

Artículo original

Dolor persistente posparto. Tratamiento con procaína subdérmica (terapia neural)

Postpartum chronic pain. Subdermal procaine treatment – neural therapy

Celia Vall-Toscas¹, Eva M. Sardá-Barea², Cristina Martínez-Bueno³, Ana Zaragoza-Marfà¹

¹Matrona. Coordinadora del ASSIR Muntanya de Barcelona. ²Obstetra-ginecóloga. Coordinadora del ASSIR Muntanya de Barcelona. ³Matrona. Responsable del ASSIR Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. ASSIR de Barcelona

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de la administración de procaína subdérmica en bajas dosis en la cicatriz del parto vaginal o por cesárea para el alivio del dolor persistente posparto.

Pacientes, material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de abril de 2014 a marzo de 2016, en mujeres con dolor persistente después de 10 días posparto. Se valoraron: variables demográficas, variables clínicas y obstétricas, motivo de consulta, grado del dolor según la escala visual analógica (EVA), y número de dosis de tratamiento recibidas y coste por dosis. El tratamiento utilizado fue la inyección subdérmica con procaína (1 mg/kg) en sesiones quincenales, hasta conseguir un dolor ≤ 1 según la EVA.

Resultados: Se estudiaron 168 mujeres. La media de dolor antes del tratamiento fue de 5,52 en la escala EVA y de 0,17 al final, con una $p < 0,001$. La edad mostró diferencias significativas interpacientes con una $p < 0,001$, donde las pacientes mayores de 40 años tuvieron una valoración inicial del dolor más alta y por tanto necesitaron más sesiones, aunque también consiguieron un grado de dolor ≤ 1 . El 80,9% de las pacientes terminaron el tratamiento a los 30 días con la tercera sesión.

Conclusión: La aplicación de procaína subdérmica está asociada a la disminución del dolor persistente posparto.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Puerperio, dolor, posparto, procaína, terapia neural.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres han manifestado la necesidad de recibir más atención sanitaria durante el puerperio para un óptimo cuidado del recién nacido y una mejor adaptación

ABSTRACT

Objective: To evaluate effectiveness of low doses of subdermal procaine administered into vaginal labor and C-section scars to alleviate persistent postpartum pain.

Subjects, materials and methodology: Observational and prospective study carried out from April 2014 to March 2016 in 171 women suffering from persistent pain after 10 days of postpartum. Variables taken into account: demographics, clinical and obstetric differences, pain level according to the Visual Analogue Scale (VAS), amount of doses of treatment, and cost per dose. The treatment used was one subdermal injection of procaine (1 mg/kg) every two weeks until achieving a pain level of ≤ 1 according to the VAS.

Results: 168 women were studied. The average pain level before treatment was 5.52 according to the VAS, and 0.17 after treatment ($p < 0.001$). Age was one of the most significant differences among patients with a $p < 0.001$. Patients over 40 assessed their initial pain at a higher level and therefore needed more doses. However, they also achieved a pain level of ≤ 1 . 80.9% of patients finished their treatment after 30 days with their third dose.

Conclusion: Applying subdermal procaine has shown to be effective in treating persistent postpartum pain.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Postpartum, pain, procaine, neural therapy.

a la nueva familia, siendo la fatiga y el dolor los factores más limitantes^{1,2}. El dolor en el posparto se trata habitualmente de forma restringida con antiinflamatorios no esteroideos o paracetamol³⁻⁵ por el temor al paso a la

Presentación tipo póster en el IV Congrès de l'Associació Catalana de Llevadores-XV Congreso de la Federación de Matronas de España-2nd ICM Southern European Region Conference. Tarragona, mayo de 2016.

Vall-Toscas C, Sardá-Barea EM, Martínez-Bueno C, Zaragoza-Marfà A. Dolor persistente posparto. Tratamiento con procaína subdérmica (terapia neural). Matronas Prof. 2016; 17(4): 143-148.

Fecha de recepción: 2/05/15. Fecha de aceptación: 8/07/16.

Correspondencia: Celia Vall-Toscas.
Centro de Salud Sant Andreu. Av. Meridiana 428, 6.º. 08030 Barcelona.
Correo electrónico: celiavallt@gmail.com

leche materna, y se considera que remite espontáneamente al final de la primera semana, pero en algunas mujeres persiste más allá de los 10 días posparto.

En otras cirugías se ha descrito la cronificación del dolor por la perpetuación del estímulo doloroso desde la cicatriz hasta los receptores del asta posterior de la médula, creando un bucle de estimulación que se mantiene durante años con mayor o menor intensidad, y que no responde a las pautas analgésicas habituales^{6,7}. En el tratamiento del dolor crónico se ha utilizado la infiltración subdérmica de anestésicos locales como procaína o lidocaína, que consiguen la recuperación del equilibrio en la transmisión nerviosa y el potencial de membrana celular, con una disminución progresiva y permanente del dolor⁸⁻¹³.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de la administración de procaína subdérmica en bajas dosis en la cicatriz del parto vaginal o cesárea, para el alivio del dolor persistente después de los 10 días posparto.

PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y prospectivo desde abril de 2014 a marzo de 2016 en la consulta de terapia neural del servicio de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva (ASSIR) de la zona Muntanya de Barcelona. En este periodo se atendieron 184 pacientes, de las cuales cumplieron los criterios de inclusión 171. Se excluyeron aquellas pacientes que no consultaban por dolor posparto (4 patología ginecológica y 9 patología de mama).

Se propuso el tratamiento a pacientes candidatas que, después de recibir la información, firmaron el consentimiento informado, que fue incorporado a la historia clínica compartida informatizada. El tratamiento administrado fue procaína al 1% (1 mg/kg) por vía subdérmica, con aguja de 0,4 × 40 mm, en las cicatrices y puntos de máximo dolor de la zona afectada. Este tratamiento siempre fue administrado por el profesional responsable del estudio. Las pacientes fueron visitadas cada 14 días para valorar el grado de dolor y necesidad de nueva dosis, que fue administrada hasta que la escala visual analógica (EVA) fue ≤1. Se calculó también el coste por sesión.

Criterios de inclusión

Mujeres mayores de edad con dolor en la zona de la cicatriz más allá de los 10 días de un parto vaginal o cesárea, que limitaba su vida normal o las relaciones sexuales.

Fueron excluidas aquellas pacientes con diagnóstico de patología ginecológica, alergia a la procaína o anestésicos locales del grupo éster, antecedentes de epilepsia, patología psiquiátrica, síndromes depresivos, incapacidad

para tomar decisiones, y aquellas que rechazaron el tratamiento o el consentimiento para ser incluidas en el estudio.

Variables de estudio

- Datos demográficos: edad, país de procedencia, nivel de estudios.
- Datos clínicos: número de partos, fecha del último parto, tipo de parto, tipo de herida, peso del recién nacido, motivo de consulta y tiempo desde el parto al inicio del tratamiento.
- Grado del dolor según la EVA, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor, antes de la administración del tratamiento en cada visita.
- Número de dosis de tratamiento recibidas.

Recogida de datos

Un profesional diferente al que administraba el tratamiento realizó la recogida de datos durante la consulta. Se elaboró un libro identificado como: «Libro de terapia neural».

Aspectos éticos

Este estudio cumple con los criterios de la ética, valor científico, consentimiento informado para la participación y confidencialidad según los principios éticos de la Declaración de Helsinki¹⁴.

Las participantes fueron informadas de manera clara y completa de la recogida de datos, y se solicitó su consentimiento de forma oral. Se garantizó la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal¹⁵.

Este estudio se ha realizado en el marco de la práctica clínica habitual y no ha recibido financiación externa.

Análisis estadístico

Las variables continuas se presentan como medias y desviación estándar (DE), y las variables categóricas como número y porcentaje (%). El análisis de la variable grado de dolor (EVA) fue realizado con el modelo lineal general para datos apareados con prueba de esfericidad de Mauchly como prueba de normalidad. El nivel de significación fue definido para una $p=0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS (V20).

RESULTADOS

Se estudiaron 168 mujeres. Durante el estudio fueron excluidas 3 pacientes por imposibilidad de seguimiento.

En la tabla 1 se muestran los datos demográficos de edad, procedencia y nivel de estudios y de las variables

Tabla 1. Datos demográficos y variables clínicas relevantes

Sujetos de estudio: 168	
Edad media, años (DE)	32,44 (6)
Procedencia: frecuencia (%)	
Autóctona	111 (66,1)
Europa	7 (2,1)
Magreb y África subsahariana	6 (3)
Iberoamérica	37 (22)
Asia	7 (4,2)
Nivel de estudios: frecuencia (%)	
Educación primaria	13 (7,7)
ESO / grado medio	32 (19)
Bachillerato / grado superior	54 (31)
Universitarios	69 (41,1)
Número de partos: frecuencia (%)	
1	125 (74,4)
2	40 (23,8)
3	3 (1,8)
Tipo de parto: frecuencia (%)	
Eutócico	77 (45,8)
Espátulas	7 (4,2)
Fórceps	46 (27,4)
Vacuum	5 (3)
Cesárea	33 (19,6)
Tipo de herida: frecuencia (%)	
Desgarro	18 (10,7)
Episiotomía	93 (55,4)
Episiotomía + desgarro	24 (14,3)
Pfannenstiel/Cohen	33 (19,6)
Peso del recién nacido: media en g (mínimo-máximo)	3.298 (1.750-4.700)
Motivo de consulta: frecuencia (%)	
Dolor en cicatriz de parto vaginal	119 (70,8)
Dolor en cicatriz de cesárea	25 (14,9)
Dolor en las relaciones sexuales	24 (14,3)
Número de dosis: frecuencia (%)	
1	44 (26,2)
2	53 (31,5)
3	39 (23,2)
4	14 (8,3)
5	18 (10,7)

DE: desviación estándar; ESO: educación secundaria obligatoria.

Tabla 2. Valoración del grado de dolor en cada visita

Tiempo de valoración	Grado de dolor Media (DE)	p
T0	5,52 (2,2)	<0,001
T1	2,56 (2,2)	<0,001
T2	1,04 (1,5)	<0,001
T3	0,36 (1,0)	<0,001
T4	0,17 (0,6)	<0,005

DE: desviación estándar; p: nivel de significación 5%; T: orden de las visitas.

clínicas del número de partos, tipo de parto, tipo de herida, peso del recién nacido, motivo de consulta y número de dosis recibidas.

Las variables de procedencia, nivel de estudios, número de partos, tipo de parto, tipo de herida, peso del recién nacido, motivo de consulta y número de dosis recibidas no demostraron influencia en la disminución del grado de dolor.

En la tabla 2 se exponen las medias y DE de la variable del grado de dolor (EVA) en las diferentes mediciones (T0, T1, T2, T3 y T4). Una vez aplicado, el modelo lineal general mostró diferencias significativas entre las medias con una $p < 0,001$ entre T0, T1, T2 y T3 y una $p < 0,005$ entre T3 y T4. El valor medio del grado de dolor se redujo en más de un 50% en cada nueva valoración respecto a la sesión previa.

Sólo la edad mostró diferencias significativas ($p < 0,009$) en la valoración inicial del dolor y en la respuesta al tratamiento. Para analizar las causas de este hallazgo, agrupamos la variable edad en tres grupos: 1) de 18 a 30 años; 2) de 31 a 40 años, y 3) mayores de 40 años (tabla 3), y se constató que las pacientes por encima de 40 años tuvieron una media más alta en la valoración inicial del dolor y necesitaron más sesiones.

Según muestra la tabla 4, donde se recogen las dosis recibidas en función de los grupos de edad definidos previamente, las mujeres de edad superior a los 40 años necesitaron más sesiones para conseguir la desaparición del dolor.

Otro beneficio encontrado en nuestro estudio es el bajo coste de este tratamiento, ya que fue entre 1 y 5 euros por paciente. La tabla 5 muestra el coste final del material fungible y medicación por cada sesión, que fue de 0,83 euros.

En la figura 1 se expone la distribución de pacientes según el número de dosis que necesitaron para conseguir la disminución del dolor hasta llegar a un grado de EVA ≤ 1 . Se constató que el 80,9% de las pacientes terminaron el tratamiento a los 30 días con la administra-

Tabla 3. Media del grado de dolor por edades agrupadas

Edad	T0 Media (DE)	T1 Media (DE)	T2 Media (DE)	T3 Media (DE)	T4 Media (DE)
18 a 30 años	5,36 (2,09)	1,80 (1,95)	0,55 (1,13)	0,11 (0,49)	0,00 (0,00)
31 a 40 años	5,48 (2,33)	2,85 (2,20)	1,22 (1,69)	0,44 (1,21)	0,23 (0,72)
41 a 55 años	6,90 (2,27)	3,70 (2,71)	1,90 (2,02)	1,00 (1,70)	0,50 (0,97)

DE: desviación estándar; T: orden de las visitas.

Tabla 4. Número de dosis recibidas según la edad de las pacientes

Edad	1 dosis	2 dosis	3 dosis	4 dosis	5 dosis
18 a 30 años (n= 55)	20 (36,4%)	21 (38,2%)	9 (16,4%)	3 (5,5%)	2 (3,6%)
31 a 40 años (n= 103)	22 (21,4%)	30 (29,1%)	30 (29,1%)	9 (8,7%)	12 (11,7%)
>40 años (n= 10)	2 (20,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	4 (40,0%)

n: número de pacientes.

Tabla 5. Coste económico del material fungible y la medicación por sesión

Unidades	Material y medicación	Precio (€)
2	Guantes de nitrilo no estéril	0,08
5	Gasa no estéril	0,02
1	Jeringa de 5 mL	0,03
1	Aguja: 20G 0,9 × 25 mm para carga	0,01
2	Aguja: 27G 0,4 × 40 mm para inyección	0,04
1	Clorhexidina al 2%, 10 mL	0,04
1	Suero fisiológico, 10 mL	0,15
1	Procaína al 2%, 5 mL	0,46
Total por sesión		0,83

G: gauge o grosor de la aguja.

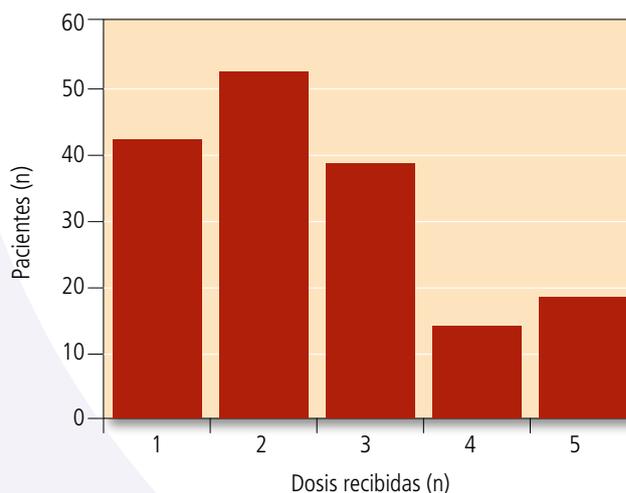


Figura 1. Distribución de pacientes según el número de dosis recibidas hasta la disminución del dolor a EVA ≤1

ción de 1-3 dosis, consiguiendo la eliminación del dolor persistente después de meses o años con dolor.

DISCUSIÓN

Este estudio ha demostrado la efectividad de la aplicación de procaína subdérmica para el tratamiento del dolor persistente en las cicatrices del parto.

En la encuesta de satisfacción del proceso de embarazo, parto y puerperio que el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya realiza bianualmente sobre la población general, se evidenció que el puerperio es una época en la que la mujer demanda más atención¹. Ya en 2008, Declercq et al.² valoraron los motivos del malestar en el puerperio y constataron que, junto con la fatiga, el dolor es el factor más limitante para poder cui-

dar al recién nacido y adaptarse a la nueva familia. En el presente estudio se consiguió mejorar la calidad de vida de las pacientes desde la primera sesión del tratamiento con procaína.

Desconocemos el motivo por el cual las pacientes mayores de 40 años tuvieron una valoración inicial del dolor más alta y requirieron un mayor número de sesiones. La sospecha de que estas pacientes por educación social asumen el dolor posparto como normal y tardan más tiempo en pedir ayuda no se demostró en este estudio, ya que no encontramos diferencias significativas entre los días posparto hasta el inicio del tratamiento y la mejoría del dolor en ninguna de las franjas de edad estudiadas. El tiempo hasta el inicio del tratamiento varió de los 10 días hasta los 7 años después del último parto. Una limitación para este resultado puede ser que

sólo hubo 10 mujeres en esta franja de edad en la muestra estudiada, y desconocemos si la ampliación de la *n* en este grupo podría cambiar los resultados. Sin embargo, la población de esta edad con criterios de inclusión para este estudio es menor, ya que los embarazos en mujeres mayores de 40 años son menos frecuentes que en las franjas de edades inferiores.

El «Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y atención al recién nacido» del Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya hace referencia a la evaluación del dolor y la analgesia, proponiendo la administración de antiinflamatorios no esteroideos para el tratamiento del dolor en el puerperio³. Otras pautas descritas son el paracetamol o el ibuprofeno^{4,5}, considerando que el dolor remite espontáneamente al final de la primera semana tras el parto. Sin embargo, en este estudio tratamos a pacientes con pautas analgésicas de alta hospitalaria que no resultaron efectivas, incluyendo a pacientes que habían sido estudiadas y tratadas por dolor persistente en los 7 años posparto sin resultado. Nosotros no modificamos los tratamientos antiinflamatorios que las pacientes seguían en cada momento; por tanto, desconocemos si una pauta controlada de analgésicos orales hubiera mejorado nuestros resultados. Sin embargo, los diferentes tratamientos estándar en el puerperio mostraron una evidencia científica débil según la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad*, con una efectividad similar a la aplicación de frío local⁶.

La administración subdérmica de procaína para el tratamiento del dolor es conocida como «terapia neural en su abordaje segmental». La inyección de procaína en baja concentración en las fibras nerviosas irritadas actúa como un dieléctrico de 290 mV, con un efecto repolarizador y estabilizador de la membrana celular que permite una estabilización de la célula y la recuperación de la función interferida en los circuitos del sistema nervioso vegetativo (SNV) y, por tanto, de los tejidos.

El SNV inerva la musculatura lisa, los órganos, los vasos sanguíneos y las glándulas de todo el organismo, y tiene un control regulador sobre las funciones viscerales ajustando el comportamiento somático para una respuesta rápida ante estímulos externos (sistema simpático), o para las funciones de reposo y regeneración (sistema parasimpático). El SNV se encuentra muy presente en la piel, facilitando su accesibilidad para el tratamiento⁷⁻¹⁰. Existen numerosos trabajos que demuestran su eficacia en diversas patologías, basados en la acción de los anestésicos locales que bloquean reversiblemente la conducción nerviosa cuando son aplicados localmente en el tejido nervioso¹¹⁻¹³. No hemos encon-

trado referencias bibliográficas específicas sobre el tratamiento del dolor posparto. Las posibles causas están en la poca sensibilización de los profesionales sanitarios para tratar este dolor que está asumido como normal por la sociedad, de modo que sólo valoran el dolor en el puerperio inmediato. Otra posible causa es el miedo del paso de medicamentos a la leche materna, lo que predispone a los profesionales a una restricción injustificada de pautas analgésicas. En relación con el riesgo de la procaína en la lactancia tras valorar la ficha técnica de la procaína¹⁶, y tras consultar al servicio de farmacología clínica, optamos por realizar la técnica después de la toma o esperar 30 minutos después del tratamiento por la corta vida media de la procaína¹⁷. En octubre de 2015, Weinschenk et al. presentaron en el Fórum Internacional de Terapia Neural en Viena las conclusiones de un estudio en el que no se detectó procaína en la leche materna, pero el estudio aún no se ha publicado.

Por otra parte, la procaína es un anestésico local utilizado en intervenciones quirúrgicas en lactantes por su corta vida media y ausencia de efectos secundarios^{18,19}.

Aparte del bajo coste de este tratamiento, hay un ahorro no calculado en tratamientos analgésicos orales de larga duración y en exploraciones complementarias que se realizan buscando las causas de este dolor. También debemos tener en cuenta la angustia de las pacientes en el proceso del estudio, que en la mayoría de casos no tienen un diagnóstico final claro.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio reflejan que la aplicación de procaína subdérmica se asoció a una disminución del dolor persistente después de un parto, con una media de 2,4 sesiones, independientemente del tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento, y que esto se consiguió con un bajo coste económico y proporcionando una mejoría importante en la calidad de vida de las mujeres.

Serían necesarios estudios con un mayor número de pacientes para valorar las diferencias en el efecto de esta terapia en mujeres mayores de 40 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agència de Salut Pública de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya. 2014. (Último acceso: 2 de octubre de 2015.) Disponible en: <http://www.gencat.cat/salutpublica>
2. Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of national survey. *Birth*. 2008; 35(1): 16-24.
3. Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya. Protocol d'assistència al part i al puerperi i atenció al nadó. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.

4. Chou D, Abalos E, Gyte GM, Gülmezoglu AM. Drugs for perineal pain in the early postpartum period: generic protocol. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Revisión Cochrane. 2013; 31: 1
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2014.
6. Álvaro T, Noguera-Salvá R, Fariñas F. La matriz extracelular: morfología, función y biotensegridad (parte I). Rev Esp Patol. 2009; 42(4): 249-61.
7. Chamero A. Los anestésicos locales. Máster en terapia neural y odontología neurofocal de la Universitat de Barcelona, 2015. (Último acceso: 18 de enero de 2016.) Disponible en: <http://www.terapianeural.com>
8. Pogatzki-Zahn EM, Zahn PK, Brennan TJ. Postoperative pain –clinical implications of basic research. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2007; 21(1): 3-13. (Último acceso: 18 de enero de 2016.) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
9. Vinyes D. ¿Qué es la terapia neural? (Último acceso: 3 de febrero de 2016.) Disponible en: <http://www.terapianeural.com>
10. Vinyes D. Neuralterapia. Máster en Medicina Regenerativa y Antienvejecimiento, 1.ª ed. Valencia: Alfa Delta Digital, 2015.
11. Loriz O, Raya A, Pérez D, Girona A, Vinyes D, Puente de la Vega K. Estudio de intervención sobre dolor subagudo y crónico en atención primaria: una aproximación a la efectividad de la terapia neural. Aten Primaria. 2011; 43(11): 604-10.
12. Weinschenk S. Neural therapy –a review of the therapeutic use of local anesthetics. Acupuncture and Related Therapies. 2012; 1: 5-9. (Último acceso: 2 de marzo de 2016.) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
13. Egli S, Pfister M, Ludin SM, Puente de la Vega K, Busato A, Fischer L. Long-term results of therapeutic local anesthesia (neural therapy) in 280 referred refractory chronic pain patients. BMC Complement Altern Med. 2015; 15: 200.
14. Asociación Médica Mundial-Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 2010. (Último acceso: 15 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica>
15. Agencia Española de Protección de Datos. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 2011. (Último acceso: 12 de enero de 2014.) Disponible en: <https://www.agpd.es>
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2012. (Último acceso: 10 de enero de 2014.) Ficha técnica de Procaína Serra®. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
17. Aguilera C. Consulta sobre la teratogénea de la procaína a l'alletament. Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona, 2015.
18. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. Drugs in Pregnancy and Lactation, 9.ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins, 2011.
19. Miller RD. Anestesia, 8.ª ed. Elsevier España, 2015.

Agradecimiento de «Matronas Profesión»

El Comité Editorial de la revista *Matronas Profesión* desea agradecer muy sinceramente la colaboración desinteresada a los siguientes expertos, que han participado en la revisión de manuscritos durante el año 2016.

Consuelo Álvarez Plaza
Paula Amorós Ferrer
Ainoa Biurrun Garrido
Gloria Boal Herranz
Esther Crespo Mirasol
Concepción Cuenca Calabuig
José Ramón Escuriet Peiró
Gemma Falguera Puig
Lidia Francés Ribera

Antonio Hernández Martínez
Rosa Gil Bello
Blanca Giménez Alcántara
Roser Gol Gómez
Mónica Isidro Albaladejo
Encarnación Martínez García
Assumpta Prats Oliveras
Amalia Puga Martínez
Eusebia Romano Santos

María Dolores Ruiz Berdún
Gloria Seguranyes Guillot
Carmen Terré Rull
Sonia Uceira Rey
Eva Vázquez Segura
Casilda Velasco Juez
Mercedes Vicente Hernández
Helena Viñas Llebot