

Info MATRONAS



SEPTIEMBRE 2023 N.º 80

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



FOTO: Ana Moreno



Presentación:

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

Con una periodicidad bimensual (desde 2023) 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.

En este número estrenamos nuevo formato siguiendo nuestra línea de modernización continua.

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M.ª Plata Quintanilla

Isabel Castello López

Carmen Molinero Fraguas

Rosario Sánchez Garzón

Ana Martínez Molina

Elena Fernández García

Ana M.ª Anocibar Marcano

En este número

ESPECIAL II:

- 100 AÑOS DE "EPIDURAL"

HEMOS LEIDO QUE

- LA MITAD DE LOS CASOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NUEVAS MADRES EN EL REINO UNIDO, NO SE DETECTARON
- LAS MATRONAS SON MÁS PROCLIVES QUE LOS OBSTETRAS A EVALUAR A LAS NUEVAS MADRES PARA DETECTAR DEPRESIÓN POSPARTO
- EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS DURANTE EL EMBARAZO PUEDE AFECTAR
- LA DIETA DE LA MADRE PUEDE PROTEGER, INCLUSO, EL CEREBRO DE SUS NIETOS

MUY INTERESANTE

- UN GUANTE CONECTADO PARA FORMAR MEJOR A LAS MATRONAS EN EL PARTO
- COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS ENTRE EL SISTEMA DINOPROSTONA ...
- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE DEFECTOS CARDIACOS CONGENITOS ...
- EL USO DE PRAVASTATINA EN EL EMBARAZO MEJORA...

ENTREVISTA CON

- MODESTA HERNAIZ RIVERA

BREVES

- CONGRESO FAME 2023 (OCTUBRE PALMA DE MALLORCA)
- MASTER PARA MATRONAS
- CONGRESO FEDALMA
- CURSO SALUD MENTAL PERINATAL

NOTICIAS DE SIMAES

BUENAS NOTICIAS

- XXIII CURSO FORMACIÓN CONTINUADA (GEMMA)
- WOMEN'S HEALTH PROFESSIONAL CARE (WHPC) CAMBIO DE FECHA Y SEDE
- PRIMER CONCURSO DE FOTOGRAFÍA 2023
- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS

MATRONAS CÉLEBRES

AGENDA A.E.M.

- PROXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM PENDIENTES DE FECHAS

CIENT AÑOS DE LA MUERTE DE FIDEL PAGÉS MIRAVÉ, PADRE DE LA ANESTESIA EPIDURAL



Exactamente el 23 de Septiembre de 1923 fallecía a los 37 años de edad, en un accidente automovilístico, D. Fidel Pagés Miravé, Comandante de Sanidad Militar.

En su corta vida dedicada con intensidad a la medicina, dejó, para quienes hemos seguido su historia, un recuerdo imborrable no sólo por su talento y genio médico-quirúrgico, sino y además, por la bondad, la entrega y la humildad que caracterizaron su gran calidad humana.

Su descubrimiento de la Anestesia Epidural que, le hubiera podido aupara a los más altos puestos del reconocimiento del mundo científico, es un legado del que más de 100 años después, la humanidad sigue disfrutando, paradójicamente desconociendo en gran medida su atribución a este insigne médico español.

Fidel Pagés supo ser el médico de todos sin distinción de pobres o ricos, de tropa, mando o civiles, porque su leitmotiv vital fue tanto el cuidado y curación de quienes sufrían enfermedad, como el cuidado de los que no podían ser curados. Su nombre se convirtió en sinónimo de esperanza para heridos y enfermos a los que dedicó su vida profesional en la que destacó por una versatilidad inusitada en su capacidad quirúrgica en todos los campos en el ámbito de la cirugía, una inagotable capacidad de trabajo y un compromiso con los enfermos y heridos, encomiables.

Es innegable que se dio una conjunción de desafortunadas circunstancias que incidieron en la vida de Pagés en el momento trascendental de la publicación de su trabajo sobre la anestesia epidural (1921): por un lado es movilizado nuevamente a Melilla a la gran batalla de Anual y de regreso, imaginamos exhausto de angustia y trabajos, pierde la vida en plena efervescencia profesional, lo que impide que publique nuevas evidencias sobre su

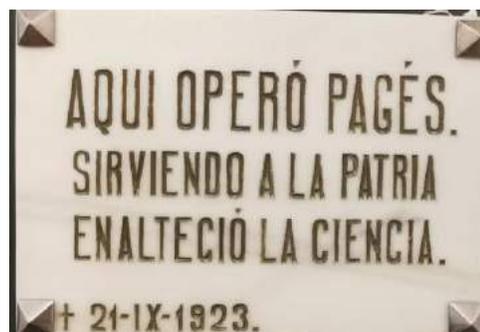
método anestésico, seguir formando en la técnica a otros médicos-alumnos y hacer una difusión nacional e internacional proporcional a la trascendencia de su descubrimiento.

Por otra parte, alumnos y compañeros que habían trabajado con él en su método, posiblemente por la falta del maestro que les guiara y animara con su seguridad y autoridad profesional en las dificultades para la superación del método, abandonan la técnica y esta queda en desuso.

Tampoco España y su reputación internacional, a todos los niveles, atravesaba el mejor momento.

Factiblemente hubiera muchas cosas más, incluso "oscuras", confluyendo en este olvido que quizá, por tanto, no fue tan natural y que sirvió a Dogliotti, al menos por un tiempo, para erigirse en el descubridor de la Anestesia Epidural.

Hombres y mujeres de buena fe, amantes de la verdad, tanto más los españoles orgullosos de los logros de este insigne español, tenemos una deuda con Pagés para que el mundo conozca finalmente y de forma general su vida y su legado sin errores y sin omisiones, atribuyéndole el verdadero mérito que se ganó en vida.



PLACA IN MEMORIAM DEL HOSPITAL GOMEZ ULLA

*“De la alta campana
la lengua de hierro
le dio volteando
su adiós lastimero.
El luto en las ropas,
amigos y deudos
cruzaron en fila
formando el cortejo.
Del último asilo,
oscuro y estrecho,
abrió la piqueta
el nicho a un extremo.
Allí la acostaron,
tapiáronle luego,
y con un saludo
despidióse el duelo”.
¡Dios mío, qué solos
se quedan los muertos!*



CEMENTERIO SACRAMENTAL DE SAN LORENZO Y SAN JOSÉ. MADRID

Así poetizaba Bécquer la muerte, y Fidel Pagés en su reposo discreto, hace ignorada su presencia para la mayoría de visitantes de este lugar de paz. D.E.P.



IMAGEN DEL MUSEO DEL EJERCITO. MADRID

EXTRACTO DEL INICIO DE SU PRIMERA PUBLICACIÓN SOBRE LA ANESTESIA

Anestesia metamérica,

POR EL DR. D. FIDEL PAGÉS.

Del Hospital general de Madrid y Médico militar

En el mes de noviembre del pasado año, al practicar una raquíanestesia, tuve la idea de detener la cánula en pleno conducto raquídeo, antes de atravesar la dura madre, y me propuse bloquear las raíces fuera del espacio meníngeo y antes de atravesar los agujeros de conjunción, puesto que la punta de la aguja había atravesado el ligamento amarillo correspondiente. Abandoné la estovafina que tenía preparada, y en una cápsula hervida, hice la disolución de tres tabletas de novocaína suprarrenina de la serie A (375 mg. de novocaína) en 25 c. c. de suero fisiológico, procediendo a inyectarlo inmediatamente a través de la cánula, que estaba enclavada entre las vértebras lumbares 2.^a y 3.^a

Explorando la sensibilidad, pudimos convencernos de que a los cinco minutos comenzaba una hipoestesia en la porción infraumbilical del abdomen, que se extendía a la cara anteroexterna de los miembros inferiores, dejando indemne el periné, escroto, cara posterior de miembros inferiores y planta del pie en ambos lados; la hipoestesia se fué acentuando progresivamente, y a los veinte minutos de practicada la inyección, juzgamos prudente empezar a operar, practicando una cura radical de hernia inguinal derecha, sin la menor molestia para el paciente.

El resultado de este intento nos animó a seguir estudiando este método, al que en la clínica denominamos de anestesia metamérica, por la posibilidad que nos proporciona de privar de sensibilidad a un segmento del cuerpo, dejando con ella a las porciones que están por encima y por debajo del segmento medular de donde proceden las raíces bloqueadas.

Pocos datos históricos hemos encontrado que nos permitan filiar la anestesia metamérica con un antiguo abolengo científico que para ella deseáramos. Ciertamente que algunos cirujanos

le 32850797



LA MITAD DE LOS CASOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NUEVAS MADRES EN EL REINO UNIDO, NO SE DETECTARON.

Se están solicitando el incremento de plantillas de 350 matronas adicionales para ayudar a las mujeres en el cuidado de la salud mental

La mitad de los casos de ansiedad y depresión entre las madres primerizas y embarazadas en el Reino Unido no se diagnostican, advirtieron las matronas que pidieron un aumento en la cantidad de personal para ayudar a detectar más casos de problemas de salud mental.

El Royal College of Midwives (RCM) dijo que entre el 10 % y el 20 % de las mujeres desarrollan una enfermedad mental durante el embarazo o dentro del primer año después de tener un bebé, que puede incluir ansiedad y depresión y problemas graves de salud mental. Pero se están pasando por alto demasiados casos perinatales de ansiedad o depresión, a pesar del contacto con profesionales, reflejó en su informe.

El RCM afirma que las necesidades de salud mental siguen siendo "secundarias" a las necesidades de salud física de las mujeres durante el embarazo en NHS Birte Harley-

Lam, directora ejecutiva de RCM, dijo: *“Las matronas nos explican que tienen poco tiempo con las mujeres. Por tanto, aunque las matronas son el profesional de la salud que más ven a las mujeres durante el embarazo, y las ven cara a cara, a menudo tienen citas muy cortas, de 15 minutos o 20 minutos, y en ese tiempo tienen que hacer una gran cantidad de observaciones y controlar a la madre y al bebé, y así sucesivamente”.*

“Entonces, el tiempo para sentarse y tener una conversación realmente honesta es bastante limitado. Sabemos que el tiempo es definitivamente una presión y, por supuesto, eso se remonta a la escasez de personal que vemos”.

Agregó: *“La otra cosa que sabemos es que las matronas no siempre tienen la formación adecuada, o la suficiente formación ajustada, para realmente tener algunas de esas conversaciones profundas.*

“Alrededor del 85% de las unidades de maternidad tienen una matrona de salud mental perinatal que puede apoyar y asesorar a todas las demás matronas, pero en realidad no todas tienen una matrona de salud mental perinatal a tiempo completo. Y, por supuesto, está el 15% que no tiene una matrona de salud mental perinatal”.

El informe sobre la salud mental de las madres durante el embarazo y el primer año de vida de su bebé destaca una serie de deficiencias en la atención de la salud mental, que incluyen:

- Un 15% de las unidades de maternidad no cuentan con matronas especializadas en salud mental perinatal. Cuando estos especialistas están disponibles, a veces se utilizan para cubrir la escasez de personal en otros lugares.
- Se estima que el 70% de las mujeres ocultan o minimizan la gravedad de sus problemas de salud mental, lo que demuestra que la **"expectativa social"** del paso a la maternidad **"puede ser muy diferente a la realidad"**, dijeron los autores del informe.
- Las dificultades para acceder a la atención pueden surgir de: la variación en la disponibilidad de servicios, atención y tratamiento; estigma cultural; trauma previo; privación y discriminación.
- Entre 2018 y 2020, el suicidio fue la principal causa de muerte materna en el primer año después del nacimiento.

La RCM está solicitando 350 matronas adicionales para ayudar a las mujeres que luchan con su salud mental en el momento del parto. Dijo que todos los trabajadores de la salud en contacto con mujeres embarazadas y nuevas madres deberían recibir capacitación anual en salud mental.

Mientras tanto, cada fideicomiso o junta de salud del NHS debe tener al menos una matrona especializada, agregó. Un portavoz

del NHS de Inglaterra dijo: "Las mujeres de toda Inglaterra se benefician del apoyo especializado en salud mental perinatal con un estimado de 51.000 nuevas madres tratadas durante el último año, casi un 60% más en comparación con hace dos años, y cada sistema de salud local ahora tiene acceso a un equipo comunitario especializado en salud mental perinatal”.

“El Plan de Fuerza Laboral a Largo Plazo del NHS se compromete a aumentar la fuerza laboral de maternidad, y los servicios de salud mental perinatal continúan expandiéndose, incluidos nuevos servicios para mujeres que experimentan dificultades de salud mental derivadas de un trauma o pérdida en el período perinatal”.

Fuente: The Guardian



LAS MATRONAS SON MÁS PROCLIVES QUE LOS OBSTETRAS A EVALUAR A LAS NUEVAS MADRES PARA DETECTAR DEPRESIÓN POSPARTO

Continuando con el mismo tema de la Salud Mental materna desde EE.UU, en un momento en que la depresión posparto ha aumentado en este país, afirma un nuevo estudio realizado por investigadores de la Escuela de Salud Pública de UC Berkeley, que es más probable que las matronas la controlen mejor que los obstetras.

Las mujeres que fueron atendidas por matronas en el estado de California en 2016 tenían 2,6 veces más probabilidades de ser evaluadas para la depresión posparto que las mujeres que fueron tratadas por obstetras, encontró el estudio.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que una de cada 8 nuevas madres sufre depresión posparto, que puede ser grave. Según un estudio de los CDC de 2019*, la tasa de trastorno depresivo durante el parto se multiplicó por siete entre 2000 y 2015, de 4,1 casos por cada 1000 hospitalizaciones por parto a 28,7 casos.

Los aumentos ocurrieron en 27 de los 28 estados estudiados.

El 3 de agosto, la Administración de Drogas y Alimentos aprobó Zuruvaev, el primer medicamento oral para tratar la enfermedad. Al anunciar su decisión, la agencia dijo: *“La depresión posparto es una afección grave y potencialmente mortal, en la que las mujeres experimentan tristeza, culpa, inutilidad e incluso, en casos graves, pensamientos de hacerse daño a sí mismas o a sus hijos. Y debido a que la depresión posparto puede alterar el vínculo materno-infantil, también puede tener consecuencias para el desarrollo físico y emocional de su hijo”*.

El equipo de investigación de BPH, dirigido por Althea I. Bourdeau, MPH, encontró que las participantes que informaron depresión o ansiedad tenían menos probabilidades de regresar para una visita posparto, lo cual,

escribieron, era consistente con la literatura que sugería que la depresión, incluida la depresión perinatal no tratada, puede conducir a una mala adherencia a la atención médica. Los autores señalan que las mayores responsabilidades en el cuidado de un recién nacido pueden dificultar que los nuevos padres busquen atención de salud mental.

“Desafortunadamente”, escribieron, “esto sugiere que las pacientes que ya pueden tener un mayor riesgo de depresión posparto debido a problemas de salud mental existentes están en mayor desventaja al perder una importante oportunidad de detección e intervención”.

Los autores de Berkeley Public Health sugieren que otros profesionales que ven a los nuevos padres, como los pediatras, podrían proporcionar una red de seguridad al realizar pruebas adicionales de depresión posparto en las semanas y meses posteriores al nacimiento.

También pidieron investigaciones futuras para analizar la detección de la depresión posparto en otros estados, para determinar si sus resultados se mantendrían a escala nacional.

Artículo completo en: Association between maternity care practitioner type and postpartum depression screening (Asociación entre el tipo de médico de atención de maternidad y la detección de depresión postparto)

Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12735>

* Recorded Diagnoses of Depression During Delivery Hospitalizations in the United States, 2000–2015. (Diagnósticos registrados de depresión durante hospitalizaciones durante el parto en los Estados Unidos, 2000–2015)

EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS DURANTE EL EMBARAZO PUEDE AFECTAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO, SEGÚN LOS HALLAZGOS DE UN ESTUDIO RECIENTE.

ABAJO LA "COMIDA DIVERTIDA"



COMIDA ULTRAPROCESADA
Los alimentos ultraprocesados son formulaciones hechas descomponiendo los alimentos naturales en componentes químicos.

Esto destruye la matriz alimenticia fundamental. Se arranca el contenido de fibra. Se añaden azúcares, grasas o sales

el alimento se modifica con aditivos cosméticos como emulsionantes, estabilizantes, colorantes, sabores

EFFECTOS SOBRE EL FETO
La circunferencia de la cabeza de los niños y la longitud del fémur fue mayor en los casos en que las madres consumieron alimentos

No se encontró impacto en el abdomen.

Un estudio, publicado en el British Journal of Nutrition, se basa en una investigación en Brasil sobre los patrones de consumo de alimentos de 417 madres y el impacto del mismo en sus hijos. Del total de la muestra, casi la mitad de las madres estaban embarazadas por primera vez, con una edad promedio de 24,7 años.

“La frecuencia del consumo de UPF se asoció negativamente con los componentes esqueléticos del crecimiento fetal al final del embarazo. La composición corporal infantil puede beneficiarse de prácticas alimentarias saludables durante el embarazo”, dijo el estudio.

Se encontró que el perímetro cefálico y la longitud del fémur de los niños era mayor en los casos en que las madres consumían alimentos ultraprocesados (UPF). No se encontró impacto en la circunferencia abdominal.

El informe agrega evidencia en el área que no se ha estudiado mucho hasta ahora, dijo el pediatra principal, el Dr. Arun Gupta, quien también es coordinador de Nutrition Advocacy in Public Interest, un grupo nacional de expertos médicos independientes. *“La mayoría de los estudios han sido en la población adulta. Muestra un impacto negativo del consumo diario de productos alimenticios ultra procesados durante el embarazo en el crecimiento de los bebés recién nacidos”,* dijo Gupta, y agregó: *“La solución es seguir las pautas dietéticas para promover dietas de alimentos saludables y evitar UPF durante el embarazo para lograr una mejor salud fetal y mejores resultados de crecimiento”.*

Los UPF son formulaciones industriales hechas al deconstruir alimentos naturales en componentes químicos. Destruye la matriz alimenticia fundamental. Se arranca el contenido de fibra; y se añaden azúcares, grasas o sales. Se modifican con aditivos cosméticos como emulsionantes, estabilizantes, colorantes y aromas.

El aumento de la ingesta de UPF se asocia con una mayor incidencia de sobrepeso, diabetes, cáncer y enfermedades cardíacas.

Fuente: The New Indian Express

LA DIETA DE LA MADRE PUEDE PROTEGER, INCLUSO, EL CEREBRO DE SUS NIETOS



Los alimentos que come una mujer embarazada pueden proteger la salud del cerebro de su hijo, y tal vez también la salud de sus nietos.

Esa es la conclusión de un nuevo estudio, que encontró que ciertos alimentos que contienen una molécula llamada ácido ursólico pueden proteger la salud del cerebro de la descendencia del consumidor.

Los investigadores estaban estudiando cómo las células nerviosas con el tiempo pueden volverse frágiles y romperse, lo que provoca el deterioro de los nervios y la disfunción cerebral.

La hipótesis de trabajo según el profesor Roger Pocock de la Universidad de Monash en Melbourne, Australia, era investigar si los productos naturales que se encuentran en la dieta pueden estabilizar estas [células nerviosas] y prevenir su rotura.

El equipo de Pocock utilizó gusanos redondos como modelo de prueba para su estudio, publicado en Nature Cell Biology, porque algunos de los genes de los animales también se encuentran en los humanos.

Los investigadores pudieron descubrir que los alimentos ricos en ácido ursólico desencadenan la producción de un tipo de grasa que protege la parte de una célula nerviosa llamada axón, que transmite las señales nerviosas.

"Descubrimos que el ácido ursólico hace que se active un gen que produce un tipo específico de grasa", dijo Pocock. *"Esta grasa en particular también previno la fragilidad de los axones a medida que los animales envejecen al mejorar el transporte de axones y, por lo tanto, su salud general".*

El ácido ursólico se encuentra en las manzanas y en varias hierbas comunes, como la albahaca, el romero, el tomillo, el orégano y la salvia.

El tipo específico de grasa, llamado esfingolípido, viaja desde el intestino de la madre hasta los óvulos en el útero, donde brinda protección a los axones en la próxima generación, y la siguiente.

"Esta es la primera vez que se demuestra que un lípido/grasa se hereda", dijo Pocock. *"Además, alimentar a la madre con el esfingolípido protege los axones de dos generaciones posteriores.*

"Esto significa que la dieta de una madre puede afectar no solo al cerebro de su descendencia, sino también a las generaciones posteriores. Nuestro trabajo apoya una dieta saludable durante el embarazo para un desarrollo y una salud óptimos del cerebro".

Artículo completo:

An intestinal sphingolipid confers intergenerational neuroprotection (Un esfingolípido intestinal confiere neuroprotección intergeneracional) Disponible:

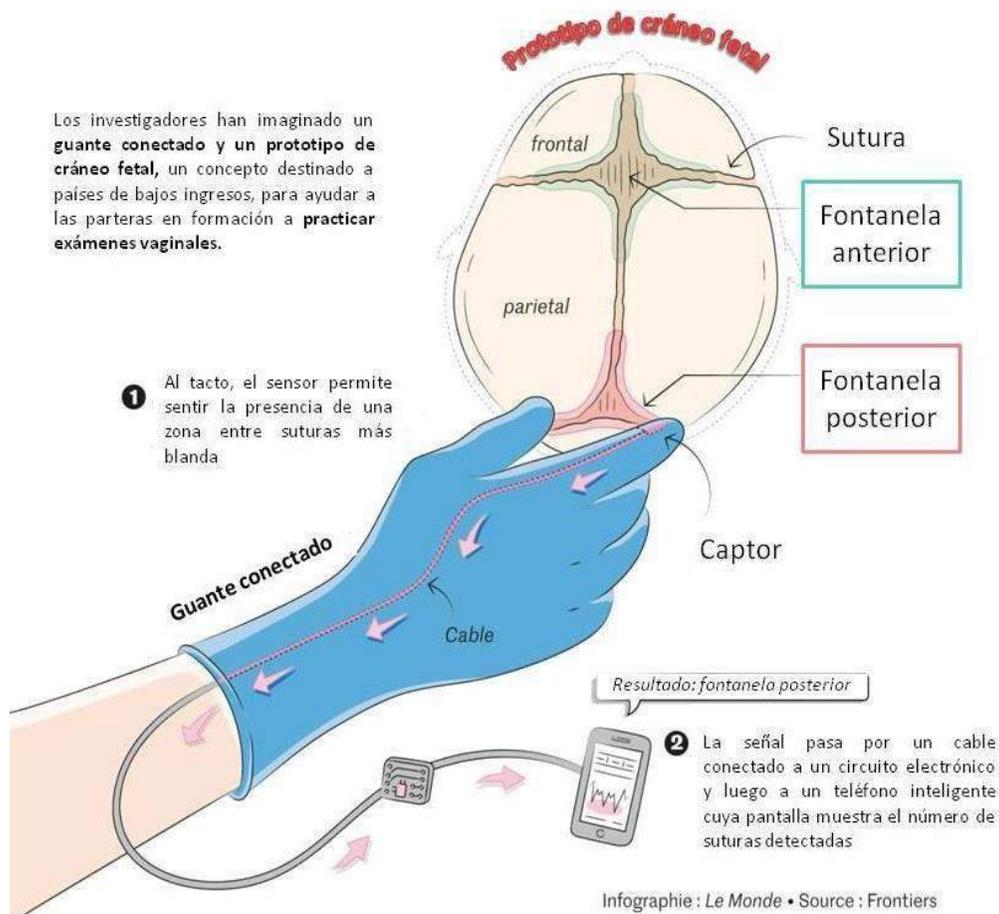
<https://www.nature.com/articles/s41556-023-01195>

9?utm_medium=affiliate&utm_source=commission_junction&utm_campaign=CONR_PF018_ECOM_GL_PHSS_ALWYS_DEEPLINK&utm_content=textlink&utm_term=PID100093539&CJEVENT=c50508863c4211ee820502670a18b8f7

UN GUAÑTE CONECTADO PARA FORMAR MEJOR A LAS MATRONAS EN EL PARTO

Los investigadores han imaginado un **guante conectado** y un **prototipo de cráneo fetal**, un concepto destinado a países de bajos ingresos, para ayudar a las parteras en formación a **practicar exámenes vaginales**.

1 Al tacto, el sensor permite sentir la presencia de una zona entre suturas más blanda



Infographie : Le Monde • Source : Frontiers

Un equipo británico ha imaginado un dispositivo conectado a un teléfono inteligente, diseñado para permitir que las futuras parteras entrenen en un prototipo de cabeza fetal para deducir la posición del bebé en el útero.

Dar a luz por vía vaginal todavía implica, en pleno siglo XXI, riesgos para la madre y el feto, especialmente cuando el feto no está colocado correctamente en el útero. Pero este riesgo está distribuido de manera desigual en todo el planeta. Si bien el 98 % de las muertes fetales en todo el mundo se registran en países de ingresos bajos y medianos, un equipo de investigadores multidisciplinarios (ingenieros y médicos), en el centro Weiss del University College London, ha creado un guante innovador para reducir el riesgo de nueva mortalidad: conectado a un teléfono inteligente, el guante está diseñado para permitir que las futuras matronas se entrenen en un prototipo de cabeza fetal y diferenciar entre la parte posterior y la parte frontal del cráneo con un simple toque, dependiendo en particular de la posición de las fontanelas y las suturas del cráneo representadas por zonas flexibles.

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS ENTRE EL SISTEMA DINOPROSTONA DE LIBERACIÓN VAGINAL CONTROLADA (PROPESS) Y LA ADMINISTRACIÓN DE DINOPROSTONA ORAL PARA LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN MUJERES MULTÍPARAS A TÉRMINO

Este es el primer estudio que compara PROPESS y la Dinoprostona oral (PGE2) en el mundo, y el objetivo de este estudio fue comparar la tasa de parto vaginal y los resultados adversos de un sistema de parto vaginal de Dinoprostona de liberación controlada (PROPESS) y la administración de Dinoprostona oral para la inducción del parto en mujeres multíparas a término. Hasta donde sabemos.

Sobre la base de los resultados actuales en las mujeres embarazadas multíparas a término, la proporción de mujeres que dieron a luz por vía vaginal después de la inserción de PROPESS solo fue más significativa que la proporción de mujeres que dieron a luz por vía vaginal después de la administración oral de Dinoprostona sola.

La proporción de casos que requirieron oxitocina antes del parto después de la inserción de PROPESS solo fue significativamente menor que la de la administración de dinoprostona oral sola. Aunque no hubo diferencias en el parto final o los resultados neonatales entre los dos métodos de administración de PGE2, las mujeres multíparas que usaban PRESS (PGE2 vaginal) parecían tener más probabilidades de llegar al parto vaginal antes que las mujeres que usaban Dinoprostona oral (PGE2 oral).

Aunque las PG se producen en todo el cuerpo a partir del ácido araquidónico a través de la vía de la ciclooxigenasa, la PGE2 se produce principalmente de forma local en la membrana amniótica durante el parto, madura localmente el cuello uterino e induce las contracciones uterinas. Las PG parecían tener varios efectos en diferentes sitios del cuerpo materno, lo que provocaba efectos secundarios no deseados cuando se usaban. Además, se ha sugerido que los pulmones inactivan la PGE2 en la circulación pulmonar.

Por lo tanto, se ha informado que el uso de preparaciones vaginales para la inducción del trabajo de parto reduce los efectos secundarios en comparación con otras vías de administración.

En este estudio, aunque no se pudieron examinar los efectos secundarios sistémicos maternos, los resultados sugirieron que la administración tópica intravaginal de PGE2 tuvo un efecto más fuerte en la inducción del trabajo de parto en el útero embarazado que la administración sistémica oral.

Entendemos la presencia de algunas limitaciones graves en este estudio retrospectivo. Primero, no podemos negar que el número de casos puede ser demasiado pequeño. No observamos diferencias significativas entre los grupos en la baja incidencia de taquisistolia uterina o asfisia neonatal, que son posibles eventos adversos de las preparaciones de PGE2. Recientemente, se informó que el resultado perinatal adverso compuesto fue mayor en mujeres que usaron preparaciones vaginales de PGE2 que en aquellas que usaron catéteres con globo durante el trabajo de parto.

Se ha sugerido que el riesgo de parto con preparaciones vaginales de PGE2 está asociado con una actividad uterina excesiva como la taquisistolia.

Afortunadamente, la taquisistolia fue un problema en solo un caso (2%) entre los sujetos de este estudio. Aunque las preparaciones vaginales de PGE2 pueden ser uno de los métodos efectivos para la inducción del parto, este riesgo debe tenerse en cuenta. Además, con respecto a las preparaciones de PGE2 utilizadas durante el trabajo de parto, ha habido algunos informes de que causa complicaciones graves en madres y fetos, aunque la incidencia es baja. Sin embargo, no hubo casos con complicaciones debido al

pequeño tamaño de la muestra en este estudio. Además, PROPESS puede diferir de las tabletas vaginales de PGE2 en que se puede retirar a la mitad.

En segundo lugar, tampoco pudimos examinar las diferencias en el efecto de la cantidad de absorción de PGE2, el efecto de PGE2 en la circulación sistémica o la cantidad de contenido o liberación de PGE2 entre las preparaciones orales y vaginales. La posibilidad de sesgo entre experimentadores tampoco puede negarse en los hallazgos del examen pélvico que fueron consistentes entre los dos grupos. Por lo tanto, puede ser necesario un gran estudio prospectivo que considere la eficacia y el riesgo de varias preparaciones de PGE2; sin embargo, una gran diferencia de precio entre las dos preparaciones (PROPESS alrededor de 150 dólares versus Dinoprostona oral alrededor de 20 dólares por seis tabletas) puede dificultar la consideración adicional.

Conclusiones

En mujeres embarazadas multíparas a término, PROPESS puede inducir el parto y conducir a una mayor tasa de parto vaginal sin resultados adversos en comparación con la Dinoprostona oral (PGE2). Por lo tanto, el uso de PROPESS puede acortar la estancia hospitalaria en mujeres multíparas que requieren inducción del parto.

Acceso al artículo completo: <https://www.cureus.com/articles/164455-comparison-of-obstetric-outcomes-between-controlled-release-dinoprostone-vaginal-delivery-system-propess-and-administration-of-oral-dinoprostone-for-labor-induction-in-multiparous-women-at-term#!/>

	Grupo PROPESS	Grupo dinoprostona oral	Valor p
Número total	46	46	
Parto vaginal después de PGE2 solamente	33 (72)	16 (35)	<0,01 Español
Taquisistolia y estado fetal no tranquilizador	1 (2)	0 (0)	0.32
Uso de oxitocina	11 (24)	26 (57)	<0,01 Español
Parto por cesárea emergente	3 (7)	2 (4)	0.65
Puntuación de Apgar neonatal < 4 a 1 min	0 (0)	0 (0)	1
Puntuación de Apgar neonatal < 7 a 5 min	0 (0)	0 (0)	1
pH de la arteria umbilical < 7.1	0 (0)	1 (2)	0.32

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE DEFECTOS CARDIACOS CONGENITOS MEJORAN LOS RESULTADOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO Y LA SALUD FÍSICA DE LOS NIÑOS.

El diagnóstico de defectos cardíacos congénitos mientras el bebé aún está en el útero ofrece oportunidades para una cirugía correctiva más temprana. Y eso puede significar mejores resultados para el desarrollo neurológico y la salud física de un bebé, muestra una nueva investigación.

"Especialmente para los bebés con enfermedades críticas, someterse a una cirugía una semana antes puede marcar una gran diferencia en el desarrollo del cerebro y otros órganos", dijo la autora principal, la Dra. Joyce Woo, cardióloga del Ann and Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago.

"La cirugía temprana para ciertos tipos de cardiopatías congénitas no críticas también puede prevenir malos resultados, como la insuficiencia cardíaca", añadió en un comunicado de prensa del hospital. *"Nuestros hallazgos enfatizan que el diagnóstico prenatal es crucial para optimizar el momento de la cirugía y la salud a largo plazo del bebé. El diagnóstico prenatal debe ser igualmente accesible para todas las mujeres embarazadas".*

Los defectos cardíacos congénitos afectan a casi el 1% de todos los nacidos vivos.

La asociación entre un diagnóstico más temprano y una cirugía más temprana se encontró para aquellos con defectos críticos, donde se requiere cirugía antes de que un bebé pueda salir del hospital, y también para ciertos defectos no críticos, dijeron los autores del estudio.

En promedio, los bebés diagnosticados prenatalmente se sometieron a una cirugía una semana antes que los diagnosticados después del nacimiento, mostraron los hallazgos.

Para aquellos con defectos no críticos, la cirugía se realizó entre dos y 12 meses antes.

Para el estudio, el equipo de Woo analizó a 1,131 pacientes de 9 años o menos con defectos cardíacos congénitos. Todos recibieron su cirugía cardíaca inicial en Lurie Children's entre 2015 y 2021.

Aproximadamente la mitad recibió un diagnóstico prenatal.

Los investigadores encontraron que la edad promedio de la cirugía era significativamente menor en los bebés cuya enfermedad cardíaca congénita se diagnosticó antes del nacimiento.

Aquellos con uno de los tipos más comunes de enfermedad no crítica, llamados defectos del tabique auricular, se sometieron a cirugía aproximadamente un año antes.

"Nuestro estudio muestra que la mejor atención para los niños comienza con el diagnóstico prenatal. Se necesita más investigación para identificar y superar las barreras del diagnóstico prenatal", dijo Woo. *"Estos pueden incluir barreras sociales como la distancia a la atención, la falta de cuidado de los niños o la incapacidad de ausentarse del trabajo. Necesitamos una mejor comprensión de estos factores para brindar atención de la más alta calidad a los bebés que nacen con defectos cardíacos y sus familias".*

Artículo completo:

"Association Between Prenatal Diagnosis and Age at Surgery for Noncritical and Critical Congenital Heart Defects"

Disponible:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.122.009638>

Disponible:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.122.009638>

EL USO DE PRAVASTATINA EN EL EMBARAZO MEJORA LOS RESULTADOS DEL DESARROLLO NEUROLOGICO INTANTIL

La preeclampsia, especialmente antes de término, aumenta el riesgo de resultados adversos en el neurodesarrollo infantil. La plausibilidad biológica, los estudios preclínicos y los ensayos clínicos piloto realizados por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver y la Red de Centros de Investigación de Farmacología Obstétrica-Fetal respaldan la seguridad y el uso de Pravastatina para prevenir la preeclampsia.

Según el estudio recientemente publicado en el American Journal of Obstetrics & Gynecology, el uso de Pravastatina mejora las funciones motoras y cognitivas en los niños y no está asociado con riesgos de seguridad. Este estudio tuvo como objetivo determinar el efecto del tratamiento prenatal con Pravastatina en embarazadas de alto riesgo sobre la salud, el crecimiento y el neurodesarrollo de sus hijos.

La preeclampsia afecta del 3-8% de las mujeres embarazadas y causa más de 70.000 muertes maternas y más de 500.000 partos prematuros por año en todo el mundo. Los resultados cognitivos, del neurodesarrollo y motores adversos a largo plazo en la descendencia también se asocian con preeclampsia.

La prevención de la preeclampsia puede reducir la prevalencia de estos resultados. También la Pravastatina se ha asociado con mejores resultados perinatales en pacientes con síndrome antifosfolípido en el embarazo.

El uso de Pravastatina está respaldado por datos de seguridad aunque no está claro cómo el fármaco afecta el neurodesarrollo infantil a largo plazo.

Los resultados incluyeron percentiles de altura, peso, índice de masa corporal (UIMC) del



niño, índices percentiles de IMC extremos, deficiencias visuales o auditivas y complicaciones médicas generales.

En el grupo de Pravastatina se informó una edad gestacional al nacer de $37,5 \pm 1,2$ semanas en comparación con el grupo placebo con una edad gestacional de $36,5 \pm 2,5$. La mediana del tiempo de seguimiento de 4,7 años no difirió entre los dos grupos.

No se observaron limitaciones de la función motora gruesa en el grupo de la Pravastatina, mientras que se informaron dificultades para caminar y habilidades manuales reducida en el 13,3 y el 26,7% del grupo placebo, respectivamente.

En el grupo placebo, el 6,7% tenía bajo peso y el 26,7 era obeso, en comparación con el 0% y el 14,3%, respectivamente, en el grupo de pravastatina. No se informaron deficiencias auditivas y otras complicaciones médicas o conductuales no difirieron entre los grupos.

También se observó una puntuación media de capacidad conceptual general (GCA) más alta en el grupo de Pravastatina en comparación con el grupo placebo, junto con una tasa más baja de puntuaciones GCA por debajo de 85. Sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

“Longterm neurodevelopmental follow up of children exposed to pravastatin in útero”.

Disponible:

[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(23\)00111-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(23)00111-4/fulltext)



**ENTREVISTA A DOÑA
MODESTA HERNAIZ RIVERA,
MATRONA DE "TRONIO". SU
EMPAQUE Y DETERMINACIÓN
EN LA DEFENSA DE LOS
ASUNTOS DE LAS MATRONAS,
LA CONVIRTIERON,
INDISCUTIBLEMENTE, EN UN
REFERENTE DE LA
PROFESIÓN.**

P. Querida Modesta, admirada "Tita", hoy la que tu llamabas "pirulita" que ya se hizo "grande", tiene el grato placer de entrevistarte para esta sección del INFOmatronas de la Asociación Española de Matronas, con la que me consta, has tenido una gran relación desde sus inicios.

R. Así es, he visto crecer a muchas generaciones de matronas (y de ginecólogos) en todos mis años de vida profesional que han abarcado casi 50 años y tú fuiste una de las prometedoras matronas y buena compañera en los años que compartimos trabajo " de zueco" (aunque todo hay que decirlo y es que Modesta siempre llevó elegante zapato de salón blanco, algo muy característico de su presencia, pero nunca se alejó de la actividad asistencial)

En cuanto a la relación con la Asociación española de Matronas mi reconocimiento es absoluto, pues, encabezada por M^{ra} Ángeles Rodríguez Rozalén a la que admiro profundamente, movilizó al colectivo de matronas para reivindicar sus derechos, el primero en aquél momento coyuntural de 1977, el de la pérdida de nuestro propio colegio, y acto seguido, la debacle de perder la formación de matronas. Por otra parte, consiguió que se escuchara a las matronas y a pesar de que el esfuerzo titánico no ha sido ajustado a los logros, estos han sido muchos e importantes.

P. Algunas cosas sé pero ahora es momento de que las cuentes para quienes no te conocen. Cántabra de nacimiento, cursaste enfermería en la insigne Casa Salud Valdecilla, ¿ no es cierto?

R. Bueno soy cántabra de adopción y de corazón porque real y circunstancialmente, nací en Medina del Campo en un momento en que se estaba fraguando la guerra civil y mis padres pensaron que en esta villa, donde residía mi abuela materna, estaríamos más lejos del conflicto y del riesgo que se preveía con el enfrentamiento armado bastante enardecido por la zona norte.

En el año 1954 ingresé en la Escuela de Enfermeras de Valdecilla de la que yo como un cántabro más nos sentimos tan orgullosos y en la severidad de este establecimiento formativo que, se perfilaba desde sus orígenes como uno de las mejores del país, di mis primeros pasos en el mundo sanitario antes de dar el salto a Matrona.

P. ¿Matrona por casualidad o por convencimiento?

R. En principio no fue mi plan soñado, pero una vez me metí de lleno en la especialidad, llegué a ser una absoluta convencida de que ser matrona era especial; soy mujer en general de fuertes y firmes convicciones y decisiones, y tengo que decir, que nunca me arrepentí de esta elección, aunque repito, que al principio fuese más impuesta que elegida.

El trabajo de matrona que yo imaginaba era sustancialmente diferente a la atención a los enfermos: lejos de tratar la enfermedad, tratar directamente con las mujeres era participar en el milagro de la vida, y además, yo intuía que las matronas disfrutaban de una independencia laboral que no tenían las enfermeras, aunque paradójicamente las matronas eran consideradas auxiliares del obstetra.

Como no era posible hacer mis estudios de Matrona en Santander porque esta formación no se abrió hasta el año 1958 en la Casa Salud Valdecilla, puse rumbo a Madrid a la no menos estimada y rigurosa Escuela Oficial de Matronas y Casa de Salud Santa Cristina, la 1ª Escuela de Matronas fundada en España donde fui de la segunda promoción del recién inaugurado plan formativo, reconvertida la formación de Matrona en especialidad ATS y conseguí mi título en el año 1958.

P - ¿Si no hubiera sido matrona a qué le hubiese gustado dedicarse?

R. Cuando acababa el Bachiller quería ser nada menos que catedrática de Literatura, por el simple gusto por la literatura acrecentada por profesores referentes que me hicieron enamorarme de la disciplina; pero es que además, siempre pensé que la lectura era el motor de la curiosidad y la "gasolina" de la imaginación. Realmente esta no era la única opción imaginada de futuro para mí, porque diametralmente opuesto, estaba en mi mente ser médico pediatra... pero he ahí que mis posibilidades se redujeron en cuanto la "matriarca" (mi madre) echó cuentas de que había de cursar unos u otros estudios en Madrid y que no era propio de una "una señorita de buenas costumbres" estar alojada en una pensión sin tutela responsable, mientras realizaba los estudios.

*Los padres de mi época nos habían educado rígidamente en valores, principios y buenos modales, encaminado a hacer de las mujeres de la época señoritas intachables; debían pensar que las Facultades estaban pobladas por una caterva de gente moderna, ellas y ellos, de los que incluso pensarían, de moral algo laxa, que me podrían contaminar como si se tratara de una infección incurable (je,je,je!!!!!! ¡ la lucha que nos tocó a tantas mujeres por la igualdad que aun no ha llegado en todos los ámbitos para nosotras.!) Así que no era negociable, sólo aceptaban un régimen de internado: me tocaron los 3 años en Valdecilla, con la plana mayor de las monjas de la Caridad, cuyo control y rigidez nada tenía que envidiar a la del "Alto mando del Estado Mayor" y seguidamente, otro año interna en Santa Cristina que no le fue a la zaga en disciplina y **ocupación ¡ lo que se dice una larga y dura mili!***

P. ¿Cuáles fueron tus inicios en el terreno laboral?

R. Por aquél entonces aun no se había producido el boom de las grandes y modernas maternidades, recordad que los grandes de Madrid se fundaron entre la década de los 60-70, como La Paz (1964) y en Santander, como en toda España, aun existía mucho parto domiciliario; en la ciudad de Santander, a parte del servicio de Obstetricia y Ginecología de Valdecilla, había pequeñas clínicas de titularidad privada (algunas concertadas con el Seguro de Enfermedad SOE) donde se ofertaba asistencia gineco-obstétrica, además de establecimiento de la Maternidad Provincial no concertada con el SOE.

Frente a esta penuria en la asistencia obstétrica, en 1954, había sido inaugurada en Bilbao la Clínica Ginecológica Usparitza, por Juan Antonio Usparitza Lecumberri que, tras su titulación de médico y habiendo realizado posteriormente prácticas en la Maternidad de Bilbao, clínica Deseux y el Hospital de Basurto, en el que consiguió un plaza que tuvo que rechazar debido a su práctica privada atendiendo partos a domicilio y en la clínica Dr. Valbuena de Bilbao, decidió dedicarse enteramente a la obstetricia y ginecología y fundó el centro mencionado.



1971. Modesta con su hijo Iñigo de la Serna

Este centro fue pionero en España en el parto sin dolor que posteriormente se iría extendiendo, pero además, ofrecía una asistencia muy personalizada e individualizada que a mí me encandiló y allí estuve ejerciendo y creciendo en mis habilidades y conocimientos durante años; en Bilbao me casé y tuve a mi hijo en 1971.

¿ Este fue el motivo de volver a ejercer en Santander?



Inauguración de la Residencia Cantabria 1969

R. En gran parte sí porque requería de ayuda y mejor estar arropada por la familia que tenía en Santander porque ya se sabe que compaginar la tarea de mujer trabajadora y madre no es fácil.

Por otra parte en 1969 se había inaugurado en Santander, la Residencia Sanitaria "Cantabria" de la Seguridad Social hospital prácticamente dedicado a atención Materno-Infantil finalmente, con una capacidad superior a las 600 camas y un Servicio de Partos absolutamente nuevo y moderno para atender las necesidades de las mujeres de la región, sin duda, un atractivo grande para cualquier profesional.

No llegué con plaza de matrona a la Residencia "Cantabria", ¡qué va! empecé como tantas, haciendo de enfermera, pero pronto pase al Área de Partos siempre necesitada de matronas ; andando el tiempo, supongo que ya me "había hecho oír en mi defensa por la profesión" , tuve la fortuna de recibir la oferta del puesto de Matrona Jefe del Servicio de Partos que el Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social contemplaba; este nivel te otorgaba un poder decisivo porque era poder ejecutivo real que posteriormente, se diluyó tras el Real Decreto 521/1987, transformando dicha figura, en Supervisor/a de Área Funcional (o Supervisor/a de Unidad) y que definitivamente absorbía los puestos de trabajo de responsabilidad del modelo de gestión anterior, Matrona Jefe y adjunta, e implicaba también, la subordinación de las nuevas supervisoras a la Dirección de Enfermería.

Por fortuna, hice un buen tándem con el Jefe de Servicio, D. J. Domingo de la Lastra Saiz, cuyo recuerdo es imborrable por su calidad humana y profesional y por el cariño y consideración que siempre tuvo por las matronas, y así pudimos entre todos, trabajar cada día más y mejor por las madres y los niños de Cantabria.

Con este cargo y las cargas que conllevaba el puesto, me integré en este establecimiento desde el que creo, en mi modesta opinión que, colaboré por el reconocimiento del trabajo de las matronas y puse mi granito de arena para que la formación de matronas que había concluido con la promoción de 1975 en Valdecilla, se reanudara en nuestro centro y en cuya docencia participé cuando ni siquiera era retribuida y continuara hasta 1987 en que finalizó la última promoción de matronas formadas en Cantabria (y desgraciada y vergonzosamente, en el resto de España)



Plantilla de matronas y auxiliares.



Compartiendo una de las cenas navideñas.

P. ¿Qué supuso este salto a la gestión sanitaria?

R. Pues un "salto al vacío" podría decir, porque por un lado implicaba mejorar la asistencia obstétrico-neonatal en un momento en que se empezaban a perfilar las especialidades MIR tal como las conocemos actualmente, a la vez mejorar la calidad del área obstétrica implicaba la coordinación con los servicios relacionados como el recién creado de neonatología, anestesia etc. y por otra parte planificar, organizar dirigir y controlar los recursos humanos, materiales y tecnológicos que empezaban a crecer en la década de los 70 en la obstetricia, y por supuesto, el control del gasto para ofrecer una sanidad equilibrada y sostenible.

Todo era nuevo y moderno, cardiotocografía, ecografía etc.; junto a grandes obstetras formados según el plan de formación de Valdecilla que. desde 1929 puso énfasis en este eje creando el Instituto de Especialidades Médico - Quirúrgica para Postgraduados, empezó a llegar savia nueva procedente de la formación sanitaria especializada vía MIR, obstetras, pediatras, anestesiastas y por fin, neonatólogos.

Con la llegada del Dr. Arce García como jefe de departamento de Pediatría y del Dr. Javier Gómez Ullate, que se incorporó como adjunto desde el hospital La Paz, se creó un verdadero Servicio de Neonatología, con tecnología en desarrollo y conocimientos en aumento. En 1975 comenzó a funcionar el Servicio de Neonatología de nuestro hospital materno-Infantil y eso marcó un hito en la actividad asistencial y en los resultados neonatales. Para matronas y obstetras contar con el respaldo de los neonatólogos fue algo maravilloso, la coordinación y colaboración entre unos y otros fue clave para un significativo descenso de la mortalidad perinatal.

De otro lado, a medida que se incrementaba el servicio de atención con el traslado de los partos al hospital, hubo que ampliar la dotación de personal : además de los obstetras formados como internos de la Casa Salud Valdecilla y las matronas iniciales, la mayoría de asistencia pública domiciliaria, empezaron a llegar más matronas jóvenes e ilusionadas y recién formados MIRs, muchos de ellos desde la escuela de la Paz-como ya he mencionado.

La gran familia de Partos , siempre la consideré mi segunda familia, creció y a mi juicio, entre todos conseguimos crear un clima de respeto y cordialidad entre nosotros y hacia las mujeres y familias, aun en medio de una actividad asistencial, a veces de infarto, que no te permitía tratar el parto como hubiéramos querido, mucha profesionalidad pero poco tiempo para el contacto humano, la sobrecarga asistencial era inmensa y los recursos humanos bien escaso.

P. Es proverbial tu defensa de las competencias de las matronas, cuenta alguna de las batallas internas que comandaste.

R. Uff! fueron muchas, pero una grande fue cuando, a falta de matronas, "alguien" de la Dirección propuso que fueran enfermeras las que se ocuparan del parto, ¡madre mía, creo que me volví loca! Me parapeté delante de la puerta de la Unidad en cuestión mientras vociferaba que sólo entrarían enfermeras a aquella unidad por encima de mi cadáver; aun recuerdo la risa contenida del Dr. Lastra, nuestro jefe de servicio, cómplice que, invariablemente me apoyó en esta reclamación y finalmente conseguimos incrementar el número de plazas en la plantilla y preservar las competencias de las matronas aunque, era impensable aumentarlas fuera de la asistencia al parto, porque con dificultades cubríamos el paritorio...

P. Posees un gran sentimiento de identidad profesional tanto como para involucrarte, sin ser representante nombrada, en " muchas guerras" fuera del hospital de las innumerables en las que nos hemos visto "complicadas" las matronas.

R. Pues sí, soy de las convencidas de que hay que darlo todo en el trabajo para acreditar la competencia, ganarse el respeto y la confianza de los demás profesionales que intervienen conjuntamente en la asistencia. Pero hay otra arena que es la política en la que se debaten los asuntos de la ordenación profesional y las matronas no podíamos dejarnos vapulear por decisiones políticas equivocadas, como lo fue la pérdida Colegial. Yo, estuve en las asambleas convocadas por la recién creada Asociación Nacional de Matronas en Madrid para defender nuestra representación que, a pesar de los esfuerzos y aquella espera sentencia del Tribunal Supremo que nos daba la razón, no se logró, algo de lo que aun me duelo porque " ¡otro gallo hubiera cantando para las matronas!" si hubiésemos podido defender a nuestro propio colectivo y no, haber sido absorbidas y prácticamente ignoradas, por el conjunto enfermero.

Luego vino el varapalo de la inminente desaparición de las matronas de la actividad extra-hospitalaria y nuevamente hicimos "piña" desde toda España coordinadas por la Asociación Nacional de Matronas que puso ante el gobierno central la reconversión de las matronas de equipos tocológicos para que no se amortizaran sus puestos y se integraran en la Atención Primaria. Cantabria es una comunidad uni-provincial y pequeña pero no estábamos dispuestos a que estos puestos se perdieran ni a desaprovechar la oportunidad de que las matronas ampliaran su abanico de competencias fuera de la asistencia al parto y finalmente, y tras ríos de tinta en prensa y visitas a todos los despachos inimaginables, entre todas lo conseguimos.

P. Cuando mencionas ríos de tinta que, es cierto existen en la hemeroteca regional, sobre todo, recuerdo una frase tuya que trajo cola...

R. (Se ríe con ganas) claro que sí... estaba tan contrariada con los hechos anteriores, que en una tierra como la nuestra en la que las vacas han tenido tanta importancia, se me ocurrió decir a despecho, cansada y desesperada de "patear" despachos y buscar alianzas, que "a este Gobierno le importaban más las vacas que las mujeres"; y vaya que levantó ampollas la frasecita!. Fue pura espontaneidad pero quizá en esta ocasión el fin¡justificó el desahogo!

P. Me imagino que por la misma razón decides hacerte delegada sindical.

R. En la década de los 80, la idea de conseguir un futuro mejor para la profesión enfermera dentro de la sanidad pública con la Ley General de Sanidad aprobada fue el acicate para la creación del Primer Sindicato de Enfermería.

Yo creí en esta propuesta y durante unos años fui delegado Sindical en Cantabria ya que siempre mantuve que las matronas tenían otras necesidades distintas a las de la Enfermería generalista y desde ese lugar podía, cuando menos, creía yo, presionar para que contemplaran nuestras necesidades y no se diluyeran en el macro-contexto enfermero. Me llevé algún que otro chasco, es cierto, empezando por el que para el sindicato sin embargo fue su primer logro cuando en 1987 pudieron negociar el acuerdo retributivo de la enfermería: ganó la enfermería mientras impunemente violaron el derecho de las matronas al pago por especialidad. Inaceptable de todo punto, lo peleé y lo luché hasta la extenuación, pero es el día de hoy que ahí sigue ese acuerdo injusto que además, como era de suponer, ha tenido derivaciones para las nuevas especialidades enfermeras que tampoco ven reconocida su especial formación y dedicación por ser especialistas.



Sin embargo si pude conseguir elaborar un plan de formación para las Matronas de Atención Primaria. La realidad es que se había logrado a nivel nacional (desde la AEM) la integración de las matronas en Atención Primaria pero eso implicaba más formación para abordar una tarea de este calado y hacer patente que su presencia en el equipo de A.P. no era una concesión gratuita sino que cubrían una necesidad tan real como importante y que no había ningún otro profesional sanitario que lo pudiera hacer. Esta iniciativa fue -como se dice coloquialmente- hacer "encaje de bolillos" pero logré conjuntar el beneplácito de la Dirección Regional de Sanidad,

la colaboración de la Dirección del Hospital Valdecilla y la acreditación de actividad formativa a través del sindicato para que los cursos tuvieran además de valor práctico valor académico.

P. Actividad pública y privada, trabajaste siempre por doble ¿ no es cierto?

R. Hace 60 años se necesitaban matronas y lo malo es que seguimos con el mismo mantra.... hasta en un sitio pequeño como Cantabria, se necesitaban más de las que éramos, y en consecuencia, compaginar dos o más trabajos, era bastante habitual. La vida de las matronas era compleja, mucho trabajo y el "peculio" no era parejo al esfuerzo y la dedicación.

Yo trabajé además en la Clínica del Pilar fundada por el Dr. J domingo de la Lastra, jefe de servicio de Toco-Ginecología-co-

mo- ya mencione y en la Clínica Madrazo de la misma ciudad, y también desde aquí , hubo que levantar la voz contra las aseguradoras para que nos subieran el sueldo, el sino de las matronas: reclamar y reclamar derechos porque más que regalarnos algo, que nunca lo hicieron, sufrimos injusticias....



P. ¿Te has sentido reconocida por el colectivo?

R. Sin lugar a dudas creo que he tenido compañeras matronas ,auxiliares de enfermería, celadores, compañeros ginecólogos, pediatras, neonatólogos, anestesistas etc. y, sin pretender que sea unánime la aceptación de mi persona, mayoritariamente me han demostrado respeto, consideración a mi labor y un cariño que, pasados los años ahí sigue.

Tal es el caso de esta entrevista que agradezco profundamente porque al fin y al cabo, lo único extraordinario de mi vida laboral es que cuando fui lo que fui , lo quise por encima de todo, no me cansé nunca de luchar por las mujeres y sus hijos y porque las matronas no diéramos un paso atrás ... ¡salvo para tomar impulso!



Homenaje de la Asociación Cántabra de Matronas (2014)

Como cualquier madre me siento orgullosa de mi hijo, más que por sus logros políticos que, indudablemente tienen su mérito, fundamentalmente porque es una persona íntegra y un HIJO con letras mayúsculas. Toda madre sabe que los hijos tarde o temprano vuelan y que nuestra misión, la más importante, es acompañarles en sus primeros pasos, darles alas para volar, y estar ahí siempre que te necesiten.

P. De matrona a madre de alcalde y ministro..... inevitable preguntarte ¿ cómo suena eso?

R. Ay ! eso me hace recordar el poema de Khalil Gibran que te lo contestará:

«Tus hijos no son tus hijos. Son hijos e hijas de la vida deseosa de sí misma. No vienen de ti, sino a través de ti y aunque estén contigo no te pertenecen.

Puedes darles tu amor, pero no tus pensamientos, pues ellos tienen sus propios pensamientos.

La carrera política de mi hijo además de orgullo, me ha generado, comprensiblemente, desasosiego por las dificultades y ocupaciones que genera la vida política de primera línea.

P. Hace ya unos años que has dejado colgada la bata blanca y la gabardina (en invierno) que, como el teniente Colombo, tantas veces utilizabas para acudir corriendo toda uniformada a la llamada del parto ¿no echas de menos la profesión que tan feliz le ha hecho?

*R. Sinceramente no; creo que todas las etapas de la vida hay que vivirlas con intensidad y disfrutarlas al máximo y cuando se trata de la vida laboral, mientras dura entregarse totalmente, en nuestro caso " con ciencia y conciencia", nuestra profesión tiene un componente humano además de técnico, invaluable. Yo tengo el sentimiento de que lo he hecho y que he cumplido mi misión, perduran en mi mente recuerdos dulces de tanto momentos vividos, pero no añoranza; esta nueva vida me está dando el tiempo que no se puede comprar y es un bien preciado y me permite disfrutar con mi familia, con amigos, de la vida en general. El trabajo se convierte en " un tirano" que te exige lo más estimado : **el tiempo de vivir.***

P. Como ya hace mucho tiempo que eres voz de la experiencia" cierra esta entrevista dirigiéndote con la autoridad que te confiere esta "atribución", a las nuevas generaciones de matronas.

R. Me cuesta dirigirme a personas que no conozco y aunque me consta que tienen un buen programa formativo, sí que les diré que nunca se alejen del conocimiento, en este mundo en el que la información es fácilmente accesible, sigan estudiando y no se anclen en posiciones inamovibles, ni tampoco abracen con entusiasmo acrítico las novedades. Lo importante es estar abiertos al conocimiento y tener una buena base para poder analizar y ser críticos.

Por otra parte, la vocación, es indispensable para el buen ejercicio. Si realmente el profesional tiene una clara predisposición por este trabajo, las dificultades y la complejidad de este trabajo, se hacen llevaderas y se puede ser muy feliz, haciendo felices a las familias.

Querida Modesta, muchas gracias por atender nuestra invitación para esta entrevista.

La Asociación Española de Matronas reconoce tu lucha por la profesión en toda sus vertientes.

ILITIA



Durante el Acto de Homenaje a Matronas Jubiladas con la presencia del Presidente regional (2008)

R-evolución, ciencia y profesión
Matronas mirando hacia el futuro

II Congreso
ABC
XXI Congreso
FAME



26, 27 y 28 de Octubre de 2023

PALAU DE CONGRESSOS DE PALMA

www.congresocomaresbaleares.com

<https://congresocomaresbaleares.com/info-general/>



CONECTA PERINATAL
Alianza Hispanohablante por la Salud
Mental Perinatal y de la Familia

ACCESO LIBRE
ENLACE PARA ACCEDER
ABAJO

ENCUENTROS DE CONECTA

"Encuentros de Conecta" es un Proyecto de la Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia "Conecta Perinatal" (conectaperinatal.com) que nace con vocación de establecer sinergias, redes de contacto y conocimiento entre las personas y las entidades que, en España y América Latina, reivindican y trabajan por una atención psicoperinatal de calidad en los espacios públicos de salud.

2ª SESIÓN

"EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL PERINATAL DE LAS MADRES Y SUS BEBÉS EN UNIDADES PENITENCIARIAS".

25 SEPTIEMBRE 2023 20:00 H. (MADRID, ESPAÑA)

PASCUAL PALAU:
COORDINADOR DEL PROGRAMA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL PERINATAL DE LA RESIDENCIA DE MADRES "IRIS VILLA GONZÁLEZ DE RONTEALANT (JUDICANTE), ESPECIALISTA Y DOCTOR EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, PSICOTERAPISTA Y PSICOPEDAGOGO DE LAS MADRES Y DE SUS BEBÉS, Y DE LOS/as FUNCIONARIOS/as.

CARMEN AMÓROS:
COORDINADORA DE LA RESIDENCIA DE MADRES "IRIS VILLA GONZÁLEZ", TRABAJADORA SOCIAL.

MERCEDES BENAC:
MIEMBRO DEL GRUPO DE APOYO A LOS/as FUNCIONARIOS/as PERINATA.

PURIFICACIÓN SIERRA:
MIEMBRO DEL GRUPO FUNDADOR DE LOS/as FUNCIONARIOS/as, ESPECIALISTA Y DOCTORA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, PROFESORA DE LA UNED.

"Encuentros de Conecta" es un Proyecto de la Alianza Hispanohablante por la Salud Perinatal y de Familia.

Conecta Perinatal (conectaperinatal.com) nace con vocación de establecer sinergias, redes de contacto y conocimiento entre las personas entidades que, en España y América Latina reivindican y trabajan por una atención psicoperinatal de calidad en los espacios públicos de salud.

<https://us02web.zoom.us/j/81699960335?pwd=b3BxVHJ0b0dwcGxIMitobTQrZXdpQT09#saccess>

ID de reunión: 816 9996 0335

Código de acceso: 797781



XIX CONGRESO DE LACTANCIA MATERNA FEDALMA

«Tejiendo redes por la lactancia materna»

Grupo organizador ALMAMAR

▪ **Inscripción al Congreso**

La inscripción se realizará a través de la web www.fedalma.org rellenando el formulario de datos correspondiente para las acreditaciones. La forma de pago se efectuará en la tienda virtual de la web :

- <https://aulavirtual.fedalma.org/producto/xix-congreso-fedalma/>

- Y si has solicitado algún descuento de desempleo o estudiante, enviar justificantes a contacto@fedalma.org

▪ **Declaración de Interés Sanitario**

El Congreso ha solicitado la declaración de Interés Sanitario

- Créditos de Formación Continuada para los profesionales sanitarios
- El Congreso ha solicitado créditos de Formación Continuada para los profesionales sanitarios

- Créditos de formación IBCLC
- El Congreso ha solicitado créditos de formación IBCLC.

- Cambio cuota de inscripción:

- 11 de Septiembre de 2023

- Fin plazo envío comunicaciones:

- 25 Agosto (Para ampliar hasta el 5 de Septiembre)

- Notificación aceptación/rechazo comunicaciones:

- 8 de Septiembre

I JORNADA CASTELLANO-LEONESA DE INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA MATERNA

UBICACIÓN: EDIFICIO DIOSCÓRIDES (USAL. Paseo Universidad de Coimbra, 7)

SALAMANCA
7 de noviembre de 2023

Lactancia Materna:
"Cimiento de salud"

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES EN: WWW.JORNADALACTANCIASALAMANCA.COM



Organizan:



Gerencia de Atención Primaria de Salamanca



WWW.JORNADASLACTANCIASALAMANCA.COM

Nº 2008 12 JULIO 2023

ABONO ACUMULACIONES DE TAREAS

SIMAES DEMANDA AL SES IGUALDAD DE TRATO PARA LAS MATRONAS EXTREMEÑAS RECLAMANDO EL ABONO DE SUS ACUMULACIONES DE TAREAS COMO AL RESTO DE PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

En las instrucciones retributivas por este concepto no aparecen las Matronas y si el resto del Equipo de Atención Primaria en las que están ya integradas.

RETRIBUCIONES 2023

ANEXO V.B 2023
PERSONAL ESTATUTARIO
COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD (FACTOR FIJO)
(desde el 1 de Marzo de 2023)

PRODUCTIVIDAD (MODELO POR ACUMULACIONES EN CONSULTA)	
Medico de EAP, Pediatra de EAP, Medico de At. Cont.	1.200,00
Enfermero/a EAP, Enfermero/a de At. Cont.	800,00
Medico de EAP, Pediatra de EAP, Medico de At. Cont.	200,00
Enfermero/a EAP, Enfermero/a de At. Cont.	100,00

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

SIMAES DEMANDA AL SES IGUALDAD DE TRATO PARA LAS MATRONAS EXTREMEÑAS RECLAMANDO EL ABONO DE SUS ACUMULACIONES DE TAREAS COMO AL RESTO DE PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

En las instrucciones retributivas por este concepto no aparecen las Matronas y si el resto del Equipo de Atención Primaria en las que están ya integradas.

Las Matronas extremeñas no perciben el complemento retributivo que cobra el resto de cualquier miembro del equipo de atención primaria por la acumulación de tareas, por lo que el Sindicato de Matronas reclama el abono inmediato de las acumulaciones de las Matronas de este ejercicio y la modificación de la Resolución que regule las retribuciones para años sucesivos, incluyendo en su Anexo V a las Matronas.

En SIMAES consideramos que a las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología, tienen derecho a percibir el complemento de productividad (factor fijo) por acumulaciones. A las Matronas extremeñas, durante el año 2023, se les debe aplicar la Resolución del Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud de 20 de marzo de 2023, por la que se dictan instrucciones para la elaboración de la nómina del personal estatutario, funcionario, eventual, laboral y directivo del Servicio Extremeño de Salud, donde se especifican los siguientes complementos: el Complemento de Productividad (Factor Fijo), desde el 1 de enero al 28 de febrero de 2023, y el Complemento de Productividad (Factor Fijo), desde el 1 de marzo de 2023, y en ambos se especifica la cuantía de la productividad por acumulaciones de consulta referidos a Médico de EAP, Pediatra de EAP y Medico de At. Cont., así como enfermero/a AP y enfermero/a de At. Cont., pero esta normativa excluye a las Matronas, que forman parte también de los equipos de AP, a todos los efectos.

Recordemos que conforme establece el artículo 5 del Decreto 47/2023, de 10 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura, las Matronas, como enfermeras especialistas, forman parte del Equipo de Atención Primaria (EAP), a todos los efectos.

SIMAES ha transmitido al SES que puede incurrir en discriminación normativa, por cuanto supone una exclusión tácita o diferenciación expresa, con respecto al resto de su equipo de AP por el único motivo de ejercer una categoría diferente. Añadiendo que resulta evidente que la normativa actual implica, sin justificación, la exclusión de su aplicación a un determinado grupo de profesionales, en este caso y concretamente a las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas). Esta discriminación es además laboral, puesto que anula el reconocimiento, goce o ejercicio de derechos laborales, basándose únicamente en diferencias formativas, y es además indirecta, puesto que aparentando neutralidad, acaba situando a una profesional de ese servicio en una posición de desventaja por razón de profesión y que es un derecho del trabajador no ser discriminado ni directa ni indirectamente, considerando nulos y sin efecto (art. 17 ET) cualquier precepto que dé lugar a la misma en materia retributiva.



MILAGROS DE LA ESTADÍSTICA, NI NOS ACERCAMOS A LA RATIO MATRONA/MUJER EN EDAD FERTIL RECOMENDADA POR LA OMS, PERO SOMOS LA 3ª SANIDAD EUROPEA EN CALIDAD ASISTENCIAL.

Si somos los quintos en el mundo, en España faltan Matronas y se valora el equipo y el número de empleados, resultaría evidente pensar que para cuadrar las cuentas algún colectivo está sobredimensionado y también que somos tan pocas (0,6% empleo sanitario), que ni se nota.

El portal 'Radar Healthcare' ha publicado un ranking mundial en el que enumera el listado de los sistemas sanitarios de 33 países desarrollados con la mejor calidad asistencial. En este listado España el quinto lugar en la lista global (tercero en el continente europeo).

Todo tiene su explicación, para realizar esta lista se han tenido en cuenta, principalmente, la calidad de la atención médica, los salarios médicos anuales, la cantidad de los hospitales de cada país y la cantidad total del costo económico que supone la atención médica al año. En éste contexto, nuestro SNS cuenta con una puntuación del 78,37, lo que significa la sanidad española sigue teniendo uno de los mejores sistemas asistenciales del planeta, según éste prestigioso portal.

Aunque los dos mejores sistemas de salud se encuentran en Asia (Corea del Sur y Japón), los siguientes son europeos: Francia, con una calificación de 80,18 y después Dinamarca (80,07) y España (78,37). Fuera de éstos sólo destacan dos países: Australia (78,14) e Israel (73,83).

Los datos reflejan que Japón, a pesar de sus 125 millones de habitantes, logra mantener un costo anual de atención médica obligatoria bastante bajo por persona, con un promedio total de 3.725 libras esterlinas. Los resultados de la calidad de los servicios de atención médica (valora el equipo, el número de empleados y el número de quejas) sin embargo cambian de líder, ocupando el primer puesto Corea del Sur (82,72), que cuenta además con 4.133 hospitales para poco más de 51 millones de habitantes.

Para determinar qué sistemas de salud en todo el mundo son los más (y los menos) rentables, nuestro informe identifica los costos voluntarios y de bolsillo que cada individuo debe pagar por año en cada país. Luego calculamos qué porcentaje del salario anual de cada persona se gastará en costos de atención médica voluntarios y de bolsillo cada año. El primero en nuestra lista es Luxemburgo, con una población de 642.371 y un salario anual medio de 38.171,97 libras esterlinas (comparación entre la atención médica y el salario anual del 1,54%). En el otro extremo del espectro está Grecia, que tiene una población de 10.316.637 y un ingreso anual medio de sólo 7.517,09 libras esterlinas (comparación entre atención médica y salario anual del 9,83%).

El país que mejor número de hospitales tiene en comparación con su población es Corea del Sur, que cuenta con 4.133 hospitales frente a 51.329.899 habitantes. Esto los dejó con un porcentaje general de 0,81%, lo que destaca que hay lugares más que suficientes para tratar a las personas enfermas si es necesario.

Nº
203101
AGOSTO
2023

LISTA "Radar Healthcare" Y OTROS



MILAGROS DE LA ESTADÍSTICA, NI NOS ACERCAMOS A LA RATIO MATRONA/MUJER EN EDAD FERTIL RECOMENDADA POR LA OMS, PERO SOMOS LA 3ª SANIDAD EUROPEA EN CALIDAD ASISTENCIAL.

Revealed: Which countries are leading the way for patient quality of care

Which healthcare systems around the world provide the best quality of care to those in need?

Quality of Healthcare Score:



Clasificación de los mejores sistemas de atención médica del mundo.

radar
healthcare

<http://simaes.org/>

Sindicato de Matronas Españolas

Si somos los quintos en el mundo, en España faltan Matronas y se valora el equipo y el número de empleados, resultaría evidente pensar que para cuadrar las cuentas algún colectivo puede estar sobredimensionado, pero también que somos pocas (0,6% empleo sanitario).



Fuentes:

- <https://radarhealthcare.com/news-blogs/healthcare-mapped-report/>
- <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/developed-countries>
- <https://hdr.undp.org/en/indicators/137506>
- https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp
- <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- https://www.numbeo.com/cost-of-living/rankings_by_country.jsp
- <https://www.statista.com/statistics/1107086/total-hospital-number-select-countries-worldwide/>
- <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
- <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/most-innovative-countries>



EL AGRAVIO CUANTITATIVO CRECE

LA EPA REFLEJA QUE HAY CASI 40.000 EMPLEOS SANITARIOS MÁS QUE EL AÑO PASADO, PERO ESTE DATO NO SE PERCIBE ENTRE LAS MATRONAS.

El número de Matronas colegiadas no jubiladas aumentó entre 2017 y 2021 en solo 425, mientras que la EPA informa que los sanitarios aumentaron en ese mismo periodo en 197.700 efectivos, el agujero sigue creciendo.

ENCUESTA DE POBLACION ACTIVA (EPA)
 JULIO 2023
 Ocupados por rama de actividad. Valores absolutos
 Unidades: Miles Personas

ACTIVIDAD	OCUPADOS 2º TRIMESTRE		
	AÑO	TOTAL	Incremento/ %
86 Actividades sanitarias	2023T2	1.295,5	37,9 3,0
	2022T2	1.257,6	17,6 1,4
	2021T2	1.240,0	80,3 6,9
	2020T2	1.159,7	75,9 7,0
	2019T2	1.083,8	0,0 0,0
	2018T2	1.083,8	39,5 3,8
	2017T2	1.044,3	28,1 2,8
	2016T2	1.016,2	67,7 7,1
	2015T2	948,5	-2,2 -0,2
	2014T2	950,7	51,6 5,7
2013T2	899,1		

Fuente: Instituto Nacional de Estadística
<http://simaes.org/> Sindicato de Matronas Españolas

LA EPA REFLEJA QUE HAY CASI 40.000 EMPLEOS SANITARIOS MÁS QUE EL AÑO PASADO, PERO ESTE DATO NO SE PERCIBE ENTRE LAS MATRONAS.

El número de Matronas colegiadas no jubiladas aumentó entre 2017 y 2021 en solo 425 mientras que la EPA informa que los activos sanitarios aumentaron en ese mismo periodo en 197.700 efectivos, el agujero sigue aumentando.

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el segundo trimestre del año 2023 hay un total de 1.295.500 ocupados en el sector de actividades sanitarias, 37.900 activos más que el mismo trimestre del año pasado. El empleo creció en el último decenio en 400.000 sanitarios, mientras que el número de Matronas tituladas en el mismo periodo creció en 1.500 efectivos. En cuanto a las personas paradas (el INE ofrece los datos del sector general de las actividades sanitarias y de servicios sociales) son 81.900 los parados en este sector, 10.700 personas menos que el pasado trimestre.

EVOLUCIÓN Nº MATRONAS COLEGIADAS 2017-2021
 Colegiados NO JUBILADOS

COMUNIDAD AUTONOMA	2017	2021	DIF.
01 Andalucía	1.153	1.167	14
02 Aragón	241	275	34
03 Asturias, Principado de	95	80	-15
04 Balears, Illes	208	239	31
05 Canarias	119	130	11
06 Cantabria	144	129	-15
07 Castilla y León	477	503	26
08 Castilla - La Mancha	300	342	42
09 Cataluña	1.013	1.018	5
10 Comunitat Valenciana	820	792	-28
11 Extremadura	174	177	3
12 Galicia	360	488	128
13 Madrid, Comunidad de	1.198	1.363	165
14 Murcia, Región de	266	275	9
15 Navarra, Comunidad Foral de	159	174	15
16 País Vasco	577	576	-1
17 Rioja, La	0	0	0
18 Ceuta	21	19	-2
19 Melilla	27	30	3
Total...	7.352	7.777	425

Fuente: INE

Más información en:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiD atos&idp=1254735976595

Nº 26
2028 JULIO 2022

DEFICIT DE MATRONAS EN A.P.

SE PRECISARÍAN MÁS DE 1.000 MATRONAS SOLO PARA QUE HUBIERA UNA POR CADA CENTRO DE SALUD EN ESPAÑA.

Portal Estadístico
Área de Inteligencia de Gestión
Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

Recursos estructurales por Comunidad Autónoma
AÑO 2022

CC.AA.	Zonas rústicas	Centros de salud	Consultorios locales
ANDALUCÍA	2256	409	1.305
ARAGÓN	124	118	872
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	84	69	144
BALEARES (ISLAS)	43	59	154
CANARIAS	108	107	154
CANTABRIA	42	42	111
CASTILLA Y LEÓN	249	247	3.628
CASTILLA-LA MANCHA	204	204	1.111
CATALUÑA	379	419	748
COMUNIDAD VALENCIANA	242	285	568
EXTREMADURA	111	111	415
GALICIA	314	398	65
MADRID (COMUNIDAD DE)	283	263	161
MURCIA (REGION DE)	99	81	179
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	58	60	211
PAIS VASCO	139	139	194
LA RIOJA	20	26	124
Ciudad y MELILLA (INGESA)	7	7	6
Total	2.729	1.042	9.998

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021

Los datos reflejan que hay **3.042 Centros de Salud para sólo 1.945 Matronas asignadas a la Atención Primaria en nuestro SNS.**

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

SE PRECISARÍAN MÁS DE 1.000 MATRONAS SOLO PARA QUE HUBIERA UNA POR CADA CENTRO DE SALUD EN ESPAÑA.

Los datos reflejan que hay 3.042 Centros de Salud para sólo 1.945 Matronas asignadas a la Atención Primaria en nuestro SNS.

Según los datos obtenidos del INFORME ANUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2020-2021), que toma como fuente el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), el número de profesionales de enfermería que ejercen labores asistenciales en atención primaria del Sistema Nacional de Salud es de 38.016, de los cuales 30.537 (80,3%) trabajan en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y 7.479 tienen un destino asistencial diferente al EAP, entre los que se incluyen: 1.945 matronas y 5.228 enfermeras de los servicios de urgencias en los SUAP (o término equivalente). Con estas cifras, sería necesario dotar al sistema de más de 1.000 Matronas para que todos los centros de salud contasen, al menos, con una Matrona, sin contar los centros que fuera necesario contar con alguna más. El proceso iniciado por comunidades autónomas como Extremadura, que ha integrado a las Matronas en sus equipos de atención primaria, acentúa esta necesidad y prueba nuestra protesta en que se formen poco más de 400 Matronas al año, justificando la reivindicación de SIMAES de duplicar el número de plazas EIR para Matronas.

Nuestro SNS ha perdido un total de 64 centros asistenciales (centros de salud + consultorios) en la última década (en 2012 se contaba con 13.104), según las fuentes mencionadas, aunque el SIAP nos informa que en el año 2022 España había un total de 13.040 centros asistenciales de AP. Las CC.AA. que han bajado en el número de centros destacan Andalucía (-6), Asturias (-5), Castilla y León (-23) o Cataluña (-62), en tanto que han subido Extremadura, Castilla-La Mancha y Cantabria.

Enlace con el SIAP:

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap>

Enlace con el Informe:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf



Nº 25
2026 JULIO 2023

VÍA JUDICIAL PARA A1 ENFERMERA

LA VIA JUDICIAL PARECE NO SER LA ADECUADA PARA QUE LOS ENFERMEROS CONSIGAN LA CLASIFICACIÓN PROFESIONAL A1 Y SE REALZA LA NECESIDAD DE UN CAMBIO NORMATIVO.

Sin entrar a valorar dónde quedarían las Matronas, una sentencia desestima la subida de categoría profesional y el consiguiente complemento económico compensatorio solicitada por enfermería y apunta a la Administración Pública como la competente en esta materia.

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

LA VIA JUDICIAL PARECE NO SER LA ADECUADA PARA QUE LOS ENFERMEROS CONSIGAN LA CLASIFICACIÓN PROFESIONAL A1 Y SE REALZA LA NECESIDAD DE UN CAMBIO NORMATIVO.

Sin entrar a valorar dónde quedarían las Matronas, una sentencia desestima la subida de categoría profesional y el

consiguiente complemento económico compensatorio solicitada por enfermería y apunta a la Administración Pública como la competente en esta materia.

Sin entrar a valorar dónde quedarían los intereses legítimos de las Matronas (especialistas con Grado Universitario + dos años EIR), recientemente se ha sabido que la vía judicial parece que no es el camino a seguir para que las enfermeras alcancen la clasificación profesional A1. Enfermería (el CGE) pedía el reconocimiento y clasificación del personal enfermero como personal perteneciente al subgrupo A1 dentro del Estatuto Básico del Empleado y reclamaba que se reconociera el derecho a pedir un complemento salarial cuya cuantía correspondiera con las diferencias salariales entre los niveles A1 y A2. Ahora una sentencia de los Juzgados de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo quita la responsabilidad de reclasificar al Poder Judicial y lo deja en manos de las Administraciones Públicas.

Esta sentencia recurre a un proceso ya terminado, en la que se reconoció un recurso contra una convocatoria de concurso público para la provisión de plazas y facultativos para la Policía, y que fue recurrida por el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería por entender que las plazas convocadas ***“deberían ser establecidas como de la categoría A1 en lugar de A2, atendiendo al nivel de responsabilidad y titulación de los profesionales de Enfermería”***.

Recordemos que las enfermeras insisten en que, a efectos prácticos, la diplomatura de Enfermería se corresponde en la actualidad con un título de Grado, argumentando que “Desde 2008 el grado universitario de Enfermería consta de 240 créditos de formación y una duración de cuatro años, como pasa con Derecho, Economía, Biología o Física”, pero que mientras estos graduados sí pueden conseguir plaza en la Administración Pública de nivel A1, los enfermeros no pueden hacerlo.

Uno de los condicionantes para la adscripción a un grupo es el nivel de responsabilidad, a éstos efectos, también en este apartado las enfermeras han resaltado que asumen un nivel de responsabilidad que se corresponde con el exigido para el grupo A1.

La discriminación podría ser otro argumento, aunque sería más bien una demanda de “igualdad de trato”, pero enfocado como lo plantea enfermería es ciertamente discriminatorio por cuanto en el actual grupo adscrito no se puede acceder a puestos directivos, de investigación o de acceso a determinados puestos públicos, en tanto que los graduados en Biología, Periodismo o Farmacia que trabajan en los hospitales sí pueden.



NOTICIAS DE SIMAES

En esta sentencia queda recogido que "corresponde en exclusiva a la Administración Pública en función siempre del interés general que la misma representa, el ejercicio de las potestades correspondientes para la mejor ordenación de los servicios públicos" y, si no se puede modificar judicialmente esta clasificación, ***"tampoco se puede otorgar un complemento que el la práctica equipare a este grupo con el anterior"***.

En este contexto, el Consejo General de Enfermería (CGE) insiste en un "cambio normativo" ante el 'No' judicial a su A1, interpretando que la sentencia "viene a confirmar la necesidad de un cambio normativo...", para que ***"se reconozca de forma efectiva, tanto en la legislación estatal y autonómica, como en las clasificaciones o catálogos de puestos de trabajo, que las funciones y responsabilidades de las enfermeras se corresponden con el nivel A1"***.

En SIMAES vemos en este asunto un ninguneo injustificado respecto a la posición que, en la hipotética reclasificación profesional, tendrían las Matronas (por extensión las enfermeras especialistas), con una formación superior al Grado Universitario y que, de hecho, deberían ostentar ya el nivel A1.

Más información:

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/la-justicia-delega-en-la-administracion-publica-el-ansiado-a1-enfermero-2789>



Nº 21
2023 JULIO 2023

CONTRATOS ELUDIENDO BOLSA

CASTILLA-LA MANCHA FIRMA CONTRATOS DE LARGA DURACIÓN A MATRONAS QUE ACABAN DE TERMINAR SU FSE SALTÁNDOSE EL ORDEN ESTABLECIDO EN SU PROPIA BOLSA DE EMPLEO.

SIMAES pide corregir esta incongruencia sabiendo que al menos las GAI de Guadalajara y Ciudad Real ya cuentan con contratos de éste tipo, a pesar de disponer de Matronas en bolsa con un largo historial de "contratos basura" esperando ser llamadas.

ÁREA INTEGRADA
GUADALAJARA

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

**CASTILLA-LA MANCHA
FIRMA CONTRATOS DE
LARGA DURACIÓN A
MATRONAS QUE
ACABAN DE TERMINAR
SU FSE SALTÁNDOSE EL
ORDEN ESTABLECIDO EN
SU PROPIA BOLSA DE
EMPLEO.**

SIMAES pide corregir esta incongruencia sabiendo que al menos las GAI de Guadalajara y Ciudad Real ya cuentan con

contratos de éste tipo, a pesar de disponer de Matronas en bolsa con un largo historial de "contratos basura" esperando ser llamadas.

SIMAES ha manifestado al SESCOAM, después de constatar que existen contratos de larga duración para Matronas recién concluido su formación EIR en, al menos, las Gerencias de Atención Integrada de Guadalajara y Ciudad Real, que no esta en contra de que se contrate a Matronas recién formadas, más aún, lo apoya, **"pero no por encima de la excelentes profesionales que llevan años padeciendo "contratos basura", contratos eventuales de días incluso, sin posibilidad de programar unas vacaciones o de planificar su vida desde hace mucho, demasiado tiempo."**

Es por ello que se ha pedido confirmación para determinar si, conforme a la Orden 84/2023, de 18 de abril, por la que se aprueba el Programa Regional de Perspectiva Contractual y Retención del Talento, éstos contratos pueden ser impugnados, ya que la misma Orden, en su preámbulo, hace mención al origen de su articulado y lo justifica, remarcando que, en todo caso, se emite en el respeto a los procedimientos selectivos precedentes.

SIMAES cree, y así lo ha manifestado, que esta cuestión es subsanable y así lo ha requerido, porque ya se ha hecho antes, anulando contratos que seguían esta misma incongruente vía y porque la misma Consejería ha manifestando su intención de respetar el orden de prelación de la Bolsa de Empleo (constituida desde 2007) que, por otra parte, es una norma interna suya.

APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

R



REFFATIN (FÉLICITÉ) comadrona pensionada de la villa de Nevers, alumna del Hotel Dieu de Paris y de San Cosme. Su padre, procurador, no descuidó nada la educación de su hija que fue acomodada en París, en las hijas de Santo Tomas, donde permaneció cinco años. Al salir de esta pensión, mademoiselle Reffatin fue admitida como alumna en el Hotel Dieu en el que durante tres años hizo sus estudios regulares en el arte de los partos, regresa después de este tiempo a su villa natal para ejercer la profesión de matrona. Mademoiselle Reffatin no esperó mucho tiempo para dar pruebas de su merito y recoger por anticipado el homenaje más honorable que se podía ofrecer a su profesión, el titulo de pensionada de la villa de Nevers.

Su celo y su saber pagaron a su país un igual tributo; ella empleó el uno para el alivio de la humanidad y el otro le serviría para formar alumnas capaces de remplazarla. En su práctica particular, esta hábil comadrona estuvo en condiciones de recoger hechos del más grande interés y se carteó en numerosas ocasiones con Levret y Lebas.

En 1762, ella dirigió al Ministro una Memoria sobre la oblicuidad de la matriz como consecuencia de la implantación de la placenta sobre el orificio interno de este órgano. Esta memoria fue insertada en el tomo XVII del Journal de Medicine de Roux. Con todos los maestros del arte, mademoiselle Reffatin, en el caso de la implantación de la placenta sobre el orificio de la matriz, concluyó en el parto inmediato; indicación que tiene por objeto prevenir y detener las pérdidas que siguen ordinariamente a este fenómeno insólito. En 1763, ella dirigirá a Lebas otra observación sobre el nacimiento tardío, en la que le informa de haber ayudado a venir al mundo a un niño de 18 libras y de veintidós pulgadas de largo. Esta observación tendía a probar que la mujer a la que se refería habría llevado en su vientre once meses y siete días este niño enorme.

Este hecho fue relatado por mademoiselle Reffatin, cuando Louis y Lebas disputaban sobre la posibilidad de nacimientos tardíos, cuestión que más tarde examinó y resolvió tan felizmente mademoiselle Plisson, quien concluyó con Lebas y Petit que los nacimientos podían prolongarse más allá del término ordinario.

Mademoiselle Reffatin murió en Nevers, su villa natal, la cual todavía hoy se vanagloria de contarla entre sus celebridades.

RONDET (MARIE-LOUISE CHÉON) matrona de la Facultad de Medicina de Paris, nacida en Sedan en 1800. Después de su recepción, madame Rondet concibió el proyecto de trasladarse a Buenos Aires para ejercer allí su arte, y a este efecto se embarcó en 1828 en el navío Olympe que naufragó en las costas de África. Con todos los pasajeros de este mismo barco, madame Rondet fue recogida y trasladada a Santa Cruz-S. Juan de la isla de Tenerife en la que durante su estancia prestó algunos servicios que le valieron auténticos testimonios de estima y reconocimiento de parte de los habitantes y de las autoridades gubernamentales de esta localidad. La pérdida de todo lo que poseía esta dama, la determinó a regresar a Francia.

Es en el ejercicio de su profesión en Paris que madame tuvo lugar de convencerse de la necesidad de inventar un medio más propio que los ya conocidos, de devolver a la vida a los niños que nacen con asfixia; habiendo juzgado que el tubo laríngeo de Chaussier tenía un gran inconveniente que debía remediar, el de empujar el aire alterado a los pulmones del recién nacido, Madame Rondet concibió la idea de adaptar a una ampolla de caucho un pequeño cuerpo de bomba con doble válvula de seguridad actuando en sentido inverso, en el que el conjunto hace el oficio de una bomba impelente y aspirante. Este pequeño cuerpo de bomba está terminado en un tubo de goma elástico ligeramente curvado y equipado de un balón que no permite al instrumento irritar o

APUNTES BIOGRAFICOS DE MATRONAS CÉLEBRES

R

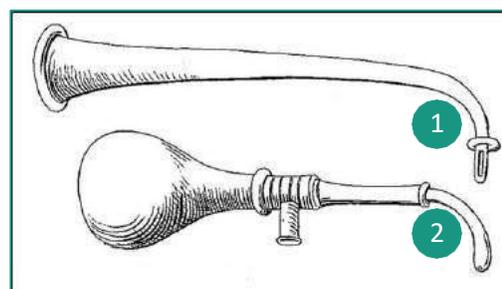


herir la laringe, donde no puede introducirse más adelante. Este instrumento por ultimo cumple todas las condiciones deseables en las manos de quienquiera sepa servirse de él.

La Academia Real de Medicina que ha sido llamada a hacer un informe sobre el instrumento laríngeo de madame Rondet, ha preguntado, por voz de la comisión nombrada a este efecto, si el mismo instrumento era de esta dama. El instrumento es de madame Rondet en cuanto a su mecanismo y ahí está toda la cuestión; sin embargo la academia le atribuyó la idea a uno de sus miembros, Chaussier: como si la idea de impeler aire en los pulmones de los recién nacidos asfixiados, no hubiera sido la de todos los médicos poseídos de las más ligeras nociones en fisiología. La Academia Real de Medicina pudo bien sentirse envidiosa de conceder las más bellas palmas de la gloria medica a sus miembros; pero ni siquiera el egoísmo científico debía excluir el espíritu de justicia que debía presidir las decisiones de todos los cuerpos constituidos, la más bella virtud de los que se dicen sabios.

Si la Academia no pudo reconocer una invención en el instrumento de madame Rondet, al menos hacía falta que ella reconociera, y dijera que el mismo instrumento podía ser bien una imitación del empleado al mismo uso figurado y descrito en la obra de Aitken, publicado en Londres en 1786, bajo el título: *"A System of obstetrical tables with explications representing the foundations of the theory and practice of midwifery.--Coup-d'œil sur l'obstétrique, ou Exposé des principes généraux de l'art des accouchements, in-8"*.

Nosotros preferimos creer que madame Rondet no ha conocido esta obra, y consecuentemente, que su instrumento laríngeo es toda de invención de su parte en cuanto al mecanismo; por el contrario, escogemos creer también que la Academia Real de Medicina, o al menos los miembros de su comisión ignoraban la existencia de la obra de Aitken y es por puro olvido que nada de ella ha sido dicho.



1 TUBO LARÍNGEO DE CHAUSSIER.
2 BOMBA LARÍNGEA DE MADAME RONDET

SALPE. Plinio en su Historia Natural, habla de una mujer de este nombre que habría practicado los partos con mucho éxito y que habría, además, gozado de una gran reputación por ciertos remedios secretos de su composición. La Historia Sagrada nos ha conservado el nombre de SEIPHRA, mujer egipcia, hábil en la medicina y el arte de los partos. Después de Gruter, y según algunas inscripciones latinas, habría habido una matrona romana de nombre SALUTIA. En el número de mujeres hábiles en medicina y en el arte de los partos, Plinio cita aun una mujer que sería tan distinguida en esta doble carrera, que habría merecido el nombre de SOTIRA, que quiere decir conservadora.

SEPHORA. Célebre por su rechazo a obedecer al rey Faraón que había ordenado a las matronas exterminar todos los varones que nacieran y de no conservar más que las niñas. Es por lo menos lo que se lee en el Éxodo en el capítulo 1ª vers. 15 y siguientes:

"Dixit autem rex Ægypti obstetricibus Hebræorum, quarum un vocabatur Sephora, et altera Phua, præcipiens ait. Quando obstetricabitur hebræas, et partus tempus advenerit, si masculus fuerit, interficite illum; si fœmina, reservate!" (San Juan, libro de el Éxodo, capítulo 1º)

En sus homilías reproduce el pasaje de la Santa Escritura relacionada con Sephora (ver PHUA)



XXIII

Curso de Formación Continuada del Grupo GEMMA



Mujer y Salud™



SEDE:

AULA MAGNA Pabellón Docente Hospital General Universitario Gregorio Marañón C/ Ibiza, 45 – Madrid



Secretaría Técnica Tomeu Sagrera

Santa Engracia, 158
28003 Madrid
Tel.: (+34) 913 641 146
tomeu.sagrera@viajesazulmarino.com



Secretaría Científica

C/ Lago de Sanabria, 19
28411 Morzarzal (Madrid)
José Nuño. Tel.: 639 13 00 67
pepe@pepefarma.com



Organiza: GEMMA
(Grupo para el Estudio de la Mujer de Madrid)



Hospital Universitario de Getafe

Comunidad de Madrid



Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

Colaboran:

federación española de empresas de **TECNOLOGÍA SANITARIA**



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA



PROGRAMA: 16/NOVIEMBRE 2023

MAÑANA

8:30-9:00. Entrega de Documentación.

9:00-9:10. Bienvenida. Dirección Médica Hospital

9:10-9:30. Presentación de las jornadas.

Dr. Lizarraga/Dr. Huertas

MESA MENOPAUSIA.

Moderador: Dr. Santiago Palacios

9:30-9:50. Mesa Theramex. *Dr. D. Manuel Marcos*

9:50-10:10. Sexualidad en Menopausia. *Dra. Blanca Martínez Gamón*

10:10-10:30. Fallo ovárico precoz. Prevención y tratamiento. *Dra. Carmen Hernández*

10:30-10:50. Prevención y tratamiento de las fracturas en la Menopausia.

10:50-11:50. Coloquio.

11:50-12:20. Pausa (café)

MESA FUNCIONAL-ANTICONCEPCIÓN.

Moderador: Dra. Carmen Pingarrón

12:20-12:40. Paciente con obesidad en la consulta de ginecología. Manejo interdisciplinar.

Dr. Rosado/Dr. D.M. Ángel Huertas/ Dña. Maite Ramirez (Novo)

12:40-13:00. Plan reproductivo en la mujer sana. Papel de la matrona. *Dña. Cristina González*

13:00-13:20. Papel de los LARC en la vida de la mujer. Novedades (Gedeon)

13:20-13:40. Indicaciones de la preservación ovocitaria. Papel en la planificación familiar.

Dra. Dña. Teresa Muñoz

13:40-14:10. Coloquio.

14:10-15:30. COMIDA LIBRE.

MESA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA.

Moderador: Santiago Lizarraga

15:30-15:50. Importancia de la microbiota vaginal en la patología ginecológica oncológica.

Dra. Belén Martín Salamanca

15:50-16:10. Ablación de miomas uterinos. Indicaciones. Descripción de la Técnica. Resultados.

Dra. Verónica Moreno Molinero. Adjunto Sección de Ginecología General.

16:10-16:40. Rehabilitación del suelo pélvico. (BTL) 16:40-17:00

Pausa.

MESA OBSTÉTRICA.

Moderador: Santiago Lizarraga

17:00-17:20. Actualización en tromboprofilaxis en el embarazo. *Dra. Arantxa Meabe*

17:20-17:40. Protocolo de estudio de la anemia durante la gestación. *Dra. Ruiz Labarta.*

17:40-18:00. Protocolo de evaluación del crecimiento fetal. *Dra. Pilar Payá.* Adjunto Sección de Medicina Materno-Fetal

18:00-18:30. Coloquio.

18:30. Fin jornada tarde.



PROGRAMA DIA 17 NOVIEMBRE 23

MAÑANA

MESA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA INFECCIOSA.

Moderador: Dr. Tirso Pérez Medina

- 8:30-9:00. Actualización en la profilaxis de las candidiasis recurrentes. Papel de las vacunas
- 9:00-9:20. Nuevo protocolo del cribado de cáncer de cérvix. Estrategia de la Comunidad de Madrid.
Dr. Gonzalo Nozaleda Pastor
- 9:20-9:40. Test de diagnóstico rápido en las vulvovaginitis. *Dr. Miguel Ángel Huertas*
- 9:40-10:10. Actualización del papel de la vacuna en la prevención del HPV. MSD.
- 10:10-10:40. Actualización en el diagnóstico y manejo de las ITS (Hologic).
- 10:40-11:10. Coloquio.
- 11:10-11:30. Pausa (Café)

MESA ABORDAJE PSICOSOCIAL.

- Moderador: Dr. Miguel Ángel Rodríguez Zambrano
- 11:30-11:50. Manejo de la agresión sexual. Código VISEM. Dra. Artemisa Recio
- 11:50-12:10. Violencia obstétrica. ¿Es un término adecuado?
Dr. Vicente Patiño/Dra. Isabel Martín
- 12:10-12:30. Controversias en la identificación del recién nacido.
- 12:30-12:50. “Globesity”, un nuevo y creciente desafío obstétrico.
Dña. Rosa M^a. Plata Quintanilla. Presidenta Asociación Española de Matronas.
- 12:50-13:20. Coloquio.
- 13:30. Clausura del curso.

Directores del Curso:

- Dr. Miguel Ángel Huertas Fernández. Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario de Getafe
- Dr. Santiago Lizárraga. Jefe Servicio Ginecología Hospital Universitario Gregorio Marañón

Acceso aula: C/ Ibiza, 45 – Madrid



RED HUECO DE MI VIENTRE CELEBRA
SU DECIMO ANIVERSARIO



ENCUENTRO ABIERTO
10º ANIVERSARIO RED EL HUECO DE MI VIENTRE



23 SEPTIEMBRE 2023



10:00. Presentación de la jornada. 10 años de la Red el Hueco de mi Vientre

10:30. Mesa de diálogo: **"La familia, el sistema sanitario y la sociedad ante el bebé con anomalía congénita"**

12:00. Descanso

12:30. Charla y diálogo: **"Estudios postmortem en la búsqueda de las causas de la muerte"**. Con Rita M^a Regojo, anatomopatóloga del Hospital La Paz en Madrid

14:00. Comida

16:30. Taller de manualidades para el amor y el duelo

18:00. Merienda

18:30. Resultados de la investigación del taller **"Nacer, morir, amar, cuidar"** con niños y familias

19:45. Mesa de experiencias de **mejora sociosanitaria en atención al duelo perinatal**

21:00. Cena

22:30. Jam session



 **En Casa Emaús**

C/ Uceda, 45. Torremocha de Jarama. Madrid

Inscripciones hasta el 20 de septiembre 2023 en:

 **redelhuecodemivientre@gmail.com**

15 euros por persona día completo con comida

Colaboración de **Mariposas para el Duelo**



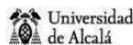
I CONGRESO DE CIENCIA INCLUSIVA

2-3
OCT

Sede
Central
del CSIC
C/ Serrano 117
Madrid

ENVÍO DE COMUNICACIONES HASTA EL 30 DE JUNIO

COMITÉ ORGANIZADOR: Juan Gibaja, Miriam Cubas, Pura Fernández,
Carmen Lafuente, Enrique Pérez y Carmen Fernández.



CADA SER HUMANO VIVE DE LA RIQUEZA DE
SU PROPIA DIVERSIDAD



CSIC
CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



Universidad
de Alcalá

Contacto: inclusion@csic.es

<https://www.congresocienciainclusiva.es/>



28 - 29 FEBRERO 2024 OLYMPIA LONDRES

¿Por qué asistir a Women's Health Professional Care?

El próximo evento Women's Health Professional Care es la oportunidad perfecta para que los profesionales de la salud se mantengan informados y educados sobre los últimos desarrollos en la salud de la mujer. Este evento de dos días, que tendrá lugar del 28 al 29 de febrero de 2024 en Olympia London, explorará temas de importancia crítica que afectan la salud y el bienestar de las mujeres. Como profesional de la salud, es vital mantenerse al día sobre las últimas estrategias gubernamentales para la salud de la mujer, y asistir a este evento le dará la oportunidad de hacer precisamente eso.

Figuras influyentes como Davina McCall, autores aclamados como Caroline Criado Pérez y toda una serie de grupos de campaña han llamado enérgicamente la atención sobre la falta de asesoramiento de calidad sobre temas de salud específicos de las mujeres, las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la atención médica y el hecho de que tantos aspectos de nuestro sistema de salud parecen haber sido diseñados principalmente por y para hombres.

Esto es extrapolable a cualquier país del mundo.

<https://www.womenshealthprofessionalcare.co.uk/why-attend>



PRIMER CONCURSO DE FOTOGRAFÍA 2023: “LA EXPERIENCIA DE SER MADRE”



Este año queremos que os animéis a compartir fotografías entrañables de las mujeres que atendéis durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, por ello, hemos organizado el Primer Concurso fotográfico para vosotras/os, matronas y matrones o para las propias mujeres que quieran participar y llevarse un premio a la foto más artística, emotiva o interesante.

BASES DEL CONCURSO

Plazo de presentación: Desde el 1 de enero del 2023 al 30 de septiembre de 2023 **Formato:** Tamaño original (JPG-PNG- 1500 KB calidad mínima), realizada en vertical, en color y a ser posible, con un título.

Condiciones: Las fotografías presentadas, deberán ser acompañadas por un documento firmado de cesión de imágenes a la Asociación Española de Matronas (AEM) para uso divulgativo o científico en nuestra revista.

PREMIO: Las participantes tendrán un certificado y a la ganadora/or se le obsequiará con una tarjeta regalo de El Corte Inglés. La resolución del concurso se publicará en el número de INFOMATRONAS de julio 2023 y personalmente, a la ganadora o ganador.

Las fotografías deberán enviarse al mail: matronas@asociacion-nacional.com

ASUNTO: Concurso fotográfico.

INVITACIÓN



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

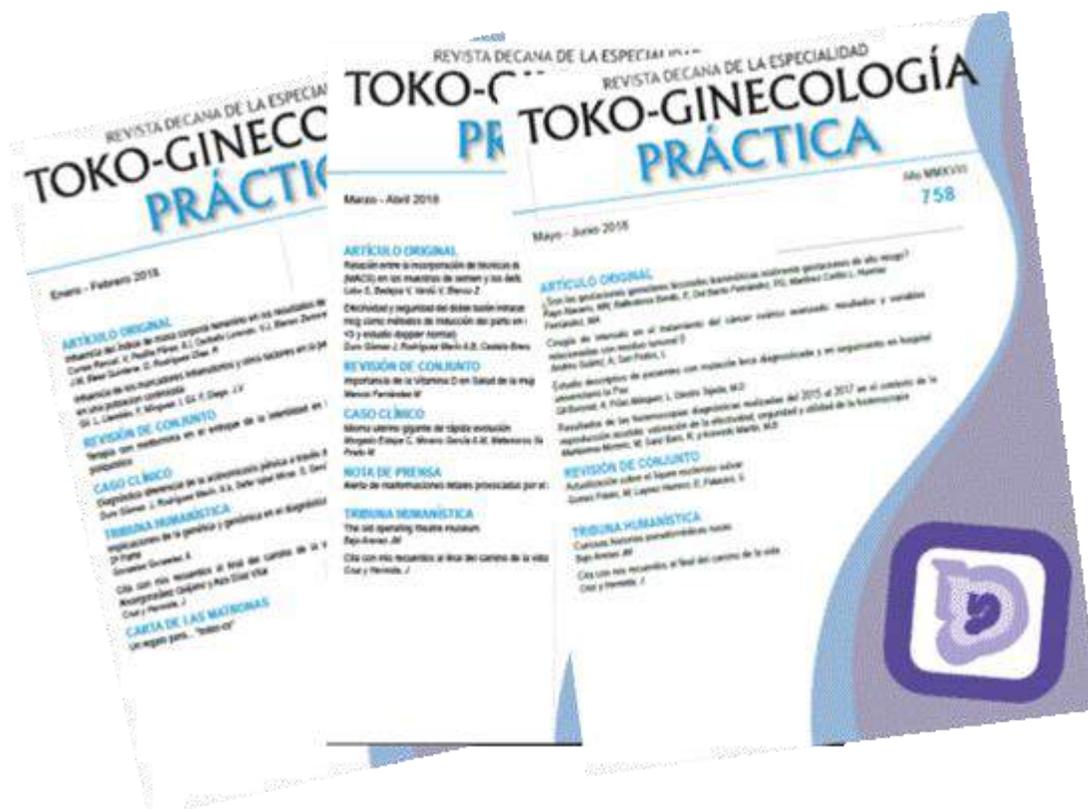


Si eres muy tímida/o, puedes crear tu seudónimo.
Textos en Word. Extensión máxima hasta 1500 palabras

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



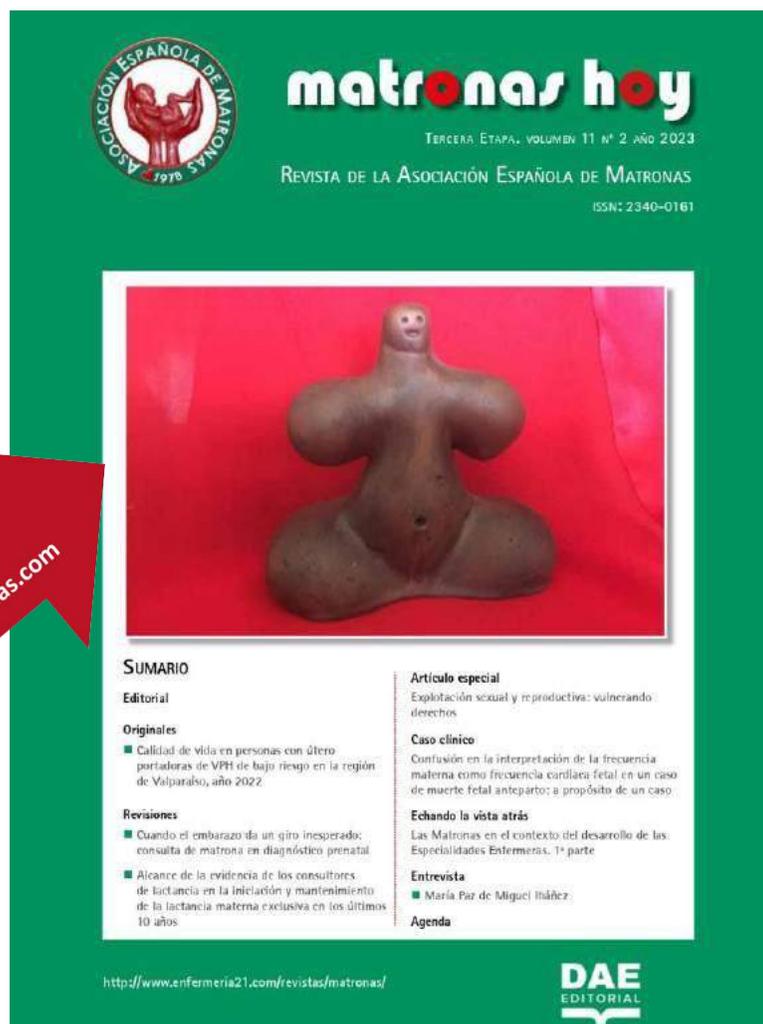
Info
MATRONAS

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

Matronas hoy es una publicación que nació hace treinta años gracias al empeño de la **Asociación Española de Matronas**, pero por múltiples factores el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo. Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario. En la página web de la Asociación Española de Matronas (www.aesmatronas.com) se encuentra el archivo histórico de esta revista, 1º Etapa (1983-1986), 2º Etapa, (1992-2001) al que se van añadiendo las de la actual 3º Etapa iniciada en 2013 .

“Todo lo que no se publica no existe”, por eso os animamos a hacerlo desde esta revista de matronas-es, abierta a toda la profesión.



matronas hoy
 TERCERA ETAPA. VOLUMEN 11 N.º 2 AÑO 2023
 REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
 ISSN: 2340-0161

SUMARIO

Editorial

Originales

- Calidad de vida en personas con útero portadoras de VPH de bajo riesgo en la región de Valparaíso, año 2022.

Revisiones

- Cuando el embarazo da un giro inesperado: consulta de matrona en diagnóstico prenatal
- Alcance de la evidencia de los consultores de lactancia en la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los últimos 10 años

Artículo especial

Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos

Caso clínico

Confusión en la interpretación de la frecuencia materna como frecuencia cardíaca fetal en un caso de muerte fetal anteparto: a propósito de un caso

Echando la vista atrás

Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades Enfermeras. 1ª parte

Entrevista

- María Paz de Miguel Iñáñez

Agenda

<http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/>

DAE EDITORIAL





CONVOCATORIA DE LOS PREMIOS METAS 2023

Se abre el plazo de presentación de los Premios Metas 2023. El primer premio de investigación estará dotado con 3.000 euros y el ACCESIT con una suscripción anual a ENFERTECA para cada uno de los miembros del equipo.

La vigésimo quinta edición de los Premios Metas ya está en marcha. El plazo de presentación de los trabajos finalizará el próximo 10 de septiembre de 2023, cuyo premio estará dotado con 3.000 euros.

La revista Metas de Enfermería convoca, desde hace más dos décadas, este certamen de investigación dirigido a todos los profesionales enfermeros (españoles y extranjeros), a excepción de los miembros que componen el jurado. El equipo investigador puede estar compuesto por profesionales de otras disciplinas, pero al menos el/la investigador/a principal deber ser enfermero/a. El objetivo es el de potenciar la labor científica enfermera a través de la experiencia de los propios trabajadores y de su entorno.

Como cada año, además del primer premio de 3.000 euros, también se otorgará un accésit dotado con una suscripción anual a ENFERTECA (<https://www.enferteca.com/>), además de la publicación de los trabajos en la portada de Metas de Enfermería, para contribuir, así, a la divulgación científica de la profesión.

Bases del certamen

Los Premios Metas persiguen reunir trabajos basados en el rigor científico, por lo que disponen de unas bases detalladas que pueden consultarse en <https://www.enfermeria21.com/revista-metas-de-enfermeria/premios-metas/>

Al igual que en ediciones anteriores, las investigaciones podrán tratar sobre cualquier área de conocimiento de la enfermería, y los participantes deberán presentar dos archivos:

- Archivo 1. Texto completo del trabajo, sin contener nombres o cualquier otro dato que pueda permitir la identificación de su autoría.
- Archivo 2. Donde constarán los datos de la/s persona/s autoras.
- Deberán presentarse antes del 10 de septiembre de 2023, considerándose dentro del plazo los estudios con certificación postal en la fecha límite previamente señalada. Los trabajos deberán ser inéditos y estar escritos en lengua castellana.
- El jurado estará formado por miembros del Consejo Editorial, del Consejo Asesor y del Comité Científico de la revista, así como por profesionales de enfermería externos a la editorial y expertos en investigación, que constituirán, al menos, el 50% de los miembros del jurado.
- El fallo de los Premios Metas será inapelable y se hará público en el próximo mes de diciembre de 2023, a través de Metas de Enfermería y el Diario DICEN (www.diariodicen.com).

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.enfermeria21.com/revista-metas-de-enfermeria/premios-metas/>



CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO



Objetivos

- Actualizar / reforzar / capacitar sobre conocimientos y habilidades prácticas para interpretar los datos obtenidos de la valoración fetal durante el parto.
- Señalar los pasos necesarios para realizar una valoración fetal sistemática durante el parto.
- Identificar aquellas situaciones en las que existen interferencias en el intercambio transplacentario de gases así como aquellas que requieren intervención inmediata.
- Definir las intervenciones que se derivan de la valoración fetal, con especial atención a las que deben realizarse cuando se detecta un patrón de estrés o de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o de aceptación para participar en el curso.

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición.

Los asociados y vinculados tendrán prioridad absoluta.

Acreditado por la Agencia de Acreditación de Formación Continua del S.N.S
Solicitada re acreditación



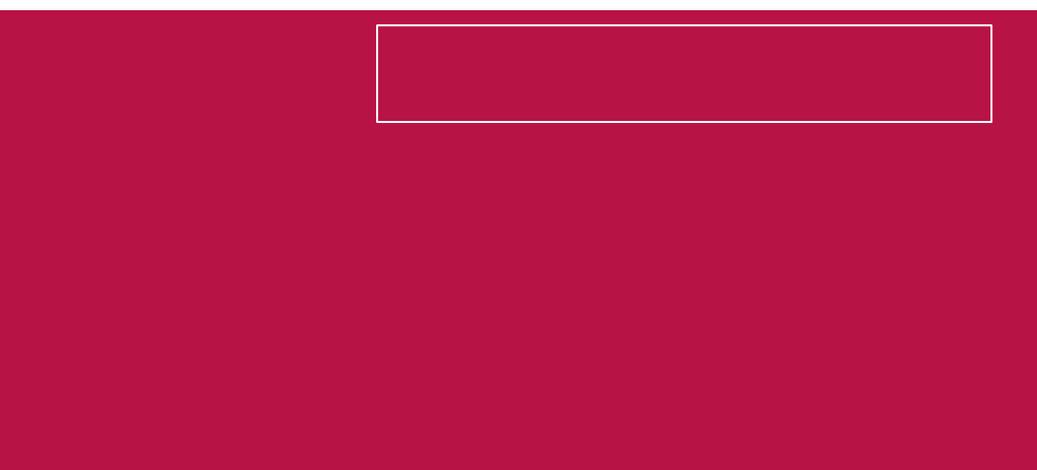
FORMACIÓN CONTINUADA



PENDIENTE DE FIJAR FECHAS

4ª EDICIÓN CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO 2023

FECHA 2023. Mañana	De 09:00h a 14:00h.
FECHA 2023. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2023. Mañana	De 09:00 a 14:00h.
FECHA 2023. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
FECHA 2023. Mañana	De 09:00h. a 12:30h.



Solicitud de inscripción en **(SOLO POR MAIL)**:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Acreditado por la Agencia de Acreditación de
Formación Continuada del S.N.S
Solicitada reacreditación





RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

1.-JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

Hoy en día la matrona debe estar preparada, para poder asumir los cambios que se están produciendo en las técnicas y métodos de trabajo en el suelo pélvico, ya que las disfunciones de éste suponen un porcentaje muy elevado de las consultas que tienen esos profesionales en su trabajo diario.

En pocas ocasiones nos paramos a pensar en la existencia de la musculatura que constituye el suelo pélvico, y mucho menos en sus múltiples funciones. Habitualmente solo lo hacemos en situaciones muy concretas como durante el embarazo y el parto, las relaciones sexuales o en el climaterio.

Sin embargo, la musculatura del suelo pélvico cumple funciones importantísimas en el cuerpo humano de las que las matronas no nos podemos olvidar puesto que tienen un papel fundamental en la calidad de vida de las pacientes.

La matrona, desde su puesto en Atención Primaria, debe conocer cuáles son las bases anatómicas y fisiológicas del suelo pélvico, saber reconocer las disfunciones del suelo pélvico y como hacer criterios diagnósticos, de recuperación y rehabilitación, así como cuando realizar las derivaciones a los servicios correspondientes.

Al mismo tiempo, con los avances en la investigación en periné, se ha visto que el trabajo del suelo pélvico no se hace de manera aislada, sino que necesita de la colaboración y el trabajo coordinado de grupos musculares, como son los músculos que constituyen la cincha abdominal (principalmente el músculo transversal del abdomen) y el diafragma torácico.

No hace falta la existencia de patología previa, de secuelas del embarazo y del parto, de cirugías abdominales o pélvicas para que sea necesario trabajar el suelo pélvico y la cincha abdominal, como método preventivo para tener una buena salud perineal.

Para trabajar estas musculaturas se está utilizando la propiocepción. Esta nueva forma de trabajo se basa en la importancia que tiene la toma de conciencia del cuerpo como un "todo" y entender cómo sus desequilibrios posturales pueden afectar a la estática pélvica y por consiguiente al suelo pélvico. El trabajo del suelo pélvico mediante la propiocepción es una herramienta dinámica y eficaz que hace que las matronas consigan que sus pacientes, con el trabajo y el uso de diferentes técnicas sean más autónomas en la gestión de la reprogramación y reeducación de su postura, y por tanto del suelo pélvico.

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Actualizar los conocimientos sobre suelo pélvico del profesional que atiende a la mujer en todo su ciclo vital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Actualizar los conocimientos en anatomía, valoración externa e interna del periné femenino, así como valoración postural de la paciente.



2) Dar a conocer la importancia que tiene la matrona de Atención Primaria en el mantenimiento, diagnóstico de patologías, recuperación, tratamiento del suelo pélvico femenino, y si procede, derivación al servicio correspondiente.

3) Aprender cómo quitar las tensiones, los dolores y los desequilibrios posturales que afecten a la estática pelviana, mejorando la manera de gestionar las presiones toraco-abdominales, causantes de una gran mayoría de las disfunciones del suelo pélvico.

4) Aprender el uso de las diferentes técnicas de trabajo para la mejora del suelo pélvico: Propiocepción, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, método Matropelvic®

3.-CONTENIDOS

Todo el material se trabajará mediante clases teóricas y prácticas, en las que desde el dibujo y localización de las estructuras anatómicas, los vídeos, la valoración corporal y perineal por parejas, las técnicas de roll-playing y el uso de los diferentes métodos de trabajo sobre el propio cuerpo, ayudarán al profesional a iniciarse en el descubrimiento del suelo pélvico.

1.- Introducción, objetivos y metodología del trabajo con el suelo pélvico. Revisión histórica del periné.

2.- Bases anatómicas del suelo pélvico:

- 2.1.- Pelvis ósea
- 2.2.- Planos musculares
- 2.3.- Tipos de fibras musculares del suelo pélvico
- 2.4.- Órganos pélvicos
- 2.5.- Inervación del periné
- 2.6.- Músculos relacionados con el suelo pélvico
- 2.7.- Los tres diafragmas
- 2.8.- Cincha abdomino-perineal
- 2.9.- La respiración abdomino-perineal

3.- Bases fisiológicas del tracto urinario inferior:

- 3.1.- La micción
- 3.2.- Incontinencias urinarias: Tipos, diagnóstico y tratamiento
- 3.3.- La importancia del diario miccional para el diagnóstico de las IU

4.- Bases fisiológicas del tracto digestivo inferior:

- 4.1.- La defecación
- 4.2.- Tipos de estreñimiento
- 4.3.- La incontinencia fecal
- 4.4.- La importancia del elevador del ano en la continencia.

FORMACIÓN CONTINUAD A



5.- Prolapsos genitales:

- 5.1.- De pared anterior: diagnóstico y tratamiento
- 5.2.- De pared cúpula: diagnóstico y tratamiento
- 5.3.- De pared posterior: diagnóstico y tratamiento

6.- Valoración de la estática corporal y perineal:

- 6.1.- La estática corporal y su influencia en el periné
- 6.2.- Aprendiendo las alteraciones perineales a través de la postura corporal
- 6.3.- La exploración perineal y rectal
- 6.4.- La matrona y el suelo pélvico en consulta: protocolo de exploración y diagnóstico

7.- La recuperación y reeducación del suelo pélvico.

- 7.1.- Criterios de inclusión.
- 7.2.- Criterios de exclusión.
- 7.3.- Perspectiva histórica de los diferentes métodos de trabajo
- 7.4.- Ejercicios de Kegel: Evidencias

8.- El uso de la propiocepción en la recuperación del suelo pélvico desde la Atención Primaria

- 8.1.- Objetivos
- 8.2.- Métodos de aplicación: Visualizaciones, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, dispositivos intracavitarios, método Matropelvic®
- 8.3.- Estructura de una sesión de trabajo de suelo pélvico en atención primaria

9.- La repercusión de la patología del suelo pélvico en la esfera bio-psico-sexual de la paciente

DIRIGIDO A:

Matronas y residentes de matronas

Número máximo: 20 alumnos

Profesora: Lola Serrano Raya

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) Hospital de Sagunto (Valencia)

DURACIÓN EN HORAS: 20 horas

**CURSO BÁSICOS DE
ECOGRAFÍA PARA**

**A
MATRONAS.
PENDIENTE DE FIJAR
FECHAS**

**ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3
Colegio de Enfermería de Madrid

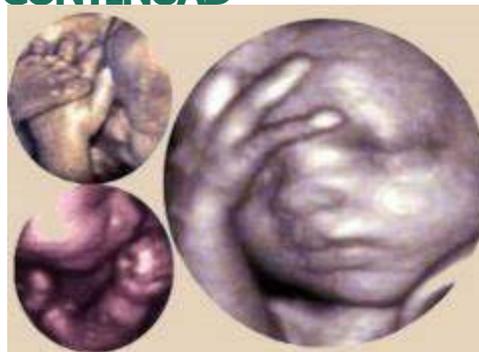
HORARIO:

Carga lectiva presencial 9 horas.

FORMACIÓN



CONTINUAD



INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16 ALUMNOS

**SOLICITUD ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

Mediante mail:
matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

SOCIOS Y VINCULADAS..... 70 €
NO SOCIOS: 120 €
EIR: 90 €

La ADMISIÓN al Curso se hará por
riguroso orden de solicitud y con
preferencia **ABSOLUTA** de los **SOCIOS**

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE



Acreditado por la Agencia de Acreditación de Formación
Continuada del S.N.S
Solicitada reacreditación





Justificación

El uso de la ecografía en las consultas de Matrona es un hecho que se viene generalizando, aprovechando la existencia de ecógrafos en los centros de salud.

Parece pertinente y lógico que termine por implantarse y desarrollarse en un mundo tan tecnológico, donde la imagen es un valor añadido de calidad en la atención.

Siempre dejando claro, que se trata de complementar y nunca suplantar la atención obstétrica que realizan los tocólogos en sus consulta. Se trata de sumar en todo momento, para que la atención a la mujer gestante, sea lo más completa y de calidad posible.

Según la Directiva de Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales 2005/36/CE de fecha 7 de septiembre de 2005, en su Sección 6 (Matrona), Artículo 42 (Ejercicio de las actividades de matrona), punto 2-b, **dice textualmente, que la matrona podrá: “Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal;**

Realizar los exámenes necesarios para la supervisión del Desarrollo de los embarazos normales”.

Y en su punto 2-e, dice textualmente que la matrona podrá: “prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y Supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados”.

Las matronas deben tener una participación activa en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil. En estos programas la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de su salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la «Estrategia del parto normal» aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2007.

El perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que se contiene en este programa formativo, se ha ajustado a las directrices derivadas, de la Confederación Internacional de Matronas, a las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que se refiere a las actividades profesionales que, como mínimo, deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la salud de la mujer.

Por otra parte, la formación continuada, es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de grado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. LOPS. Artículo 33.1

**FORMACIÓN
CONTINUAD
A**



OBJETIVO:

Aprendizaje de conocimientos, teóricos y prácticos a las matronas para poder realizar una valoración competente del feto intra-útero, biometría, presentación, posición y anejos fetales (líquido amniótico, cordón y placenta)

**CONTENIDOS DEL PROGRAMA DEL CURSO BÁSICO
DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS :**

- **Ecografía obstétrica.**
- **Inicios, aspectos básicos,**
- **Instrumentación.**
- **Aspectos**
- **Éticos y psicosociales**

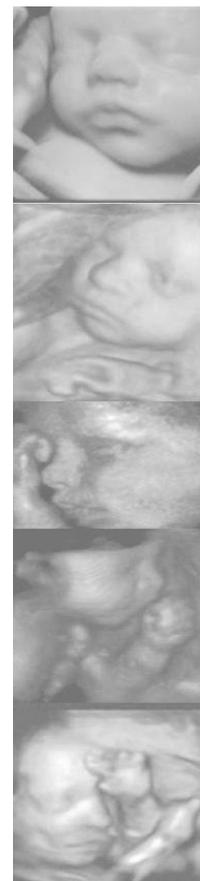
- **Ecografía primer trimestre de embarazo.**
Complicaciones primeras semanas de gestación. Limitaciones y resultados de la ecografía obstétrica (Teórica)

- **Ecografía captación (Practica)**
- **Gestantes entre Semana 8-12 de gestación**

- **Ecografía segundo trimestre . Estudio anatómico fetal.** (Teoría)
- **Ecografía segundo trimestre (Practica)**

- **Ecografía tercer trimestre (Teórica)**
- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 24- 28 de gestación:**
- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 30- 32 de gestación:**
- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 36-38 de gestación:**

- Conclusiones.**
- Ruegos y preguntas.**
- Resumen puntos Importantes.**



Bonjesta® 20 mg/20 mg comprimidos de liberación modificada

hidrogenosuccinato de doxilamina/piridoxina hidrocloreuro

El efecto de la
Liberación

**Nuevo tratamiento de PRIMERA LÍNEA
para las náuseas y los vómitos en el embarazo¹**

**Recubrimiento multicapa
de liberación inmediata**

Doxilamina 10 mg
Piridoxina 10 mg



**Núcleo gastroresistente que
se libera a nivel intestinal**

Doxilamina 10 mg
Piridoxina 10 mg

**Presenta un inicio de acción más rápido²
Menor número de comprimidos al día³**



- Cómoda posología³.
- Mejora la adherencia⁴.
- Mejora la **calidad de vida**⁴.
- Sin gluten, sin lactosa y sin sacarosa³.

Bonjesta 20 mg/20 mg comprimidos
de liberación modificada

20 comprimidos
CN: 762472,1

Bonjesta 20 mg/20 mg comprimidos
de liberación modificada

10 comprimidos
CN: 762471,4

REFERENCIAS:

1. Porsani M, Otri J, Walker M. Should doxylamine-pyridoxine be used for nausea and vomiting of pregnancy? J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(6):343-348. doi:10.1016/S1701-2163(15)30611-3. 2. Abouar C, Insola M, Rion E, et al. Comparative bioequivalence profiles of two anti-emetic delayed release dosage forms of doxylamine and pyridoxine: Controlled tablets vs. Controlled capsules. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022;26(12):4429-4436. doi:10.26355/eurj.2022.26.12.4429. 3. Ficha Técnica Bonjesta 20 mg/20 mg comprimidos de liberación modificada. <https://www.exeltis.com/Exeltis/Exeltis/Ficha%20t%C3%A9cnica%20Agosto%2023>. 4. Costantini MN, Matok I, Givoni G, et al. Determinants of adherence to delayed-release doxylamine and pyridoxine in patients with nausea and vomiting of pregnancy. Ther Drug Monit. 2012;34(5):509-513. doi:10.1097/FTD.0b013e31826e7997

BONJ-PUBL-0923

1. MEDICAMENTO: Bonjesta 20 mg/20 mg comprimidos de liberación modificada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido de liberación modificada contiene 20 mg de hidrogenosuccinato de doxilamina y 20 mg de piridoxina hidrocloreto. Este medicamento se compone de un núcleo con recubrimiento entérico que contiene 10 mg de hidrogenosuccinato de doxilamina y 10 mg de piridoxina hidrocloreto y un recubrimiento multicapa de liberación inmediata que contiene 10 mg de hidrogenosuccinato de doxilamina y 10 mg de piridoxina hidrocloreto. **Excipientes con efecto conocido:** Cada comprimido contiene 0,008 mg rojo allura AC (E129), un colorante azoico. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido de liberación modificada. Rosa, redondo, recubierto por una película con una imagen en rosa de una mujer embarazada en una cara y la letra "D" en la otra. El tamaño del comprimido es de aproximadamente 9 mm de diámetro y 4 mm de grosor. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1 Indicaciones terapéuticas.** Este medicamento está indicado para el tratamiento sintomático de las náuseas y vómitos del embarazo (NVP) en mujeres embarazadas ≥ 18 años que no responden al tratamiento conservador (por ejemplo, cambios en el estilo de vida y la dieta). Limitaciones de uso: La combinación doxilamina/piridoxina no ha sido estudiada en caso de hiperémesis gravídica (ver sección 4.4). **4.2 Posología y forma de administración. Posología:** La dosis inicial recomendada de este medicamento es de un comprimido (20 mg/20 mg) a la hora de acostarse en día 1 y día 2. Si los síntomas no se controlan adecuadamente el día 2, la dosis se puede aumentar el día 3 a un comprimido adicional (20 mg/20 mg) por la mañana y un comprimido (20 mg/20 mg) a la hora de acostarse (un total de dos comprimidos al día). La dosis máxima recomendada es de dos comprimidos al día, uno por la mañana y otro al acostarse (para una dosis máxima diaria de 40 mg/40 mg). Este medicamento debe tomarse como prescripción diaria y no según sea necesario. Se debe reevaluar la necesidad continua de Bonjesta a medida que avanza el embarazo. Algunas mujeres pueden lograr controlar los síntomas con dosis intermedias de 30 mg/30 mg. Esta dosis no se puede alcanzar con Bonjesta 20 mg/20 mg. Están disponibles otras presentaciones de hidrogenosuccinato de doxilamina/piridoxina hidrocloreto que ofrecen una mayor flexibilidad para ajustar la dosis de acuerdo con la gravedad de los síntomas. Con Bonjesta 20 mg/20 mg en comprimidos de liberación modificada, la dosis diaria máxima recomendada de 40 mg/40 mg, consistente en solo dos comprimidos al día. Para evitar una reaparición repentina de las náuseas y los vómitos del embarazo, se recomienda una reducción gradual de la dosis de Bonjesta en el momento de la interrupción del tratamiento. **Insuficiencia hepática:** No se han realizado estudios farmacocinéticos en pacientes con insuficiencia hepática. Sin embargo, se recomienda precaución ya que, debido al potencial de metabolismo reducido, existe la posibilidad de un ajuste de la dosis (ver sección 4.4). **Insuficiencia renal:** No se han realizado estudios farmacocinéticos en pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo, se recomienda precaución ya que debido al potencial de acumulación de metabolitos, existe la posibilidad de un ajuste de dosis (ver sección 4.4). **Población pediátrica:** No se recomienda el uso de este medicamento en niños menores de 18 años debido a la falta de datos clínicos (ver sección 5.1). **Forma de administración:** Vía oral. Bonjesta debe administrarse con el estómago vacío y un vaso de agua (ver sección 4.5). Los comprimidos gastroresistentes se deben tragar enteros y no se deben triturar, partir ni masticar para conservar las propiedades gastroresistentes. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Uso concomitante con inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) o uso de este medicamento hasta 14 días después de la interrupción de los IMAOs (ver sección 4.5). Porfirias. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Este medicamento puede provocar somnolencia debido a las propiedades anticolinérgicas del hidrogenosuccinato de doxilamina, un antihistamínico (ver sección 4.8). No se recomienda el uso de este medicamento en mujeres que estén tomando simultáneamente depresores del sistema nervioso central (SNC), incluido el alcohol (ver sección 4.5). Este medicamento tiene propiedades anticolinérgicas y, por lo tanto, debe usarse con precaución en pacientes con: aumento de la presión intraocular, glaucoma de ángulo estrecho, úlcera péptica estenosante, obstrucción piloroduodenal y obstrucción del cuello de la vejiga, ya que los efectos anticolinérgicos de este medicamento pueden empeorar estas afecciones. Este medicamento también debe usarse con precaución en pacientes con asma u otros trastornos respiratorios, como bronquitis crónica y enfisema pulmonar. Se ha demostrado que los antihistamínicos reducen el volumen de las secreciones bronquiales y aumentan su viscosidad, dificultando la expectoración bronquial. Esto puede traducirse como una obstrucción respiratoria, que puede agravar estas condiciones. Por tanto, se debe prestar especial atención con estos pacientes. Este medicamento debe usarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática o renal. No hay datos disponibles. Sin embargo, en teoría, el metabolismo de la doxilamina y la piridoxina puede reducirse en presencia de insuficiencia hepática. Además, podría haber una acumulación teórica de metabolitos en presencia de insuficiencia renal. Este medicamento contiene piridoxina hidrocloreto, un análogo de la vitamina B6, por lo que deben evaluarse los niveles adicionales de la dieta y los suplementos de vitamina B6. La combinación doxilamina/piridoxina no ha sido estudiada en casos de hiperémesis gravídica; por lo tanto, se debe tener precaución. Estos pacientes deben ser tratados por un especialista. Se recomienda el tratamiento temprano de los síntomas relacionados con las náuseas matutinas típicas del embarazo, para prevenir la progresión a la hiperémesis gravídica (ver sección 4.1). Reacciones de fotosensibilidad: aunque no se observa con la doxilamina, con algunos antihistamínicos se ha observado un aumento de la sensibilidad de la piel a la luz solar, con fotodermatitis; por lo tanto, debe evitarse tomar el sol durante el tratamiento. Medicamentos ototóxicos: los antihistamínicos sedantes de la familia de la etanolamina, como la doxilamina, podrían enmascarar los signos de advertencia de daño causado por medicamentos ototóxicos como los aminoglucósidos antibacterianos, carboplatino, cisplatino, cloroquina y eritromicina, entre otros. Se debe tener especial cuidado en pacientes epilépticos, ya que los antihistamínicos se han asociado ocasionalmente con reacciones paradójicas de hiperexcitabilidad, incluso a dosis terapéuticas. Debido a la disminución de la sudoración causada por los efectos anticolinérgicos, los antihistamínicos pueden agravar los síntomas de deshidratación e insolación. Se deben tomar precauciones especiales en pacientes con síndrome de QT largo, ya que varios antihistamínicos pueden prolongar el mencionado intervalo QT, aunque este efecto no se ha observado específicamente con doxilamina a dosis terapéutica. Debe evaluarse la idoneidad del tratamiento de pacientes con hipotensión u otras alteraciones electrolíticas. El riesgo de abuso y drogodependencia de la doxilamina es bajo. Se debe vigilar cuidadosamente la aparición de signos que sugieran abuso o dependencia, especialmente en pacientes con antecedentes de trastornos por consumo de drogas. Ha habido informes de pruebas de detección de orina falsas positivas para metadona, opiáceos y fenciclidina fosfato (PCP) con el uso de hidrogenosuccinato de doxilamina/piridoxina hidrocloreto (ver sección 4.5). **Interferencia con las pruebas cutáneas de alergia.** Los antihistamínicos pueden suprimir la respuesta cutánea de la histamina a los extractos de alérgenos y deben suspenderse varios días antes de la prueba cutánea. Este medicamento contiene rojo allura AC (E129), un colorante azoico, que puede provocar reacciones alérgicas. Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por comprimido, esto es, esencialmente "exento de sodio". **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Interacciones conocidas o teóricas de los antihistamínicos de la familia de la etanolamina con:** Agentes anticolinérgicos (antidepresivos tricíclicos, IMAO, neurolepticos): puede incrementar su toxicidad debido a la suma de sus efectos anticolinérgicos. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) prolongan e intensifican los efectos anticolinérgicos de los antihistamínicos y está contraindicado el tratamiento concomitante con IMAOs o de este medicamento hasta 14 días después de la interrupción de los IMAOs (ver sección 4.3). Sedantes (barbitúricos, benzodiazepinas, agentes antipsicóticos, analgésicos opiáceos): pueden incrementar su acción hipnótica. No se recomienda el uso concomitante con depresores del sistema nervioso central (SNC), incluidos el alcohol, los sedantes hipnóticos y los tranquilizantes. La combinación puede provocar somnolencia intensa (ver sección 4.8). Medicamentos antihipertensivos con efecto sedante sobre el SNC (especialmente alfa-metildopa), ya que pueden intensificar el efecto sedante cuando se administra con antihistamínicos. Alcohol: en algunos estudios se ha observado un incremento de la toxicidad, con alteración de las capacidades intelectuales y psicomotora. El mecanismo no se conoce. No se aconseja el uso combinado de doxilamina y oxibato de sodio debido a su importante efecto depresor central. Medicamentos ototóxicos: los antihistamínicos sedantes de la familia de la etanolamina, como la doxilamina, podrían enmascarar los signos de alarma del daño causado por los fármacos ototóxicos como los antibióticos aminoglucósidos. Medicamentos fotosensibilizantes: el uso concomitante de antihistamínicos con otros agentes fotosensibilizantes como amiodarona, quinidina, imipramina, doxepina, amitriptilina, griseofulvina, clorfeniramina, piroxicam, furosemida, captopril entre otros puede causar efectos fotosensibilizantes aditivos. Debido a que varios antihistamínicos pueden prolongar el intervalo QT, aunque no se ha observado este efecto con doxilamina, debe evitarse el uso concomitante de medicamentos que prolonguen dicho intervalo (p. ej. antiarrítmicos, ciertos antibióticos, ciertos fármacos para la malaria, ciertos antihistamínicos, ciertos antilipídicos o ciertos agentes neurolepticos). Debido a la falta de datos, debe evitarse el uso concomitante de medicamentos inhibidores del citocromo P-450 como medida de precaución (p. ej. derivados del azol o macrólidos). Debe evitarse el uso concomitante de fármacos que provoquen alteraciones electrolíticas tales como hipopotasemia o hipomagnesemia (p. ej. ciertos diuréticos). Los efectos anticolinérgicos de la doxilamina, un componente de este medicamento, podrían conducir a falsos negativos en los ensayos cutáneos de hipersensibilidad con extractos alérgicos. Se recomienda discontinuar el tratamiento varios días antes de realizar el ensayo. **Interacciones conocidas o teóricas con piridoxina:** Reduce el efecto de la levodopa aunque no se produce si se administra concomitantemente con un inhibidor de la dopa descarboxilasa. Se ha descrito una reducción de los niveles plasmáticos de algunos antiépilépticos como fenobarbital y fenitoína. Algunos medicamentos como la hidroxizina, isoniazida o penicilamina pueden interferir con la piridoxina y pueden incrementar los requerimientos de la vitamina B6. **Alimentos.** Un estudio del efecto de los alimentos sobre este medicamento ha demostrado que puede producirse un retraso en el inicio de la acción y una reducción de la absorción cuando los comprimidos se toman con alimentos (ver sección 5.2). Por tanto, este medicamento debe tomarse con el estómago vacío y un vaso de agua (ver sección 4.2). **Interferencia con el análisis de orina para metadona, opiáceos y PCP.** El uso de hidrogenosuccinato de doxilamina/piridoxina hidrocloreto puede hacer que se den falsos positivos en las pruebas de detección de drogas en orina para metadona, opiáceos y PCP. En caso de obtener un resultado de inmunoensayo positivo se debe realizar una prueba de confirmación, como la espectrometría de masas por cromatografía de gases (GC-MS), para confirmar la identidad de la sustancia. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia. Embarazo.** Este medicamento está indicado en mujeres embarazadas. Una gran cantidad de datos sobre mujeres embarazadas, incluidos dos metaanálisis con más de 168.000 pacientes y 18.000 expuestas a la combinación de doxilamina/piridoxina durante el primer trimestre, indica que no hay toxicidad malformativa fetal del hidrogenosuccinato de doxilamina y la piridoxina hidrocloreto. **Lactancia.** El peso molecular del hidrogenosuccinato de doxilamina es lo suficientemente bajo como para esperar que pase a la leche materna. Se han notificado casos de excitación, irritabilidad y sedación en lactantes presuntamente expuestos al hidrogenosuccinato de doxilamina a través de la leche materna. Los bebés con apnea u otros síndromes respiratorios pueden ser particularmente vulnerables a los efectos sedantes de este medicamento, lo que da como resultado un empeoramiento de su apnea o afecciones respiratorias. La piridoxina hidrocloreto y sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se han notificado reacciones adversas en bebés presuntamente expuestos a la piridoxina hidrocloreto a través de la leche materna. Dado que los recién nacidos pueden ser más sensibles a los efectos de los antihistamínicos y a la irritabilidad y excitación paradójicas, no se puede excluir un riesgo para los recién nacidos/lactantes. No se recomienda este

medicamento durante la lactancia. Se debe decidir si interrumpir la lactancia o interrumpir/abstenerse del tratamiento con este medicamento teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio de la terapia para la mujer. **Fertilidad.** No hay datos disponibles en humanos. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Bonjesta sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es moderada. Este medicamento puede producir somnolencia y visión borrosa, especialmente durante los primeros días de tratamiento (ver sección 4.8). Por lo tanto, las pacientes deben evitar la realización de actividades que requieran un estado especial de alerta, tales como conducir o manejar maquinaria pesada, mientras usa este medicamento hasta que su médico lo autorice. **4.8 Reacciones adversas. a. Resumen del perfil de seguridad.** La información sobre reacciones adversas se deriva de ensayos clínicos y de la experiencia post-comercialización en todo el mundo. Existe una amplia experiencia clínica con respecto al uso de la combinación de medicamentos (hidrogenosuccinato de doxilamina y piridoxina hidrocloreuro). La reacción adversa notificada con más frecuencia ($\geq 5\%$ y excediendo la tasa en placebo) fue somnolencia en un ensayo doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo de 15 días de duración, que incluyó a 261 mujeres con náuseas y vómitos durante el embarazo (128 fueron tratadas con placebo y 133 con hidrogenosuccinato de doxilamina/piridoxina hidrocloreuro). **b. Listado tabulado de reacciones adversas.** El siguiente listado de reacciones adversas se basa en la experiencia de los ensayos clínicos y/o el uso post-comercialización, con este medicamento y otros medicamentos similares que contienen los mismos principios activos. Las reacciones adversas se presentan siguiendo la Clasificación de Órganos del Sistema MedDRA y utilizan las siguientes convenciones de frecuencia: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $<1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $<1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $<1/1.000$); muy raras ($<1/10.000$); no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). No se puede determinar la frecuencia de las reacciones adversas notificadas durante el uso post-comercialización, ya que se derivan de notificaciones espontáneas. En consecuencia, la frecuencia de estas reacciones adversas se califica como "desconocida". **c. Descripción de las reacciones adversas.** Puede producirse una somnolencia intensa si este medicamento se toma junto con depresores del SNC, incluido el alcohol (ver secciones 4.4 y 4.5). Los efectos anticolinérgicos de este medicamento pueden prolongarse e intensificarse con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (ver secciones 4.3 y 4.5). Los posibles efectos adversos anticolinérgicos asociados con el uso de antihistamínicos, en general, incluyen: sequedad de boca, nariz y garganta; disuria; retención urinaria; vértigo, alteraciones visuales, visión borrosa, diplopía, tinnitus; laberintitis aguda; insomnio; temblores, nerviosismo; irritabilidad; y discinesia facial. Se han notificado casos de opresión en el pecho, engrosamiento de las secreciones bronquiales, sibilancias, congestión nasal, sudoración, escalofríos, menstruaciones tempranas, psicosis tóxica, dolor de cabeza, desmayos y parestesia. En raras ocasiones, se han notificado casos de agranulocitosis, anemia hemolítica, leucopenia, trombocitopenia y pancitopenia, en unos pocos pacientes que recibieron algunos antihistamínicos. También se produjo un aumento del apetito y/o aumento de peso en pacientes que recibieron antihistamínicos.

Clasificación de Órganos del Sistema MeDRA	Reacciones adversas	Frecuencia
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Anemia hemolítica	Rara
Trastornos del sistema inmunológico	Hipersensibilidad	No conocida
Trastornos psiquiátricos	Confusión	Poco frecuente
	Agitación	Rara
	Ansiedad, desorientación, insomnio, irritabilidad, pesadillas	No conocida
Trastornos del sistema nervioso	Somnolencia	Muy frecuente
	Mareos	Frecuente
	Temblores, convulsiones	Rara
	Dolor de cabeza, migrañas, parestesia, hiperactividad psicomotora	No conocida
Trastornos oculares	Diplopía, glaucoma	Poco frecuente
	Visión borrosa, discapacidad visual	No conocida
Trastornos del oído y del laberinto	Tinnitus	Poco frecuente
	Vértigo	No conocida
Trastornos cardíacos	Palpitaciones, taquicardia	No conocida
Trastornos vasculares	Hipotensión ortostática	Poco frecuente
Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino	Aumento de la secreción bronquial	Frecuente
	Disfona	No conocida
Trastornos gastrointestinales	Sequedad de boca	Frecuente
	Nauseas, vómitos	Poco frecuente
	Distensión abdominal, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea	No conocida
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Reacciones de fotosensibilidad	Poco frecuente
	Hiperhidrosis, prurito, rash, rash maculopapular	No conocida
Trastornos renales y urinarios	Disturia, retención urinaria	No conocida
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Fatiga	Frecuente
	Astenia, edema periférico	Poco frecuente
	Malestar en el pecho, malestar	No conocida

Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: (www.notificaram.es). **4.9 Sobredosis.** Este medicamento tiene una formulación de liberación modificada, los signos y síntomas pueden no aparecer de forma inmediata. **Síntomas.** Los signos y los síntomas de sobredosis pueden incluir inquietud, sequedad de boca, pupilas dilatadas, somnolencia, vértigo, confusión mental y taquicardia. A dosis tóxicas, la doxilamina presenta efectos anticolinérgicos, que incluyen convulsiones, rabdomiólisis, insuficiencia renal aguda, arritmias, torsades de pointes y muerte. **Gestión.** En caso de sobredosis, el tratamiento consiste en lavado gástrico o carbón activo, irrigación de todo el intestino y tratamiento sintomático. El manejo debe estar de acuerdo con las pautas de tratamiento establecidas. **Población pediátrica.** Se han informado muertes por sobredosis con doxilamina en niños. Los casos de sobredosis se han caracterizado por: coma, convulsiones de gran mal y parada cardiorrespiratoria. Los niños parecen tener un alto riesgo de parada cardiorrespiratoria. Se ha informado una dosis tóxica para niños de más de 1,8 mg/kg. Un niño de 3 años murió 18 horas después de ingerir 1.000 mg de hidrogenosuccinato de doxilamina. Sin embargo, no existe correlación entre la cantidad de doxilamina ingerida, el nivel plasmático de doxilamina y la sintomatología clínica. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes.** Núcleo del comprimido: celulosa microcristalina, trisilicato de magnesio, croscarmelosa sódica, estearato de magnesio, sílice coloidal anhidra.

Recubrimiento: hipromelosa (E464), copolímero del ácido metacrílico-acrilato de etilo (1:1), talco (E553b), sílice coloidal anhidra, hidrogenocarbato de sodio (E500), laurilsulfato de sodio (E487), citrato de trietilo, poli (alcohol vinílico) (mono 1961), dióxido de titanio (E171), macrogol (E1521), óxido de hierro rojo, emulsión de simeticona. Encerado: cera de camauba. Tinta de impresión: goma laca (E904), rojo Allura AC (E129), propilenglicol (E1520), índigo de camú (E132), simeticona, hidróxido de amonio 28% (E527). **6.2 Incompatibilidades.** No procede. **6.3 Período de validez.** 4 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de OPA/Aluminio/PVC/Aluminio. Tamaños de envase de 10, 20, 30 y 40 comprimidos de liberación modificada. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Ningún requerimiento especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Exeltis Healthcare, S.L. Avenida de Miralcampo, 7. Polígono Industrial Miralcampo. 19200 Azuqueca de Henares. Guadalajara. España. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 88.756. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Marzo 2023. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 01/2023. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (<http://www.aemps.gob.es>). **11. PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Bonjesta 20 mg/20 mg comprimidos de liberación modificada – 10 comprimidos: PVP 18,16 €; PVP IVA 18,89 €. Bonjesta 20 mg/20 mg comprimidos de liberación modificada – 20 comprimidos: PVP 33,55 €, PVP IVA 34,89 €. **12. REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. No reembolsado por el SNS.

+ de 44 AÑOS + de 44 LOGROS





www.aesmatronas.com



Info
MATRONAS

