue en el año 68. La Maternidad de la Paz se inauguró en el año 1965 coincidiendo con el desplazamiento de la mayoría de los partos domiciliarios a las maternidades en la década de los años 60 en España, este hecho, dio un impulso al desarrollo de la Obstetricia. Antes de su inauguración dos descubrimientos científicos originales habían tenido lugar a nivel internacional que van a tener un papel decisivo en la Medicina Perinatal: por una parte el Profesor Caldeyro Barcia y colaboradores realizan en 1947, dentro del Servicio de fisiología obstétrica de Montevideo, los primeros registros de la presión amniótica, analizando y definiendo la contractilidad uterina en el embarazo y parto, así como la fisiología normal y patológica de la misma.

En 1958 presentan un estudio de la hipoxia fetal mediante registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y a partir de esta fecha utilizaron los dos métodos de forma simultánea, pudiendo describir los efectos de las contracciones uterinas sobre la FCF. Estos dos métodos dieron origen a los "cardiotocógrafos" (CTG) utilizados desde entonces para valorar el estado fetal y la evolución del parto. De forma simultánea el Dr. Edward Hon y colaboradores en la Universidad de Yale EE.UU. confirman estos resultados y en 1963 Hon diseña el "electrodo para registro continuo de la FCF interna". En 1968 Bishop, E. H. incorpora el



Teresa con parte del equipo de FPF de La Paz 1975

*“Doppler” al Ultrasonido para el registro de FCF por métodos no invasivos. En 1963 Pose presenta registros continuos y simultáneos de FCF y dinámica uterina para ver la repercusión de la dinámica sobre la FCF.*



*El segundo avance científico que impulsó radicalmente el desarrollo de la medicina obstétrica fue la introducción de la “ecografía”, considerada en la actualidad un examen indispensable. Su historia se remonta a 1794 con el descubrimiento de los ultrasonidos por el biólogo Lazzaro Spallanzani en su observación de los murciélagos, pero es en 1957 cuando el Dr. Ian Donald inicia sus estudios obstétricos a partir de los ecos provenientes del cráneo fetal, y en 1960 se dispone del primer aparato unidimensional de ecografías para el embarazo al que siguió el bidimensional y la escala de grises.*

*En 1962 Saling aporta el “amnioscopio”, así como el método que hace posible la obtención de micromuestras de sangre fetal para la determinación del equilibrio ácido-base fetal (“gasometría fetal intraparto de calota fetal”) durante el trabajo de parto, a través del cual vamos a poder valorar el estado fetal intrauterina.*

*Todos estos avances científicos dan lugar a la creación de los servicios de Fisiopatología fetal por el que cambia el concepto del feto, pasando de ser el objeto del parto a ser estudiada la salud o enfermedad del mismo durante todo el proceso completo. Trabajar en el Servicio de Fisiopatología Fetal dirigido por el Dr. Pedro de la Fuente, supuso para mí entrar en contacto con todo ello desde sus inicios, vivir la evolución, los cambios, la consolidación de los mismos y su repercusión sobre la salud materno-fetal. Para mí, incorporarme a un servicio que trabajaba en equipo y en el que se integraban en la práctica la asistencia, la docencia y la investigación, aunque en ese momento no fuera consciente, fue donde se constituyeron las bases de mi modo de entender la profesión.*

**P: Y dime Teresa ¿cómo supiste que necesitabas ser matrona? ¿Qué podía aportar esto a tu trabajo en la Unidad de Fisiopatología Fetal, según he leído estuviste hasta los inicios de los 80?**

**R:** *Me di cuenta que para seguir trabajando en ese servicio me era imprescindible aumentar mis conocimientos obstétricos-ginecológicos, tanto teóricos como prácticos y obtener el título de matrona. La especialización que hice en 1974 aumento mi respeto y admiración por nuestra profesión. En Cruz Roja donde obtuve el título conocí excelentes y estrictas matronas asistenciales.*



*Al incorporarme a mi servicio como matrona pude integrar lo aprendido en ese año, con los conocimientos en fisiopatología fetal que tenía y que siguieron aumentando en los años siguientes con el trabajo asistencial y la participación como parte del equipo en los trabajos de investigación que se realizaron esos años; alguno de ellos fueron: La frecuencia cardíaca fetal intraparto (Tesis doctoral del Dr. Díaz Castellanos), Alteración de la homeostasis fetal (Tesis doctoral del Dr. González), Atlas de ecografía obstétrica (Ediciones Toray. Prof. Pedro de la Fuente y Dr. Olaizola año 1983).*



**P: Tengo entendido que el gran reto surge cuando te marchas a un hospital como el 12 de Octubre de Madrid con el equipo del Dr. De La Fuente para iniciar un proyecto pionero en España ¿Qué supuso formar parte de este equipo? ¿Por qué fue tan importante? En esa época eras supervisora del área funcional. Cuéntanos en qué consistía este proyecto.**

*R: Bueno, primero aclarar que antes de llamarse así, se inauguró como “Ciudad Sanitaria 1º de Octubre” en 1973 y que el Materno- Infantil del Hospital 1º de Octubre se inaugura en mayo de 1980, en aquel momento, el mayor de Europa, dónde se atendían más de 8.000 partos anuales y que se convierte en referencia obligada de toda la red sanitaria española y es, a finales de esa década, cuando cambia el nombre a 12 de Octubre. El máximo responsable como Jefe de Departamento del mismo, fue el Profesor Pedro de la Fuente, el cual planificó, junto con su equipo, la forma de asistencia obstétrica, coordinando a todos los profesionales que en aquel momento formábamos el equipo de Medicina Perinatal. Yo llevaba trabajando en fisiopatología 11 años y confiando en mi trayectoria dentro del servicio, me hacen la propuesta de participar en ese proyecto como jefa de matronas, cargo que más tarde pasó a llamarse “Supervisora de Área Funcional”. Cuando se inauguró el hospital 1º de Octubre ya habían trascurrido décadas de asistencia al parto en los hospitales y en este tiempo, se habían seguido publicando trabajos por obstetras y pediatras destacando aspectos importantes del parto que, como proceso biológico y acontecimiento familiar, deben de ser preservados en el medio hospitalario. Igualmente no habían dejado de aparecer publicaciones sobre la importancia del control fetal durante el parto considerando que es, sin duda, la etapa más arriesgada dentro de la vida de una persona (feto-niño-adulto).*

*Al plantearse el modelo asistencial al parto en el Departamento de un hospital nuevo se optó, bajo la dirección del Prof. de la Fuente, por la filosofía que creemos fue, y sigue siendo, importante porque se generalizó no solo en España, sino fuera de España. Esta filosofía de trabajo era, humanizar el parto en el medio hospitalario sin renunciar a las ventajas de los avances científicos que hacían el parto más seguro, aunque para ello se adoptaron muchas medidas. La arquitectura del paritorio se diseñó con dilataciones individuales preservando la intimidad del nacimiento y se permitió, por primera vez en España, la presencia y acompañamiento del padre durante la dilatación y parto, que más tarde se fue extendiendo a todas las unidades de España.*



**Parturienta deambulando. Hosp. 12 Octubre**

*Otro aspecto de gran importancia fue planificar una plantilla de matronas que les permitiese, además de controlar y asistir el parto, acompañar y apoyar a la mujer, así como, facilitar la integración del padre durante todo el proceso del parto. Siendo la misma matrona la que hacía el seguimiento de la dilatación, asistencia al periodo expulsivo y control de la dos horas de puerperio inmediato. El que la mujer deambulara durante la dilatación se inspiró en los trabajos de Caldeyro Barcia y por primera vez, en España, se utilizó la telemetría que permitía el control de la frecuencia cardíaca (FCF) y la actividad uterina sin la necesidad de que la mujer de parto estuviera encamada. Se incorporan los pujos reflejos o espontáneos frente al pujo dirigido, basado en los trabajos presentados por Day y colaboradores (1964) sobre el efecto del tipo de pujos sobre la FCF en el expulsivo y se tienen en cuenta las publicaciones de Melchior que jerarquiza la importancia del periodo expulsivo considerándolo el de mayor riesgo para el feto y establece 5 patrones de FCF durante el mismo (1972) En el mismo paritorio una vez valorado el estado del recién nacido por el servicio de neonatología se iniciaba el contacto piel con piel (CPP) y la lactancia precoz teniendo presentes los trabajos de Marshall Klaus y John Kennell (1972) sobre el apego y creación del vínculo.*



*Las matronas que se incorporaron al Hospital 1º de octubre en el momento de su inauguración y en los primeros años, tuvieron una importancia decisiva en el éxito de este proyecto. Junto con el Dr. Hernández García, Jefe de Servicio, Dr. Martínez, Dr. Garrido y el Dr. Castillo, formamos un equipo valorado y respetado dentro y fuera de nuestro hospital realizando una labor asistencial, docente y de investigación. Entre el año 1981 y el año 2000, las matronas publicamos trabajos en revistas nacionales y extranjeras sobre técnicas de monitorización interna, expulsivo de pie, deambulación durante el trabajo de parto, lactancia materna, llanto como síntoma de stress (discomfort) en el recién nacido en ausencia del contacto piel con piel en las dos horas que siguen al parto, control de temperatura en el recién nacido relacionado con el tipo de parto y la separación madre hijo, anestesia epidural y su repercusiones sobre el parto, acompañamiento en el parto, ocupación del tiempo de la matrona etc. El Prof. Pedro de la Fuente, como Jefe de Departamento y máximo responsable, siempre demostró en los congresos y en el trato diario, su respeto, orientación y ayuda en las iniciativas de investigación que tuvimos y llevamos a cabo las matronas en ese momento y, por supuesto, por nuestra labor asistencial. Para mí, formar parte de este equipo como jefa de matronas y trabajar desde los inicios en este proyecto, fue muy gratificante desde el punto de vista profesional y personal.*



**P: Presenciaste y participaste en los inicios de la ecografía, de la analgesia Epidural, la movilidad durante la dilatación, el contacto piel con piel, y tantas y tantas cosas en los primeros años 80 y que hoy vemos reflejadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), pero muchas compañeras y compañeros piensan que es a partir del 2007 cuando se inicia, pero como tú muy bien nos acabas de relatar, esto se inicia en los 80 con el proyecto del 1ª de Octubre (12 de Octubre), ¿a qué crees que es debido que este modelo se plasmara en la EAPN 25 años después?**

*R: Si, 25 años después de la inauguración de nuestro hospital y 10 años después de incorporar la anestesia epidural. En el año 2005, desde el Observatorio de Salud de las mujeres, dependiente del Ministerio de Sanidad, se inició el proceso de EAPN debido a la existencia de una gran variabilidad en las prácticas clínicas que se realizaban, y la existencia de un debate público alrededor de la asistencia al mismo. El objetivo general del proceso de la EAPN fue la búsqueda del consenso en la forma de asistencia al parto en el SNS marcando unos indicadores asistenciales basados en la evidencia científica y la participación informada de las mujeres. La lectura de estos indicadores de prácticas clínicas en la EAPN contemplan aspectos muy importantes ya presentes en la forma de asistir el parto en el año 1980 en el Hospital 12 de Octubre como: el acompañamiento durante el proceso de parto, la deambulación y libertad de movimientos durante el periodo de dilatación, una monitorización y control del bienestar fetal, minimizar el uso de oxitocina, no utilizar analgesia de forma rutinaria, permitir distintas posturas en el periodo expulsivo, minimizar el parto vaginal instrumental y las cesáreas, el contacto piel con piel madre-hijo en el momento del parto y el inicio de la lactancia materna en el postparto inmediato. Es muy posible, por no decir seguro, que todas estas prácticas clínicas en la forma de asistir al parto que se planificaron en el Hospital 12 de Octubre con dos objetivos fundamentales como preservar y promover la salud madre-hijo y humanizar la atención al parto, hubieran acabado incorporándose, pienso que nuestro hospital tuvo un papel pionero y muy importante en que así fuera.*

*Me preguntas Maribel por qué sucede 25 años después de la inauguración de nuestro hospital y varios fueron los motivos según mi criterio; por un lado, la incorporación de la Analgesia Epidural como método de control del dolor de la mujer en el parto, lo que supuso grandes cambios en el proceso y forma de asistencia al mismo; por otro ,*



lado, la inquietud de los profesionales interesados en unificar los criterios de cada una de las intervenciones que se realizaban en ese momento, y por supuesto, las demandas de las mujeres. Todo esto junto, fueron factores predisponentes que propiciaron el momento adecuado para que surgiera la EAPN.

**P: Teresa, te he presentado como una investigadora incansable, con muchos trabajos publicados y muchísima participación en congresos, jornadas, simposium, incluso que estando ya en el 12 de Octubre organizabais jornadas propias de ámbito nacional pero dime, ¿Qué ha supuesto para ti la investigación en tu desarrollo profesional? ¿Y los premios recibidos?**

*R: Investigar supone aportar más conocimientos a la profesión e innovar sobre una base científica. La investigación, en mi experiencia, no la realiza un solo profesional, sino grupos de profesionales de un equipo que necesitan el apoyo de todos. Es importante hacer una digresión, es decir, para poder investigar dentro de un equipo es necesario un ambiente de trabajo favorable y que se den unas condiciones laborales en las que la plantilla se sienta bien e integrada. En nuestro hospital 12 de Octubre durante los 16 primeros años conseguimos crear las condiciones óptimas dentro del equipo de medicina perinatal para poder investigar. Las comunicaciones a Congresos y las publicaciones basadas en las investigaciones sobre nuestra práctica asistencial y los premios recibidos, fomentaron nuestra autoestima y el interés por continuar haciéndolo.*

*Los congresos que organizamos desde el Departamento de Obstetricia del hospital 12 de Octubre, donde los/las ponentes eran matronas, obstetras, neonatólogos, anestesistas y que se celebraron en distintas ciudades españolas, sirvieron para unirnos, conocernos y compartir con equipos de otros hospitales. De esta época data el inicio de mi relación profesional de respeto y amistad con María Ángeles Rodríguez Rozalén, en aquel momento Presidenta de la única asociación científica de matronas de ámbito nacional y que fue fraguándose con el trato y el tiempo. Los 8 cursos que organizamos desde el hospital entre los años 91 /98 fueron en colaboración con la Asociación Española de Matronas (AEM) que ella dirigía y en muchas ocasiones, contó con mi presencia en congresos organizados desde la asociación para difundir los trabajos realizados en el hospital. Esta entrevista me brinda la ocasión de agradecerle la confianza y el apoyo dado a mi persona.*



**P: Además de investigadora y gestora, también has sido profesora en la Universidad, se podría decir que has desarrollado las cuatro funciones profesionales de la matrona, no te voy a poner en la diatriba de elegir, pero seguro que alguno ha marcado más tu trayectoria, ¿podrías decirnos que te ha aportado cada una de las diferentes facetas?**

*R: Vamos a dejar la investigación ya comentada en la pregunta anterior, ciertamente no podría elegir, aunque si la vida no me hubiera situado en el lugar donde tuve que decidir si lideraba como matrona el proyecto del hospital 12 de octubre, creo que hubiera sido una buena enfermera o una buena matrona asistencial. He tenido la suerte de haber trabajado en una profesión que he querido y respetado, y las mujeres a las que he prestado mi atención asistencial, en cualquiera de los ámbitos de nuestra profesión, me han compensado con creces por los resultados obtenidos en términos de salud y de trato humano. La docencia implica estudiar y profundizar en los temas que vas a impartir lo que te ayuda a aprender y mantenerte al día. La docencia como profesor asociado en la Universidad Complutense de Madrid ha supuesto el contacto con los alumnos que aprenden de nuestra experiencia y* ➤

conocimientos siendo una gran responsabilidad que he intentado hacer desde la ética y el esfuerzo, y me ha aportado el conocer la Universidad como parte integrante de la misma.

La docencia posgrado me ha mantenido en contacto con profesionales de toda España manteniendo un trato enriquecedor. En la actividad docente también mantienes el contacto con otros profesores que te ayudan a completar tus conocimientos, una persona que ha sido importante para mí en este ámbito es Maite del Hierro con una gran trayectoria docente dentro de la Universidad.



Maite del Hierro con Teresa

He dejado como última faceta la gestión dentro de un gran hospital del sistema público de salud a la que he dedicado 27 años de mi carrera y es en la que más me cuesta definir lo que me ha aportado por su complejidad y su variación a lo largo de tantos años. Sí podría decir que mi resumen final es, que he aprendido que se necesita mucha fortaleza y equilibrio para la soledad del cargo, se necesitan todos los conocimientos profesionales y humanos para liderar un proyecto que gestiona personal, recursos y cuidados en coordinación con otros servicios, con la Dirección y con el equipo de Medicina Perinatal y que no hay que perder el ánimo porque a pesar de todo ello, no siempre consigues el objetivo perseguido. Creo que en conjunto con el resto de facetas que comportan mi vida, lo importante es que todo ello me ha ayudado a ser la persona que soy.

**P:** Por supuesto, no me cabe la menor duda Teresa, pero además de docente, he tenido la oportunidad de conocer toda la formación que tienes como discente, ¿crees que es muy importante la formación continua a lo largo de la vida profesional? ¿qué opinas de las o los que piensan que a la “vejez” ya no hay mucho que aprender o que ya no te van a enseñar nada después de “x” años trabajando..?

**R:** Es imprescindible el conocimiento que emana de la práctica y las investigaciones de otros profesionales, esto nos ayuda a estar actualizados y a adaptar nuestra práctica a las nuevas perspectivas que aparecen en la Obstetricia y la Ginecología. La asistencia a cursos y congresos, la lectura de publicaciones científicas, nos abren continuamente una ventana al desarrollo de nuestra profesión.

**P:** Bueno, me ha sorprendido tu estancia en Suecia, ¿formaba parte de algún proyecto?

**R:** En el año 1994 tuve la suerte de poder realizar una estancia en el Department of International Health Care Research (IHCAR) Karolinska Institutet. Suecia. Fue una experiencia muy interesante ver como estaba planificada la asistencia en ese país. Ya en el año 1994 tenía dos zonas asistenciales, la clasificación se hacía al ingreso, las mujeres sin factores de riesgo y que no deseaban anestesia epidural pasaban a un área donde eran asistidas solo por matronas y donde contaban con polibanes, cardiotocógrafos con telemetría que podían sumergirse, pelotas y otros recursos para control del dolor, esto, unido a la elección de la madre, daba muy buenos resultados. Por supuesto si surgía alguna complicación o la mujer quería la epidural a lo largo del parto, pasaba a ser asistida en el área más medicalizada.

Esta estancia formó parte de una serie de trabajos de investigación realizados por los servicios de Obstetricia y Neonatología del Hospital 12 de octubre en colaboración con este departamento. En estos trabajos participamos matronas de nuestro hospital especialmente Lourdes Moreno y yo. Los proyectos de los trabajos de investigación se diseñaron en el departamento de enfermería dedicado a la investigación en el Instituto Karolinska y la propuesta de investigación conjunta la presentaron a nuestro hospital por la forma de asistencia que realizábamos y que permitía llevarlos a cabo.



Karolinska Institutet. Suecia

*De este modo, se hicieron tres trabajos, dos de ellos publicados en Acta Paediat Scandinava en los años 1993 y 1995. Uno de ellos sobre control de temperatura en el recién nacido dependiendo del tipo de parto y el otro sobre el llanto en recién nacido que no se mantiene en contacto piel con piel con la madre durante las dos horas del postparto inmediato, considerando el llanto un signo de falta de confort y stress. Realizamos otro trabajo no publicado sobre comportamientos del padre en el postparto. El motivo de mi estancia fue conocer formas de asistencia en el Karolinska y fundamentalmente visualizar videos que permitieran estudiar las diferencias de comportamientos de los padres teniendo en cuenta el país.*

**P: Teresa, sé que los últimos años como matrona en activo los pasaste en un centro de salud como matrona de Atención Primaria. Después de venir de un hospital tan...imponente como es el 12 de Octubre, haciendo lo que hacías, ¿Qué significó para ti este cambio?**

*R: Cuando me incorpore a Atención Primaria lo primero que pensé es que no iba a saber trabajar allí, a pesar de haber estado en contacto teórico con el trabajo que realiza la matrona en la misma y haber escuchado en congresos a matronas con mucha experiencia y conocimientos. Para mí introducción en primaria, en el primer choque, fue muy generosa y acogedora Estrella Castellote, nunca he olvidado la sensibilidad con la que me recibió, pero enseguida me di cuenta de la gran cantidad de conocimientos que yo había adquirido en el 12 de octubre y que mi experiencia como gestora me ayudaría a gestionar mis tiempos y a solicitar recursos a la Dirección. A pesar de ello, o además de esto, tuve que actualizarme asistiendo a seminarios sobre temas de vanguardia en lactancia materna, anticoncepción hormonal para matronas, asistencia a mujeres que sufren violencia de género y un sin fin de temas. El trato profesional con los médicos, enfermeras y administrativos de la atención primaria fue otro punto de satisfacción importante. Con todo ello mis 5 años de trabajo asistenciales en primaria fue todo un descubrimiento, comprobé la importancia y la repercusión del trabajo de las matronas de primaria sobre la salud de la mujer a lo largo de todo su ciclo reproductivo, el núcleo familiar, el bienestar del feto intraútero y del recién nacido. Todo ello se unió a mi favor para poder trabajar como una más sin la responsabilidad y las preocupaciones de la gestión. Estos 5 años de trabajo en atención primaria fue el último regalo de mi profesión que me permitió, a la vez, conocer el único servicio asistencial en el que nunca había trabajado.*

**P: Y respecto a lo anterior, tengo una pregunta que inquieta a algunas de nuestras lectoras, ¿Cómo ves el futuro de la matrona en atención primaria?¿Crees que está en riesgo ese puesto? ¿Cuál sería el consejo o recomendación que transmitirías a las compañeras y compañeros que hoy están en ese ámbito?**

*R: Mi experiencia de matrona en atención primaria me hizo ver como he descrito en la pregunta anterior, algo que quizás desde el hospital no veía con claridad y es que la matrona es un profesional fundamental en la atención primaria, tan importante que no debería ser personal de apoyo sino estar integrada en todos los centros. Pero también vi claro que hay que trabajar para demostrarlo cada día con los datos asistenciales, los resultados de nuestras actividades sobre la salud y con el reconocimiento y apoyo de las mujeres y sus parejas. Las competencias de la matrona están escritas y reconocidas, solo hay que trabajar cada día para defenderlas y conseguirlas, aunque a veces lo veamos un poco negro no hay que perder el ánimo.*

**P: Bueno Teresa, entrando un poco en algo más personal, sabemos que después de la vida profesional, hay más vida, como madre, como abuela,... ¿Cómo se disfruta del tiempo cuando una deja de ser matrona?**

*R: Sorprendentemente el tiempo se ocupa rápido, con lecturas que quedaron relegadas, viajes pospuestos, la incorporación de nuevos miembros a la familia que necesitan la figura comprometida de una abuela... a veces me paro y me pregunto cómo es posible que tuviera tiempo para trabajar. También son años para la reflexión no me gustaría dar el último paso de forma alocada.*



**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:** *Que han elegido una profesión preciosa, que se impliquen en la asistencia y la investigación, que sean docentes con las matronas en formación para pasar el legado de los conocimientos y la buena práctica, que comuniquen y compartan lo que investiguen en seminarios y congresos para continuar avanzando. Y que no descarten la gestión y el liderazgo. Deseándoles que disfruten de ser matronas.*

Para finalizar, Teresa, sabemos que llevas ya algunos años retirada de la vida activa profesional, y desarrollando otra etapa, pero desde la Asociación Española de Matronas, queremos agradecerte que durante tu trayectoria profesional hicieses todas las aportaciones para que la profesión de matrona y la actual obstetricia evolucionara en pro de mejorar la salud de tantas mujeres gestantes y sus familias.



Teresa preside el XV Congreso Nacional de Matronas en Madrid 2012

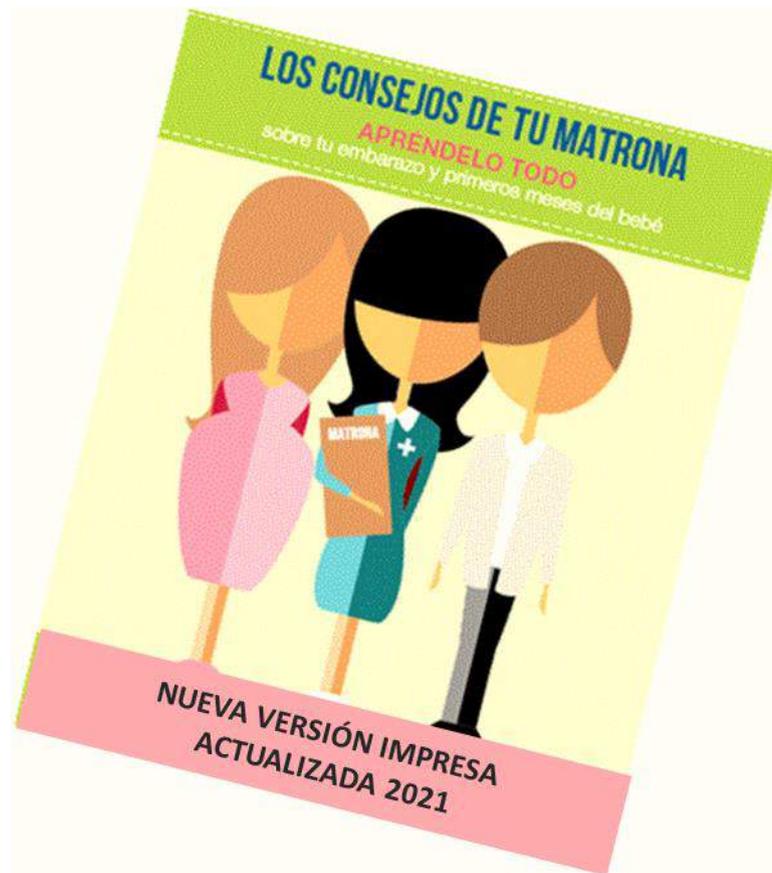
Creo que sinceramente, es un lujo poder entrevistar a una persona como tú, que formó parte de esos inicios del cambio y que muchas generaciones desconocen. Sirva esta entrevista como un reconocimiento a las matronas que han hecho historia en nuestra profesión. Te deseamos sigas tan vital y cercana como eres, cualidades que son parte de tu identidad.

Muchas gracias por tu tiempo y entrega y como no, mi agradecimiento personal por toda la generosidad demostrada con la profesión, y conmigo, espero haber podido transmitir en esta entrevista la admiración, personal y profesional, que siento por ti al resto de compañeras. ¡Ojalá descubran que los logros de las matronas se obtienen estando comprometidas con la profesión y al pie del cañón!

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/>

**PROXIMA IMPRESIÓN: Enero 2021**

# INVITACIÓN

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



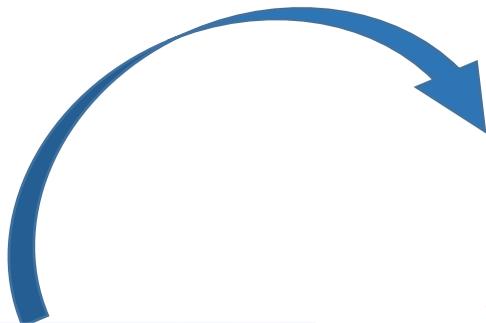
¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

¿Cuales son tus reivindicaciones?

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



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



## **EXPERIENCIA POSNATAL MÁS TRANQUILA PARA LAS MADRES POR LA PROHIBICIÓN DE VISITAS DE COVID-19**

**Las matronas de hospital Mount Isa informan sobre una experiencia posnatal más tranquila para las madres debido a la prohibición de visitas de COVID-19**

Las matronas se han sorprendido por los efectos positivos que las restricciones de COVID-19 han tenido en las mujeres que dan a luz y en el posparto.

Una matrona del Hospital Mount Isa en el noroeste de Queensland afirmaba que la separación entre las nuevas madres y sus familias demostró ser una experiencia tranquilizadora para los nuevos padres mientras estaban en el hospital.

En su expresión el momento fue *“especial y sagrado para las mujeres después de tener un bebé”*, dijo.

Opiniones de madres en este sentido:

*"Al no estar inundados de visitantes, notamos una diferencia en la sala".*

*"Nos encantan las visitas, pero a veces en esa etapa de recién nacido realmente vulnerable después de tener un bebé, puede ser abrumador para las mujeres"- decía otra madre .*

Una matrona del centro afirmaba que las mujeres en el posparto también expresaron mejor experiencia al regresar a casa del hospital, y que los nuevos padres valoraron positivamente no tener visitantes para conocer a sus recién nacidos durante las restricciones pandémicas.

Cosas sencillas como quedarse en pijama en casa sin preocuparse del orden en espera de visitas, o pasar más tiempo juntos los padres entorno al recién nacido, les produjo mayor nivel de relax y mejoró la lactancia.



Esta experiencia de la restricción de visitas para la mayoría de las parejas y sus hijos recién nacidos, como afirman las familias y las matronas, a la vista de lo positivo que ha resultado, se debería mantener aunque tanto unos como otras dudan de que esto se pueda mantener a medida que se suavicen las restricciones por la COVID-19.

Y los demás también lo estamos observado en nuestros respectivos lugares, lástima que, como apuntan las matronas del Mount Isa, previsiblemente "retornemos a las andadas" superadas las limitaciones impuestas por la COVID-19....



## **EL CORO DE PARTERÍA LANZA UN SENCILLO NAVIDEÑO PARA RECAUDAR 500,000 LIBRAS**

El coro de partería más grande de Gran Bretaña ha lanzado un nuevo sencillo benéfico con tema navideño, con el objetivo de recaudar £ 500,000 libras, 1 por cada bebé nacido desde el comienzo de la pandemia.

Más de 50 matronas se han unido para crear Caroll Of Hope, una versión de Somewhere Over The Rainbow con el tema de Covid, con Carroll Thompson, una cantante británica ídolo de los amantes del rock. La canción rinde homenaje al personal médico que ha ayudado a dar a luz a 500.000 bebés en todo el Reino Unido desde el primer encierro.

El dinero recaudado se destinará a la organización benéfica Best Beginnings para lanzar una nueva versión de su aplicación Baby Buddy, una aplicación para el embarazo y la crianza aprobada por el NHS utilizada por más de un cuarto de millón de padres en todo el Reino Unido.

Durante el encierro, las matronas formaron un coro para apoyar su propio bienestar y ayudar a celebrar el trabajo de las matronas en todas partes.

La profesora Jacqueline Dunkley-Bent, directora de partería del NHS England, dijo: "Yo, como muchos otros, espero ver el impacto del nuevo Baby Buddy 2.0 y su contribución para apoyar a los padres y sus relaciones con sus matronas".

La aplicación Baby Buddy es nuestra guía interactiva y gratuita sobre el embarazo y la crianza de los hijos, ganadora de múltiples premios. Baby Buddy también está diseñada como una intervención para apoyar la comunicación y el trabajo de los profesionales de primera línea. Lanzada en noviembre de 2014, Baby Buddy ha tenido más de 250.000 registros.

Baby Buddy proporciona información confiable



basada en evidencias y herramientas de cuidado personal para ayudar a los padres a desarrollar su conocimiento y confianza durante la transición a la paternidad y durante las primeras etapas de la paternidad.

Simón Austin, el músico que dedicó su tiempo a trabajar con las Midwifery Ambassadors para crear el CD, también se convirtió en padre por segunda vez durante la pandemia, y destacó problemas como el aislamiento y la depresión que enfrentan muchos nuevos padres.

*"La colaboración que se ha invertido en la creación y el lanzamiento de este sencillo navideño ha sido increíblemente terapéutica", dijo.*

*"Tener la aplicación Baby Buddy hubiera sido una gran diferencia en mis horas más oscuras".*

La afamada cantante Carroll Thompson, expresó su satisfacción diciendo que: "fue pura alegría crear este sencillo con tantas matronas fantásticas de todo el país"; la madre de Carroll fue matrona senior durante muchos años, por lo que la cantante es consciente de la importancia de apoyar y empoderar a todos los padres y del impacto positivo que creará Baby Buddy.

## PARQUE EN HOMENAJE A ENFERMERAS Y MATRONAS



Con el agobiante año que llevamos “perseguidos por la COVID, se nos había pasado la estupenda noticia de que los cacereños de Coria hace unos meses han dedicado un parque al año Internacional de las Enfermeras y Matronas.

El alcalde de la localidad de Coria, José Manuel García, y la presidenta del Colegio de Enfermería de Cáceres, Raquel Rodríguez Llanos, junto con otros miembros de la Junta de Gobierno del Colegio, procedieron a la inauguración, junto con enfermeras y matronas que no han querido perderse este evento memorable para la profesión, primero de este tipo en España ( que sepamos ).

Palabras certeras las de la primera autoridad municipal al afirmar que “era un buen momento para dar visibilidad a este colectivo que trabaja de manera incansable en pro de la sociedad en general”. Por añadidura, el consistorio ha querido hacer un reconocimiento al incansable trabajo que han realizado durante estos últimos cien años el Colegio de Enfermería de Cáceres. Este parque, próximo al centro de Salud de la localidad, recordará por tiempos a la profesión y a este año, mercedamente declarado por la OMS “ El año de las enfermeras y Matronas ”, como así consta en una placa gigante allí enclavada. Por su parte, Raquel Rodríguez Llanos, Presidenta el Colegio de Enfermería de Cáceres ha expresado su gratitud al consistorio: "Es un orgullo ser enfermera con gestos tan significativos como el que nos hace el Ayuntamiento de Coria por su sensibilidad y buena disposición, no solo para nuestra profesión, sino también para el Colegio de Enfermería de Cáceres. Es un símbolo, el primero que se produce en España, para dar visibilidad al Año Internacional 2020 que agradecemos profundamente y que constituirá una de otras muchas acciones en la histórica ciudad de Coria".

**¡ Gracias a la ciudad de Coria por recordar a toda la profesión enfermera y a las matronas!**

## MADRID RINDE HOMENAJE A LOS 114 SANITARIOS FALLECIDOS CONTAGIADOS POR EL COVID EN ESPAÑA



### Madrid rinde homenaje a los 114 sanitarios fallecidos por Covid -19

El pasado 18 de diciembre en Madrid se inauguró una escultura en recuerdo de los sanitarios fallecidos por la Covid-19.

La escultura **'El árbol de la vida'** es del artista Jaume Plensa, está ubicada en la plaza de los Sagrados Corazones.

En el solemne acto estuvieron presentes el alcalde de Madrid, José Luis Martínez-Almeida, la vicealcaldesa, Begoña Villacís, los Reyes de España, el ministro de Sanidad, Salvador Illa, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz-Ayuso; las delegadas de las áreas de Cultura, Turismo y Deporte, Andrea Levy, y de Obras y Equipamientos, Paloma García Romero; la concejala del distrito de Chamartín, Sonia Cea; el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Serafín Romero, y el autor de la obra.

La escultura, ha sido donada al Ayuntamiento de Madrid que recordará desde este día, la labor de los sanitarios durante esta pandemia de coronavirus.

Los asistentes durante la inauguración han guardado un minuto de silencio por los 114 sanitarios fallecidos, 83 médicos, 9 enfermeros y 22 farmacéuticos; A continuación la cantante Luz Casal ha interpretado **"Entre mis recuerdos"**, una de sus canciones más emblemáticas.

**'El árbol de la vida'** es el nombre de la escultura de acero inoxidable de 7 metros de alto y 6 toneladas que representa la solidaridad, generosidad y empatía de los sanitarios. Lo hace con grandes letras blancas de distintos alfabetos enlazadas y coronadas por un enorme corazón rojo.

Jaume Plensa es un artista plástico español conocido por sus grandes esculturas, entre ellas bustos de gran formato situados en espacios públicos como el de Julia, de 12 metros de altura, en los jardines del Descubrimiento de la plaza de Colón de Madrid.



## 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](mailto: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:

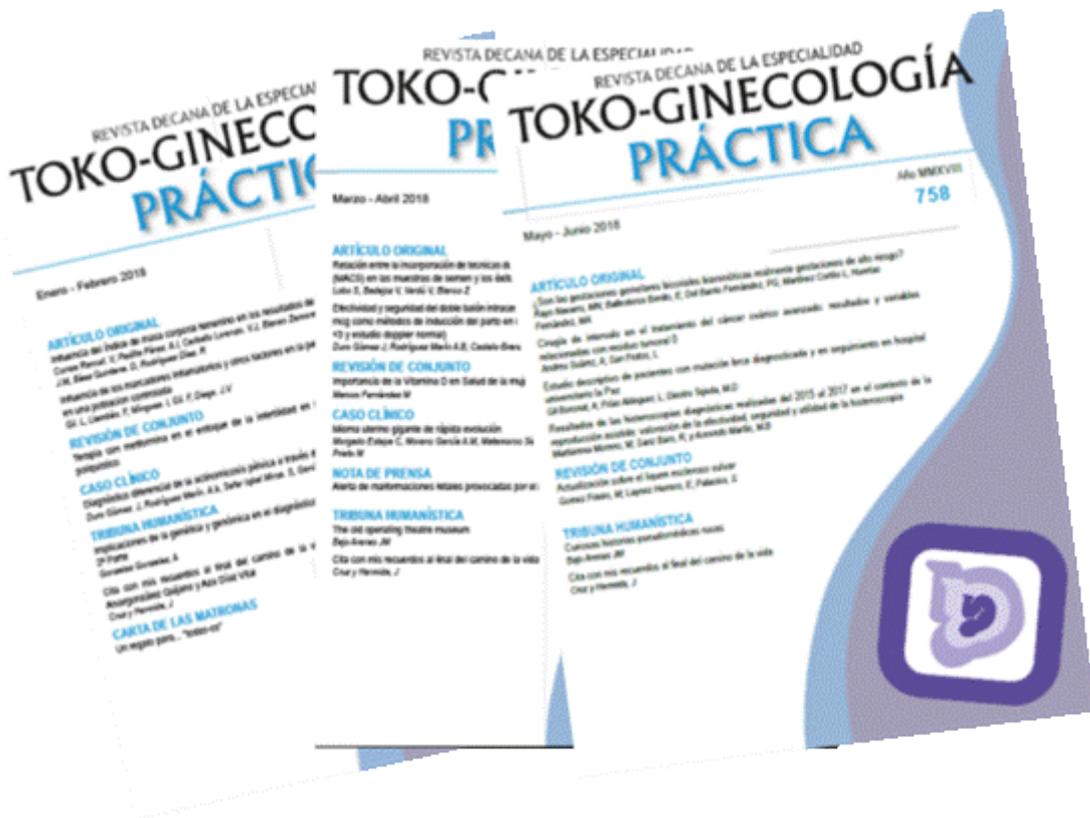
<http://grupo-paradigma.com/premiosdaerelatos>,

### 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:

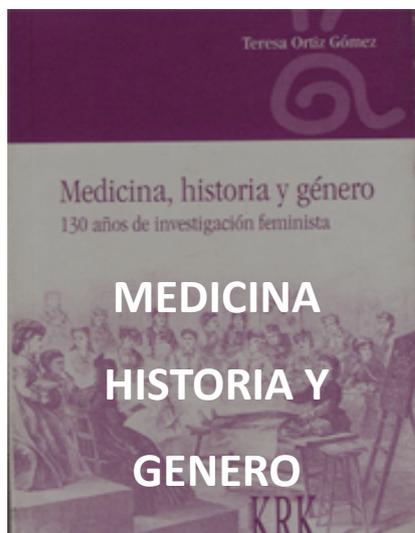
[infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com)



Autora Teresa Ortiz Gómez

Editores: KRK. Año de publicación: 2006

País: España. Idioma: español. ISBN: 84-96476-52-9



Este libro que lleva unos años en el mercado ( 2006) trata sobre los estrechos vínculos que, durante más de un siglo, han mantenido médicas, historiadoras y feministas para elaborar una historia de la medicina y de la salud en femenino. Una historia que ha partido de nuevas preguntas de investigación y que ha incorporado los conceptos básicos del feminismo teórico con objeto de construir un conocimiento no androcéntrico sobre la medicina del pasado que aspira a entender y a transformar el presente.

En el verano de 2002 la autora pasó tres meses en el Wellcome Trust Centre for the History of Medicine de Londres con objeto de preparar una historia de la historiografía de las mujeres en la medicina y analizar las conexiones entre la historia de la medicina y la historia de las mujeres. La investigación formaba parte de la preparación de su proyecto de oposición para una cátedra de universidad con perfil docente de historia de la medicina y género que la Universidad de Granada había convocado unos meses antes.

Este libro, de pequeño tamaño pero grande e importante en su contenido, se divide en cuatro partes. En la primera la autora ha querido recordar el contexto académico y conceptual que ha facilitado la investigación feminista en historia de la medicina y de la ciencia en España durante los últimos 30 años. Tras establecer el proceso de institucionalización de los estudios de las mujeres, lleva a cabo una revisión de los conceptos de género, cuerpo y autoridad. Tres conceptos relacionados entre sí, aunque se hayan acuñado en diferentes tradiciones del pensamiento feminista, que considera claves para la investigación en historia de la medicina y de la ciencia.

En la segunda parte se analiza la producción sobre historia de la medicina, las mujeres y género en un amplio arco temporal que va desde el último tercio del siglo XIX a los comienzos del siglo XXI. Comienza trazando una historia de la historiografía en que se ha intentado articular quiénes han escrito sobre ese tema, de qué manera y en qué contextos, académicos o no, lo han hecho, y qué líneas de investigación han desarrollado. Sigue la autora un orden cronológico que le ha permitido establecer, en un ámbito internacional, tres etapas: los orígenes (1872-1959), un periodo dedicado a la construcción de una genealogía femenina en la práctica médica; los años de profesionalización y cimentación empírica y metodológica (1960-1990), cuando el concepto de género adquiere un protagonismo definitivo en el enfoque de la investigación y por último, un periodo de consolidación e integración, que arranca en 1991, caracterizado por la especialización, la diversidad epistemológica y el uso creativo de las tradiciones disciplinares de la historia de la medicina y la historia de las mujeres al objeto de crear un vasto corpus de conocimiento. El planteamiento es inédito y el resultado permite paliar el casi absoluto desconocimiento sobre los estrechos vínculos que a lo largo de un siglo crearon médicas, historiadoras y feministas para construir una historia de la medicina de las mujeres.

La última parte está compuesta por una detallada bibliografía, sacada de las bases de datos, catálogos electrónicos y de bibliotecas especializadas. Su punto de partida fue la bibliografía Women in Medicine, del Medical College of Pennsylvania, cuyas obras encontró en el Wellcome Trust y en la Women's Library de Londres.

Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla. Matrona

## 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](http://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](http://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. IBCBL Enfermera Pediátrica
Taller 4	Emergencias Obstétricas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distocia de hombros</li> <li>• Hemorragias</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• RCP</li> </ul>	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 Ecuriet. 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 <sup>a</sup> Ángeles R. Rozalén.
---------	---	------------------------------------

13:00h.

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

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

13:50h.

## LECTURA DE CONCLUSIONES

## ENTREGA DE PREMIOS:

Mejor comunicación.

Mejor poster.

ENTREGA PREMIOS “Maribel Bayón 2019”.

PRESENTACIÓN DEL XXI Congreso Nacional de Matronas

Secretaria Ejecutiva  
Presidenta del Congreso  
Presidenta AEM

14:30h.

FIN DE CONGRESO

+ de 42 AÑOS + de 42 LOGROS



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

