



INFORM



Matronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Febrero 2017 Nº 11

COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN QUE ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO CUELTAN QUE NOTICIAS BREVES
 DICEN QUE HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 PASANDO NOTICIA BREVES DICEN QUE
 CUENTAN QUE HEMOS LEIDO
 NOTICIAS INFORMACION DICEN
 ESTÁ PASANDO
 QUE CUENTA
 COMPARTIMOS
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO
 COMPARTIMOS
 NOTICIAS BREVES
 NOTICIAS
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 DICEN QUE
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 CUENTAN QUE
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN
 QUE CUENTAN QUE NOTICIAS
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES INFORMACION
 QUE NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO
 DICEN QUE





Presentación

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

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

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

INFOMATRONAS@gmail.com

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

En éste número...

- ✓ **ESPECIAL:**
 - Autonomía y toma de decisiones.
- ✓ **HEMOS LEÍDO QUE...**
 - La placenta causa agresividad.
 - Neosonics evitará la punción lumbar.
- ✓ **BREVES:**
 - Adiós al dentista.
 - Nueva mutación en labio leporino.
 - **SIMAES.**
 - Red Hueco de mi Vientre.
- ✓ **MUY INTERESANTE:**
 - Anticoncepción a partir de los 40.
 - Un día en la vida de Amina Abdu
- ✓ **BUENAS NOTICIAS:**
 - Últimas Recomendaciones de la OMS.
 - ACOG: pinzamiento tardío de cordón.
 - Oferta Formación Continuada.
 - Málaga, ciudad de los museos.
- ✓ **PERLAS JURÍDICAS:**
 - Derecho de los interinos a cobrar la CF.
- ✓ **LECTURA RECOMENDADA:**
 - El diario de la señorita Sofía.
- ✓ **RECORDATORIO** XVIII Congreso Nacional. Málaga 2017

AUTONOMÍA Y TOMA DE DECISIONES



En éste número voy a abordar el tema de la Autonomía y la toma de decisiones porque está íntimamente relacionado con el artículo del número anterior, a saber, sobre la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Si en el artículo anterior hablaba del Consentimiento Informado y lo que ésta Ley y nuestro Código Deontológico dice al respecto, es lógico pensar que para tomar decisiones en relación con la salud o procedimientos que afectan a uno mismo, es básico que se tenga la información y la autonomía para poder ejercer dicho derecho. La autonomía es parte esencial de la fundamentación moral de la sociedad contemporánea y ha dado lugar en el ámbito asistencial, a un nuevo modelo de relación y de toma de decisiones clínicas: del paternalismo a la autonomía del paciente. Pero desglosaremos un poco el tema para su mejor comprensión.

Definición

Autonomía: La palabra autonomía procede del latín autonomía, y esta a su vez del griego αὐτονομία (autonomía), formada por αὐτός (autós), que significa 'mismo', y νόμος (nómos), 'ley' o 'norma'. Así, y haciendo referencia a la "autonomía personal", podemos decir que es la capacidad de tomar decisiones y actuar en cuestiones relativas a uno mismo, como sujeto de derecho. Esto implica independencia de la opinión o los deseos del otro.

Toma de decisiones: La toma de decisiones consiste, básicamente, en elegir una opción entre las disponibles, a fin de resolver un problema actual o potencial (aun cuando no se evidencie un conflicto latente).

En términos básicos según Hellriegel, y Slocum (2004) es el "**proceso de definición de problemas, recopilación de datos, generación de alternativas y selección de un curso de acción**". Por su parte, Stoner, (2003) define la toma de decisiones como "**el proceso para identificar y solucionar un curso de acción para resolver un problema específico**".

Dimensiones de la autonomía del paciente

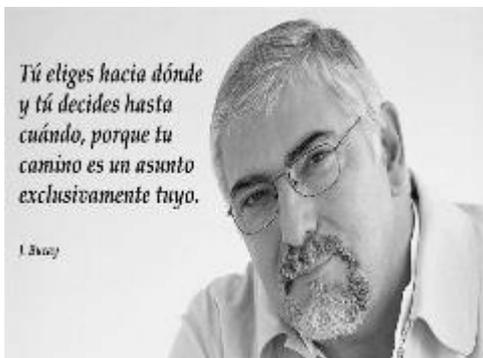
1) la autonomía decisoria: centrada en la libertad de elección del paciente o usuario, esto es, en su capacidad para deliberar y decidir(se) por un curso de acción entre una gama adecuada de opciones valiosas y que requiere de una relación comunicativa entre los profesionales y el paciente/usuario. Quizá ésta es la más desarrollada y tiene su consolidación en



el Consentimiento Informado, el documento de Voluntades anticipadas o en caso de incapacidad por procesos, de representación legal.

2) **la autonomía informativa:** consiste en el poder del paciente para disponer y controlar su información de carácter personal, íntima, privada y pública, de modo que pueda decidir por sí mismo cuándo y en qué condiciones procede revelar situaciones referentes a la propia vida y salud. Aquí se relaciona con la protección de los datos de la historia clínica, la intimidad, secreto profesional, confidencialidad, que ya hemos abordado en otro número de Infomatronas.

3) **la autonomía funcional o ejecutiva:** referida a la capacidad de acción (actuación o abstención) y que no debe confundirse con la primera. No es lo mismo decidir hacer una cosa que llevarla a cabo.



Proceso de toma de decisiones

La toma de decisiones lleva implícito un importante proceso cognitivo. Con ello quiero decir que no se puede tomar una decisión en 2 minutos tras haber recibido la información del profesional, y menos, si el lenguaje no es el adecuado y el contexto es de vulnerabilidad.

Este proceso cognitivo requiere unos mínimos de: observación, comparación, codificación, organización, clasificación, resolución, evaluación y retroalimentación (feedback).

¿Y cuál es nuestro contexto ?

Pues dicho todo lo anterior, vamos a unir las piezas para que encontréis la relación en nuestro contexto profesional.

Todas sabéis que la Estrategia a la Atención al Parto Normal (EAPN) del Ministerio de Sanidad, fue fruto de un cambio de modelo, en la que entre otros contenidos, los principios éticos quedan recogidos y también los conceptos ético-legales. En ella se habla de la obligación de los profesionales de respetar la autonomía de las mujeres gestantes a decidir sobre su propio proceso de parto y de la posibilidad de participar de manera activa en la toma de decisiones sobre sus cuidados o su proceso de atención.

Como ya hemos visto, para elegir se debe tener una información fidedigna, verdadera, y que se aborden las diferentes alternativas u opciones. Esta elección conlleva por parte del profesional, en nuestro caso, matrona, la obligación de informar en todo momento de todas las acciones a realizar, desde el ámbito que sea, primaria o especializada y de todas las opciones posibles; y por parte de la gestante, a iniciar el proceso de toma de decisiones tal y como vimos en el apartado anterior, y sobre todo, a asumir su elección, es decir, a responsabilizarse de la decisión tomada.

La ley (41/2002) es bien clara en este aspecto pero en Sanidad, no sólo existen los derechos sino también los deberes u obligaciones, tanto para usuarios como para profesionales.



Si bien la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes recoge un resumen de lo que la ley dice, nuestro Código Deontológico también, y así el Capítulo I, su art.5 dice: *“La matrona informará a las mujeres (o representantes legales según el caso) verazmente sobre la situación y evolución de su proceso, respetará el derecho de participación facilitando el ejercicio activo del mismo en la toma de decisiones, actuando con el previo consentimiento informado verbal o escrito”*. Y en este mismo capítulo, en su art. 9 dice: *“La matrona respetará, el derecho de la mujer y/o su familia a rechazar un tratamiento o técnica, aun habiendo sido informada del proceso, con las limitaciones de que exista riesgo probado para su salud o la de su hijo”*, de ésta última parte deberá ser informada la mujer no sólo en el momento, sino con anterioridad para evitar que haya conflictos o dudas a la hora de hacer su Plan de Parto o su toma de decisiones respecto al proceso en cuestión.

También en su Capítulo II, art. 18 dice: *“La matrona como educadora social transmitirá información comprensible, ajustada a la realidad del Sistema y a la del proceso sobre el que informa en cada intervención”*.

Y en otros Códigos como el del Consejo General de Enfermería, aunque su edición es de 1989, también recoge en su Cap. II, art.6: *“En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta”*

Conclusiones

Ya son muchos años en los que los cambios a la Atención de las gestantes, púérperas o mujeres en general, iniciaran las transformaciones del

modelo paternalista existente en pro de un modelo en el que profesionales, matronas/es, y mujeres, sean capaces de mantener una relación de cuidados basada no sólo en la evidencia científica sino y además en el respeto de los Derechos Humanos, los Principios Éticos y la legislación (Ley Gral. de Sanidad, 1986, Ley 41/2002), todas recogidas en la EAPN y en nuestro Código Deontológico.

Para ello es necesario que cada una de las partes cumpla con sus deberes: nosotros informando, colaborando en dotarlas de recursos suficientes para su autonomía y ellas asumiendo la responsabilidad de las decisiones tomadas en base a lo anteriormente expuesto. Es difícil elegir si no hay opciones, y también deben de saberlo si es el caso. Muchas situaciones de tensión o conflicto que se dan en algunas puertas de urgencias, o incluso en paritorios, o cualquier otro lugar donde estamos presentes, no se darían si ambos, matronas/es y mujeres, establecieran una comunicación de diálogo y negociación y no de exigencia y defensión, esto solo lleva a situaciones violentas (que a veces derivan en reclamaciones o denuncias) y que finalmente dificultan la calidad del cuidado asistencial que siempre debe aspirar a la excelencia.

Para finalizar una frase de P. Freire: ***“El respeto a la autonomía y a la dignidad de cada uno es imperativo ético y no un favor que podemos o no concedernos unos a otros”***. ■

***M^a Isabel Castelló López. Matrona
Presidenta de la Comisión de Ética
y Deontología del CECOVA***



Un estudio de la Universidad Jaime I revela que la placenta causa agresividad antes del parto. Descarta que se produzca por la interacción madre-hijo/a, como se pensaba.



Una investigación desarrollada por el grupo de Neuroanatomía Funcional (NeuroFun) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universitat Jaume I de Castell. (UJI) ha revelado que la hormona prolactina y los lactógenos placentarios, hormonas parecidas a la prolactina producidas por la placenta, actúan sobre el cerebro femenino durante la gestación, provocando cambios en el comportamiento y en la función mental de las madres, entre ellas, la agresividad o la motivación para cuidar a las crías. Las conclusiones de este trabajo se han publicado en la revista Brain Structure and Function.

El hallazgo científico del equipo de investigadores liderados por el catedrático de Biología Celular Ferrán Martínez-García, demuestra que la agresividad maternal no es producida por la interacción entre la madre y las crías como se pensaba, sino por las hormonas que actúan sobre el cerebro antes del parto - asegura el investigador. Además, el estudio es relevante porque demuestra la acción directa de estas hormonas sobre el llamado cerebro sociosexual, lo que incrementaría una tendencia instintiva a cuidar a los hijos y a protegerlos. De hecho, conocer el lugar donde estas hormonas influyen en la actividad cerebral, es el primer paso necesario para entender posibles procesos patológicos relacionado con la maternidad y, eventualmente, poder tratarlos.

Los científicos de la UJI han utilizado hembras de ratón para cartografiar las regiones del encéfalo sensibles a la prolactina y los lactógenos

placentarios durante todo el ciclo reproductivo, en especial durante los periodos de gestación y lactancia.

A la vez, también han replicado el estudio en hembras vírgenes para comprobar las diferencias en la reacción.

Para llevar a cabo esta cartografía hemos usado una técnica que detecta las células que responden con éxito a hormonas como la prolactina, que es clave para desencadenar todos los procesos vinculados con la maternidad, explica Hugo Salais López, primer autor del trabajo que forma parte de su tesis doctoral, realizada bajo la codirección de los profesores Ferrán Martínez-García y Carmen Agustín Pavón.

Defensa de las crías

Los resultados de esta investigación indican que la mayor parte de los centros del cerebro sociosexual son hiperactivados por los lactógenos placentarios ya durante la gestación, de forma que en el momento del parto la función cerebral de la hembra es modificada para facilitar una actitud y un comportamiento exacerbadamente maternas. Los estudios del grupo Neuro Fun de la UJI indican que esto se traduce en una hiperagresividad para defender a las crías de posibles intrusos peligrosos y una elevada motivación para mantener contacto con ellas, limpiarlas, abrugarlas y amamantarlas. ■



El dispositivo, en forma de bolígrafo gigante, sirve para diagnosticar la meningitis sin punción lumbar.

Un ingeniero español, Javier Jiménez, ha sido reconocido como el mejor innovador menor de 35 años por la edición española del MIT Technology Review, por su invento denominado Neosonics



La meningitis bacteriana es una de esas enfermedades cuyo nombre causa temor con tan solo mencionarlo. Especialmente porque su mortalidad afecta a los pacientes más vulnerables, los niños, en los países más desfavorecidos. Según cifras de la OMS, la meningitis bacteriana causa anualmente la muerte de 240.000 niños menores de cinco años en el mundo (de los que, alrededor de 60.000, son neonatos). La mayoría de estas muertes se deben al diagnóstico tardío o equivocado de debido a la complejidad de identificar los síntomas con certeza (fiebres sin causa aparente, dolores de cabeza, náuseas y vómitos, entre otros). Hasta ahora, sólo una punción lumbar podía identificar la enfermedad correctamente, un método doloroso para los pequeños y en la mayoría de las ocasiones difícil de realizar en muchos lugares por falta de medios adecuados. La situación en países ricos es, obviamente distinta a la que sufren en amplias zonas de África, ya que, en primer lugar, la tasa de incidencia de la enfermedad es relativamente baja y, además, los hospitales cuentan con el material adecuado. Aun así, son miles los niños que se ven sometidos a una punción lumbar. En la Unión Europea se realiza esta

intervención diariamente, con resultado negativo, a 271 niños.

Todas estas punciones innecesarias pueden pasar a la historia gracias a la idea de un ingeniero español, Javier Jiménez. Su invento, denominado Neosonics y que ha desarrollado a través de una empresa fundada por él mismo (Newborn Solutions), es un dispositivo con forma de bolígrafo que mide, a través de ultrasonidos, los glóbulos blancos que se encuentran en el fluido cerebroespinal situado debajo de la fontanela del bebé, y permite detectar la presencia anormal de estas células en las meninges de una forma rápida, económica y no invasiva. Así se podría iniciar a tiempo un tratamiento con antibióticos hasta que se realicen las pruebas definitivas.

Este invento puede ser crucial para salvar miles de vidas en los próximos años. De momento está siendo probado con éxito y la idea de Newborn es lanzarlo al mercado en un año aproximadamente, a un precio lo suficientemente económico como para tener impacto en los países más necesitados. Su autor ha sido reconocido como el mejor innovador menor de 35 por la edición española del MIT Technology Review. ■

¿ADIÓS AL DENTISTA?

Descubren como regenerar los dientes.



Investigadores británicos han identificado un fármaco que puede regenerar los dientes desde adentro hacia afuera, reduciendo la necesidad de rellenos artificiales.

El fármaco se utilizó previamente en los ensayos clínicos de Alzheimer, y ahora parece mejorar la capacidad natural del diente de curarse a sí mismo. Funciona mediante la activación de células madre dentro del centro de pulpa del diente, lo que provoca que en el área dañada se regenere la dentina dura que forma la mayor parte del diente.

DESCUBREN UNA NUEVA MUTACIÓN RESPONSABLE DEL LABIO LEPORINO

Un equipo de investigadores formado por Martina Muggenthaler, Andrew Crosby y Emma Baple, de la Universidad de Exeter (Reino Unido), junto con Biswajit Chowdhury y Barb Triggs-Raine, ambos de la Universidad de Manitoba (Canadá), han detectado que las mutaciones en la proteína *HYAL2* parecen ser las responsables del enlentecimiento del compuesto hialuronano, lo que afecta al desarrollo intraútero del labio leporino.

Una nueva mutación genética parece estar directamente implicada en los defectos que causan labio leporino y paladar hendido en el recién nacido y que es capaz de enlentecer la renovación del hialuronano, uno de los componentes más importantes en la formación del paladar duro de l ser humano.



El labio leporino y el paladar hendido son unos de los defectos congénitos más comunes, pero la genética subyacente a estas condiciones es poco conocida.

Mediante el estudio de individuos con paladar hendido sindrómico en familias de Amish localizadas en el norte de Arabia Saudí, los investigadores identificaron las mutaciones responsables.

Este síndrome se acompaña de otros defectos congénitos como problemas de audición y visión, dedos extra o anomalías cardíacas.



SINDICATO DE MATRONAS ESPAÑOLAS

Nº 179

20 ENE 2017

CANARIAS

NOTA INTERNA

SIMAES PRESENTA DENUNCIA CONTRA UNA “DOULA” QUE PRETENDE FORMAR ACÓLITOS EN UNA ISLA CANARIA.

Manifiesta sin ningún pudor que *“la formación es impartida según las recomendaciones de la OMS y la evidencia científica”*.

SIMAES ha presentado una denuncia ante el Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife, contra una persona que dice ser “doula” o, como se define ella misma, es *“Doula, Educadora perinatal MIPA, Operadora y docente de Tuina (masaje tradicional Chino) especializada en ginecología femenina y en Tuina pediátrico, Operadora PPyM..., y Advanced Moon Mother.”*, que además se publicita bajo el mensaje *“Formación Doulas”* y denominación *“ACOMPANAMIENTO ESPIRITUAL EN EL NACIMIENTO”*.

Red el Huevo de mi Vientre

PINCELADAS DE SENTIMIENTOS

Relatos de duelo



Un buen libro para leer familias y profesionales: *“Pinceladas de sentimientos”*

“Pinceladas de Sentimientos. Relatos de duelo”, es un libro lleno de amor. El amor que he puesto en cada línea escrita, en cada detalle, en las experiencias que laten dentro y las que, inspiradas en ellas, podría seguir escribiendo. Por supuesto este libro también simboliza amor, el amor que espero que lata en cada corazón que lea estas humildes pinceladas.

A través de los relatos os muestro 6 experiencias distintas de cómo afrontan distintas personas la pérdida de un ser querido. La pérdida gestacional, el fallecimiento de un padre, la ruptura de pareja, muerte por suicidio, la transformación después del dolor de la pérdida de una madre, etc. son algunas de las experiencias que os vais a encontrar.



SINDICATO DE MATRONAS ESPAÑOLAS

Nº 178
19 ENE 2017
POLÍTICA SANITARIA

NOTA INTERNA

LA HOMOGENEIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE PUESTOS EN SANIDAD EN PROCESO DE ESTUDIO

Se podría producir una “Macro OPE” Nacional, la unificación de baremos o el proceso para consolidar plazas eventuales.

A la espera de que se confirme si se deroga definitivamente la **tasa de reposición**, la actual Comisión de Recursos Humanos del SNS (Sanidad + CCAA + sindicatos representativos) ha decidido crear 3 subcomisiones, que se reunirán cada 15 días, para homogenizar la provisión de puestos de trabajo en la sanidad española, más concretamente, para:

1. Política de provisión de plazas eventuales.
2. Procedimientos para atajar la tasa de reposición (convocatorias OPE y concursos de traslados).
3. Modificación de la regulación del personal estatutario temporal en el Estatuto Marco, específicamente lo relativo a la precariedad tras la sentencia europea.



Este proceso de **homogeneización** podría afectar tanto a la unificación de baremos y criterios de consolidación de plazas eventuales, como a la celebración de una “Macro OPE” coordinada entre todas las autonomías que podría convocar, según algunas fuentes, más de 90.000 plazas a nivel nacional.

SIMAES RECLAMA LA INMEDIATA COBERTURA DE UNA PLAZA DE MATRONA EN ZAFRA

Pendiente de una sustitución por Baja Maternal desde hace más de un mes.

El Sindicato de Matronas Españolas ha cursado un escrito al Director Gerente del

Servicio Extremeño de Salud (SES) para que, a la mayor brevedad posible, decida la cobertura de la plaza de Matrona del Centro de Salud Zafra-1, mediante el sistema de oferta a través de Bolsa de Trabajo, actualmente pendiente de una sustitución ocasionada por baja maternal desde el pasado 13 de diciembre. Este escenario se está sorteando actualmente con la sobrecarga de trabajo de la actual plantilla de Matronas del Área de Llerena-Zafra, que están haciendo un esfuerzo para que los casos más apremiantes sean

atendidos con competencia y diligencia.

SIMAES ha transmitido al responsable del SES que tratándose de una sustitución de baja por maternidad, con nula incidencia en el presupuesto del SES, pero con un alto impacto en la calidad asistencial de las mujeres y niños del Área de Salud de Llerena-Zafra, debería darse a este asunto absoluta preferencia y una rápida resolución.



ANTICONCEPCION A PARTIR DE LOS 40 AÑOS. RECOMENDACIONES DE LA AEEM JUNIO 2016

- A partir de los 40 años, las mujeres deben ser informadas de los riesgos de anomalías cromosómicas, aborto espontáneo, complicaciones del embarazo y aumento de la morbilidad-mortalidad materna (Grade 2B).
- A pesar de que las mujeres mayores de 40 años tienen una menor fecundidad y pueden tener relaciones sexuales con menos frecuencia que las mujeres más jóvenes, todavía necesitan una anticoncepción confiable para evitar el embarazo no deseado (Grade 2B).
- La mortalidad relacionada con el embarazo entre las mujeres de 40 años o más en España es cinco veces más alta que entre los 25 a 29 años de edad.

Anticoncepción

- No existe ningún método anticonceptivo que esté contraindicado por la edad por sí sola (Grade 2B). Existen criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos que dan orientación basada en la evidencia sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos para las mujeres mayores de 40 años con ciertas características físicas o problemas médicos.
- El juicio clínico tendrá que sopesar los riesgos y beneficios cuando una mujer tenga múltiples condiciones médicas.
- La disponibilidad de opciones seguras, eficaces, sugiere que los métodos que contienen estrógenos deban utilizarse con precaución en mujeres mayores de 40 años con factores de riesgo cardiovascular.
- Hay una serie de condiciones médicas que representan un riesgo inaceptable para la salud

para el uso de anticonceptivos. Nos adherimos a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso de anticonceptivos.

- Hay algunas condiciones médicas más comunes en mujeres mayores de 40 años que pueden hacer que el uso de algunos métodos anticonceptivos sea inapropiado.
- A partir de los 40 años, también debe recomendarse el uso de preservativos (solos o asociados a otros métodos) para las personas en riesgo de infecciones de transmisión sexual (Grade 1B).

Beneficios y riesgos con el uso de AHC a partir de los 40 años

- Ayuda a mantener la densidad mineral ósea (Grade 2B).
- Reduce el dolor menstrual y el sangrado. (Grade 2C).
- Los anticonceptivos orales pueden restaurar los patrones de sangrado fisiológicos en las mujeres mayores que tienen sangrado uterino disfuncional.
- Reduce los síntomas de la menopausia (Grade 2C).
- Las mujeres que experimentan síntomas de la menopausia con el uso habitual de AHC pueden intentar un régimen prolongado (Buena Práctica Clínica).
- El uso de AHC proporciona protección frente al cáncer de ovario y de endometrio que se prolonga hasta 15 años o más después de su interrupción (Grade 2B).
- Reduce la incidencia de enfermedad mamaria benigna (Grade 2B).
- Reduce el riesgo de cáncer colorrectal (Grade 2B).



- Puede incrementar un riesgo pequeño de cáncer de mama que se elimina a los 10 años de su interrupción (Grade 2B).
- Las mujeres mayores de 40 años que sean fumadoras deben ser advertidas de que los riesgos del uso de AHC superan a los beneficios. (Grado 2B).
- Puede existir un aumento muy pequeño del riesgo de accidente cerebrovascular isquémico con el uso de AHC. (Grado 2B).
- Las mujeres con enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, o migraña con aura deben ser advertidas contra el uso de AHC. (Grado 2C).
- Los profesionales que están prescribiendo AHC a las mujeres mayores de 40 años podrían considerar una píldora con estradiol natural como primera opción.
- La hipertensión puede aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio en las que usan COC. (Grado 2B).
- La presión sanguínea debe comprobarse antes y al menos 6 meses después de iniciar una mujer de más de 40 años en AHC y monitorizarlo por lo menos anualmente desde entonces. (Grado 2C).

Métodos Reversibles de Larga-Acción (LARC)

- Para las mujeres que deseen anticoncepción reversible, sugerimos LARC. Las tasas de embarazo son comparables a las de la esterilización, y son más convenientes que los métodos de corta acción.
- Las mujeres que soliciten la esterilización deben ser asesoradas acerca de la disponibilidad de métodos LARC, que son comparables a la esterilización en términos de eficacia, pero sin ser intervenciones quirúrgicas y siendo reversibles. (Grade 2C)
- Las mujeres deben saber que hay una pequeña reducción, posiblemente reversible, en la densitometría ósea con el acetato de

medroxiprogesterona (DMPA), pero que esto no debería contraindicar el uso de DMPA de cualquier duración, independientemente de su edad.

No se recomienda restringir el uso del DMPA en mujeres sanas que no tengan otros factores de riesgo para la pérdida ósea.

Se recomienda a todas las mujeres recibir asesoramiento sobre la dieta y hábitos de vida que protegen la masa ósea.

- DMPA en dosis anticonceptivas alivia los síntomas vasomotores en mujeres perimenopáusicas

- Ventajas de los DIU LNg20 y LNg14 incluyen una reducción significativa de la pérdida de sangrado menstrual y la dismenorrea. Para las mujeres con menstruación abundante o dolorosas, se sugieren los DIU LNg20 o LNg14 más que el TCu380A (Grade 2B). El DIU LNg20 es una buena opción para las mujeres que deseen o no se incomoden por la amenorrea, y ambos DIUs de levonorgestrel se prefieren para las mujeres capaces de tolerar un ligero sangrado o manchado no programado, los cuales son efectos secundarios comunes.

El LNg20 DIU tiene varios beneficios potenciales para la salud no anticonceptivos: es una alternativa al tratamiento quirúrgico del sangrado menstrual abundante y está siendo evaluado para el tratamiento de la hiperplasia endometrial, para la protección endometrial durante el tratamiento con estrógenos y en el uso de tamoxifeno, y en el tratamiento del dolor relacionado con la endometriosis. Además, los DIU LNg20 y LNg14 pueden disminuir el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana (EPI), similar a otros anticonceptivos que liberan gestágenos.

Esterilización

- La oclusión de trompas por laparoscopia es un método seguro y eficaz de anticoncepción permanente.



- En comparación con la esterilización femenina por vía abdominal, la vasectomía es más segura, más eficaz y menos costosa.
- La oclusión tubárica laparoscópica reduce la incidencia de cáncer de ovario.
- Las mujeres deben ser aconsejadas sobre el riesgo de fallo, la posibilidad de arrepentirse y las alternativas (incluyendo LARC y vasectomía). En una mujer bien informada, la edad y la paridad no deben ser un obstáculo para la esterilización.

Stop a la Anticoncepción

- Para el diagnóstico de transición a la menopausia: las mujeres mayores de 45 años con ciclos menstruales irregulares y síntomas de la menopausia como sofocos, cambios de humor o trastornos del sueño, sugerimos no mayor evaluación diagnóstica. A pesar de que la FSH se mide a menudo, no ofrece ninguna información adicional, y puede ser engañosa.

Metodos No-hormonales

- Las mujeres que usen métodos no hormonales de anticoncepción deben ser asesoradas para detener la anticoncepción después de 1 año de amenorrea si mayores de 50 años, 2 años si la mujer tiene menos de 50 años.
- Tras un correcto asesoramiento (por la disminución de la fertilidad, los riesgos asociados con la inserción y la eficacia anticonceptiva), las mujeres portadoras de DIU que contiene ≥ 300 mm² de cobre, después de los 40 años, pueden mantener el mismo DIU hasta la menopausia (Grade C).

Métodos Hormonales

- Las mujeres que usan hormonas exógenas deben saber que la amenorrea no es un indicador fiable de la insuficiencia ovárica.
- En las mujeres que usen hormonas

anticonceptivas, la FSH se puede usar para ayudar a diagnosticar la menopausia, pero deben limitarse a las mujeres mayores de 50 años y para aquellas que utilizan métodos con sólo-gestágenos.

- FSH no es un indicador fiable de la insuficiencia ovárica en mujeres que usan AHC, incluso si se mide durante el intervalo libre de hormonas.
- Las mujeres mayores de 50 años que están en amenorrea y desean interrumpir un método sólo gestágeno pueden valorar sus niveles de FSH. Si el nivel FSH es ≥ 30 UI/L debe repetirse después de 6 semanas. Si se mantiene un nivel de FSH ≥ 30 UI/L puede interrumpirse la anticoncepción.
- Las mujeres a las que se les inserta un DIU-LNG para anticoncepción a la edad de 45 años o más pueden usar el dispositivo durante 7 años (fuera de aprobación) o si tiene amenorrea hasta la menopausia, tras lo cual el dispositivo debe ser retirado.

Retirar el DIU-LNG

- Las mujeres a las que se les inserta un DIU-LNG para anticoncepción a la edad de 45 años o más, pueden usar el dispositivo durante 7 años (fuera de aprobación) o si tiene amenorrea hasta la menopausia, tras lo cual el dispositivo debe ser retirado. (Buenas Prácticas Point).

Anticoncepción de Urgencia

Las mujeres deben ser conscientes de los diferentes tipos de anticoncepción de urgencia disponibles, incluyendo cuándo se pueden utilizar y la forma en cómo acceder.

Asesoramiento Anticonceptivo

Beneficios potenciales:

- Apropiaada toma de decisiones acerca de las opciones anticonceptivas para las mujeres mayores de 40 años
- Prevención de los embarazos no deseados
- Beneficios de salud no relacionados con la anticoncepción.



Daños potenciales

Anticoncepción Hormonal Combinada

- Posible pequeño aumento del riesgo de cáncer de mama con el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), que declina después de suspender los AOC.
- Pequeño aumento del riesgo en el cáncer cervical con el aumento de la duración del uso de AOC, que disminuye después de suspender los AOC.
- Posible pequeño aumento del riesgo cardiovascular y cerebrovascular (es decir, tromboembolismo venoso, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular). Riesgo inaceptable para la salud (debido al aumento del riesgo de accidente cerebrovascular) en presencia de migraña con aura.



Anticoncepción con sólo gestágenos

- Posible pequeño aumento del riesgo de cáncer de mama.
- Pequeño aumento en el riesgo de cáncer de cuello uterino asociado con la larga duración de los anticonceptivos inyectables con sólo-gestágeno.
- Patrones anormales de sangrado menstrual
- Disminución de la densidad mineral ósea, que puede recuperarse tras interrumpirlos.
- Efectos adversos sobre el metabolismo lipídico.



Dispositivo Intrauterino liberador de Cobre

Manchado menstrual, períodos más abundantes o más largos, y dolor en los primeros 3 a 6 meses después de la inserción del dispositivo intrauterino de cobre. ■



**Informe facilitado por Dña. Pilar Medina Adán.
Matrona.**



**UN DÍA EN LA VIDA DE:
AMINA ABDU, 25 AÑOS. ESTUDIA PARA SER
MATRONA GRACIAS A UNA BECA DE AMREF
SALUD ÁFRICA**

7.30 am: Me levanto en mi cuarto compartido con otras 5 compañeras para ir a clase en el Samara Health Science College de Afar, mi región, en Etiopía. Nací en una aldea cercana a la carretera principal, con pocos servicios (las escuelas y los hospitales estaban lejos), y gracias a la beca de Amref, después de graduarme del instituto me trasladé al campus de Samara para iniciar mis estudios. Afar es una región dura, un desafío para los que nacemos aquí, aunque la amamos como cualquier autóctono ama a su tierra. La sequía es constante, agravada además este año por El Niño, que ha hecho que la estación de lluvias sea prácticamente inexistente.

8.30 am: Desayuno con mis compañeros: los de enfermería, las que se preparan para ser matronas y los que estudian documentación sanitaria, y me dirijo a las aulas. Hoy me tocan tres horas de teoría, descanso para comer, y cuatro horas de prácticas en el centro de salud. De camino a clase me encuentro con Salomón y Hewait, dos de mis profesores. Los docentes viven en el campus con nosotros, pero en casas aparte donde pueden traer a sus parejas e hijos.

12.00 pm: Acaba la clase teórica. Ha sido muy interesante y he tomado muchos apuntes. Tengo que atender bien porque estoy a punto de acabar mi primer año, de los tres que tiene mi diplomatura, y en breve me toca el examen evaluador que el gobierno nos prepara anualmente. Voy a comer algo, ¡qué hambre!

1.30 pm: Después de comer en el campus y jugar un poco a ping-pong en la sala de recreativos que también tiene el recinto, voy al centro de salud a hacer las prácticas. Hoy me toca mi parte favorita: control de infecciones, aunque también dedicaré un rato a hacer camas de forma que no moleste al paciente.

6.00 pm: Ya he acabado las prácticas, estoy cansada pero aún tengo que ir a la biblioteca un rato a prepararme el examen estatal. Este fin de semana no voy a poder estudiar porque me voy a mi pueblo (la beca me incluye varios desplazamientos al año), ya que mi prima Seida ha tenido una niña y quiero conocerla. Me preocupa que Seida quiera practicarle la mutilación genital a su hija, tendré que hablar con ella. En clase y desde Amref me han enseñado que la ablación no conlleva nada positivo pero sí un montón de consecuencias negativas, como infecciones, sangrado, dolor... ¡Incluso puede ser mortal! Supongo que ahora que estudio algo relacionado con ciencias de salud, y que en unos años me convertiré en una profesional respetada, mi prima me escuchará más cuando intente disuadirla con argumentos sanitarios y científicos.

8.00 pm: Después de dos horas de estudio, voy a cenar con mis compañeras de la diplomatura. En la cena hablamos de lo que queremos ser en un



futuro y en lo que haremos cuando acabemos de estudiar. Muchas quieren seguir estudiando y convertirse en doctoras. Yo no soy tan ambiciosa, me conformo con ayudar a las mujeres de mi aldea y a las de alrededor a dar a luz sin problemas y a aconsejar sobre salud sexual y reproductiva, ayudando a los demás gracias a los conocimientos adquiridos por la beca de Amref.

10.30 pm: Se acabó la jornada. Voy a dormir pensando en el viernes por la noche, cuando me reencuentre con mis padres y hermanos y coma la deliciosa wat con injera que cocina mi madre.

La Asociación Española de Matronas sigue apoyando la Campaña Matronas por África y se enorgullece de la labor de AMREF y de estas mujeres que luchan por un futuro mejor para sí y para las mujeres africanas que les serán encomendadas tras la finalización de sus estudios.

MATRONAS, COLABOREMOS CON ESTE PROYECTO SOLIDARIO QUE TAN DE CERCA Y MEJOR QUE NADIE PODEMOS COMPRENDER SU TRASCENDENCIA PARA LA SALUD MATERNO INFANTIL



15-17 DE FEBRERO DE 2017



**XVII Encuentro Nacional de
Salud y Medicina de la Mujer**

SAMEM

Museo de la Real Casa de la Moneda, Madrid



Centro Médico
Instituto Palacios
Salud de la Mujer

www.institutopalacios.com



Museo de la Real Casa de Moneda
y Timbre
C/. Dr. Esquerdo, 36
Madrid.
Metro O`Donnell

Málaga, Ciudad de Museos

El Museo de Málaga, en el Palacio de la Aduana, la quinta pinacoteca de España abre sus puertas tras casi dos décadas de espera y siete años de rehabilitación .



Málaga la ciudad escogida para nuestro XVIII Congreso Nacional de Matronas es una ciudad que ofrece mucho más que sol y playa: La oferta cultural es un atractivo sobreañadido de esta ciudad que enamora.

No en vano es denominada la Capital de los Museos y es que ciertamente se distingue por la creación de una potente infraestructura museística.

Los desembarcos en Málaga del Pompidou y del Museo Estatal de San Petersburgo representan las incorporaciones de mayor relumbrón de una plantilla de instituciones artísticas bajo presupuesto municipal. Y es que en esta hermosa ciudad hay museos de toda temática: de pintura, de flamenco, de música o incluso uno dedicado al transporte aéreo. Una ciudad en la que entre tapa y tapa podemos aprender acerca de casi todo .

A los ya imprescindibles en toda visita a la capital malagueña como los mencionados y el Museo Picasso, Carmen Thyssen Málaga, Centro de Arte Contemporáneo, Museo del automóvil, Museo del Vino, Museo Interactivo de Música..... se acaba de unir el Nuevo Museo de Málaga. Desde el pasado 12 de Diciembre el Palacio de la Aduana acoge a este Museo tras realizarse una rehabilitación integral y un nuevo discurso museístico con el que se aglutinan las colecciones de Bellas Artes y de Arqueología, hasta ahora dispersas en otros espacios de la ciudad . El Estado ha invertido 40 millones de euros en esta nueva infraestructura museística. Esta pinacoteca cuenta con 15.000 piezas arqueológicas y 2.000 referencias de Bellas Artes, unas 2.000 piezas en la sección de Arqueología .

Otro motivo más para acudir a este Congreso y disfrutar también de esta ciudad que bajo la atenta mirada del Castillo de Gibralfaro luce como una ciudad alegre y bulliciosa plagada de bellos rincones, y buena gente. ¡Quedamos en Málaga!

El Juzgado de lo Contencioso número 4 de Oviedo ha dado la razón a un interino del Servicio de Salud del Principado (Sespa) al reconocerle su derecho a solicitar y a cobrar la carrera profesional.

La sentencia, la primera en Asturias, según el Sindicato Médico Profesional de Asturias (Simpa), reconoce el derecho del trabajador a participar y ser evaluado en la última convocatoria abierta por el Sespa, el pasado mes de junio, para la solicitud del cobro de la carrera profesional *"en los mismos términos que el resto de los que ya hayan sido admitidos y hubiesen obtenido una evaluación positiva"*.

El juez considera que debe tenerse en cuenta la **normativa europea interpretada por el Tribunal de Justicia de la UE** en el sentido de que las condiciones de trabajo "no podrá tratarse a los trabajadores con un contrato de duración determinada de una manera menos favorable que a los trabajadores fijos, comparables por el mero hecho de tener un contrato de una duración determinada, a menos que se justifique un trato diferente por razones objetivas".

Nicolás Gonçalves, abogado del Simpa, considera que la sentencia, si bien no es firme, tiene una **"trascendencia enorme"** y avanza que el Sindicato Médico ha presentado 253 recursos de alzada en representación de otros tantos facultativos contra la resolución del Sespa que el pasado mes de junio abrió el acceso a la carrera profesional sin permitir la solicitud de evaluación a los interinos



cinco años de antigüedad para participar en la evaluación que da derecho al cobro de la carrera profesional. **"Esperamos que el Sespa no judicialice más el tema**, convoque a una mesa, lleguemos a un acuerdo y abra el acceso a la carrera en los términos en los que la justicia ha dejado claro que debe hacerlo", señala el abogado del Simpa.

El fallo establece que un elemento retributivo en forma de incentivo es una condición de trabajo y como tal debe "concederse a un trabajador con contrato de duración determinada en la misma medida que a un trabajador fijo". Menciona para ello la jurisprudencia emanada del Tribunal de Justicia de la UE que se ha pronunciado sobre diversas cuestiones prejudiciales planteadas por juzgados de distintas comunidades autónomas.

El mero hecho de que el funcionario interino haya cumplido dichos períodos de servicio sobre la base de un contrato o de una relación de servicio de duración determinada **"no constituye tal razón objetiva"**. La sentencia señala que el Tribunal de Justicia de la UE ha establecido "claramente" respecto del personal funcionario eventual que el acuerdo marco tiene por objeto la aplicación de dicho principio a los trabajadores con un contrato de duración determinada con la finalidad de impedir que una relación laboral de esta naturaleza sea utilizada por un empleados para privar a dichos trabajadores de derechos reconocidos a los trabajadores con contrato de duración indefinida"



Organización
Mundial de la Salud

hrp.

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

Resumen de orientación

La experiencia que tenga una mujer de la atención sanitaria es clave para transformar la atención prenatal y crear familias y comunidades prósperas



En 2016, al inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo donde cada mujer embarazada y recién nacido reciba atención de calidad durante el embarazo, el parto y el período postnatal. Dentro del continuo de la atención de salud reproductiva, el cuidado prenatal (ANC) proporciona una plataforma para importantes funciones de atención de la salud, incluyendo promoción de la salud, detección y diagnóstico y prevención de enfermedades. Se ha constatado que, mediante la implementación de prácticas oportunas y apropiadas basadas en la evidencia, la ANC puede salvar vidas. Fundamentalmente, la ANC también brinda la oportunidad de comunicarse y apoyar a las mujeres, las familias y las comunidades en un momento crítico en el curso de la vida de una mujer. El proceso de elaboración de estas recomendaciones sobre el CNA ha puesto de relieve la importancia de proporcionar una comunicación eficaz sobre las cuestiones fisiológicas, biomédicas, conductuales y socioculturales y un apoyo eficaz, incluido el apoyo social, cultural, emocional y psicológico a las mujeres embarazadas de manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo del CNA son clave, no sólo para salvar vidas, sino para mejorar las vidas, la utilización de los servicios de salud y la calidad de la

atención. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

Se trata de una guía general de la OMS sobre la rutina del CNA para mujeres embarazadas y adolescentes. El objetivo es que estas recomendaciones complementen las actuales directrices de la OMS sobre la gestión de complicaciones específicas relacionadas con el embarazo. La orientación tiene por objeto reflejar y responder a la complejidad de las cuestiones relacionadas con la práctica y la prestación de la ANC, y dar prioridad a la salud y el bienestar centrados en la persona, no sólo la prevención de la muerte y la morbilidad, Basado en el enfoque.

El alcance de esta guía fue informado por una revisión sistemática de las opiniones de las mujeres, lo que demuestra que las mujeres desean una experiencia positiva del embarazo del CNA. Una experiencia positiva de embarazo se define como mantener la normalidad física y sociocultural, mantener un embarazo saludable para la madre y el bebé (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, la enfermedad y la muerte), tener una transición efectiva a parto positivo y parto y lograr una maternidad positiva Autoestima, competencia y autonomía).

Preguntas:



¿Cuáles son las prácticas basadas en la evidencia durante el ANC que mejoran los resultados y conducen a una experiencia positiva del embarazo?

¿Cómo se deben llevar a cabo estas prácticas?

Métodos de desarrollo de las directrices

Estas recomendaciones del ANC tienen la intención de informar al desarrollo de las políticas y protocolos clínicos de atención médica pertinentes. La guía se desarrolló utilizando procedimientos operativos estándar de acuerdo con el proceso descrito en el manual de la OMS para el desarrollo de directrices. En pocas palabras, estos procedimientos incluyen:

(I) Identificación de preguntas y resultados prioritarios; II) recuperación y síntesis de pruebas; III) la evaluación de las pruebas; IV) formulación de las recomendaciones; Y (V) planificación de la implementación, difusión, evaluación de impacto y actualización de la guía. La calidad de la evidencia científica que sustenta las recomendaciones se clasificó mediante la Evaluación de las Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva de embarazo y Evaluación (GRADE) y Confianza en la Evidencia de las Revisiones de la Investigación Cualitativa (GRADE-CERQual) Enfoques, para la evidencia cuantitativa y cualitativa, respectivamente. Se utilizaron revisiones sistemáticas actualizadas para preparar perfiles de evidencia para preguntas prioritarias. El DECIDE (Desarrollo y evaluación de la comunicación

Estrategias para apoyar Decisiones Informadas y Prácticas Basadas en la Evidencia), una prueba a la decisión

Herramienta, que incluye efectos de intervención, valores, recursos, equidad, aceptabilidad y criterios de Para guiar la formulación y aprobación de las recomendaciones del Grupo de Desarrollo de las Orientaciones (GDG) Grupo internacional de expertos reunidos para el desarrollo de esta directriz - en tres reuniones

Consultas entre octubre de 2015 y marzo de 2016.

Recomendaciones

Las consultas técnicas de la OMS dieron lugar a la elaboración de 39 recomendaciones relativas a cinco tipos de intervenciones:

- A. Intervenciones nutricionales.
- B. Evaluación materna y fetal.
- C. Medidas preventivas.
- D. Intervenciones para síntomas fisiológicos comunes,
- E. Intervenciones para mejorar la utilización y calidad de CONGRESO NACIONAL AFRICANO.

Las intervenciones fueron recomendadas, no

recomendadas o recomendadas bajo ciertas condiciones sobre la base de las sentencias del GDG de acuerdo con los criterios DECIDE, que informaron tanto la dirección como el contexto, si la hay, de la recomendación. Para asegurar que cada recomendación se entienda y se aplica correctamente en práctica, el contexto de todas las recomendaciones específicas del contexto se enuncia claramente en cada recomendación, y los expertos contribuyentes proporcionaron observaciones adicionales cuando fue necesario. Los usuarios de la guía deben referirse a estas observaciones, que se presentan junto con los resúmenes de las pruebas dentro de la directriz. Además, las recomendaciones pertinentes de la ANC de la orientación actual producidas por otros departamentos de la OMS

de la OMS fueron sistemáticamente identificadas y 10 de esas recomendaciones se consolidaron en esta guía con el fin de proporcionar un documento completo para los usuarios finales. Las 49 recomendaciones sobre el ANC para una experiencia positiva del embarazo se resumen en la Tabla 1.

De acuerdo con las normas de desarrollo de las directrices de la OMS, estas recomendaciones serán Actualizada tras la identificación de nuevas pruebas, con revisiones y actualizaciones importantes al menos cada cinco años. La OMS acoge con satisfacción las sugerencias relativas a cuestiones adicionales para su inclusión en futuras actualizaciones de la directriz.

En las consultas técnicas, las consideraciones relativas a la aplicación de las recomendaciones individuales y Conjunto de las directrices. El GDG, haciendo hincapié en las pruebas que indican un aumento de las muertes fetales y menor satisfacción de las mujeres con el modelo de cuatro visitas (también conocido como ANC centrado o básico), decidió aumentar el número recomendado de contactos entre la madre y los proveedores de atención médica en los momentos que facilitar la evaluación del bienestar y la provisión de intervenciones para mejorar los resultados si se identifican problemas (Véase la Recomendación E.7 en la Tabla 1). Las recomendaciones de esta guía deberían aplicarse junto otras actividades de mejora de la calidad. Los productos derivados de esta guía incluirán una implementación práctica manual de salud para los profesionales de la salud, que incorporará las recomendaciones de Prácticas clínicas. La Tabla 1 resume la lista de todas las intervenciones evaluadas por el GDG y por lo tanto incluye Intervenciones recomendadas, recomendadas bajo ciertas condiciones (incluida la investigación), e Intervenciones que no se recomiendan.



Cuadro 1: Lista resumida de las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

Estas recomendaciones se aplican a las embarazadas y a las adolescentes en el contexto de la atención prenatal rutinaria

A. Intervenciones nutricionales	Recomendación	Tipo de recomendación
Intervenciones alimentarias	A.1.1: Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo. ¹	Recomendada
	A.1.2: En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.3: En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.4: En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de hierro y ácido fólico	A.2.1: Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental ² y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico. ^{3,4}	Recomendada
	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental ⁵ y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%. ⁶	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de calcio	A.3: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia. ⁷	Recomendada en contextos específicos

¹ Una dieta sana durante el embarazo es aquella que contiene una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales obtenidos mediante el consumo de diversos alimentos, entre ellos verduras, hortalizas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta.

² El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

³ La ingesta de ácido fólico debería comenzar lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos del tubo neural.

⁴ Esta recomendación sustituye la anterior recomendación de la OMS (1).

⁵ El equivalente de 120 mg de hierro elemental es 600 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 360 mg de fumarato ferroso o 1000 mg de gluconato ferroso.

⁶ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (2).

⁷ Esta recomendación está en consonancia con las recomendaciones de la OMS de 2011 sobre la preeclampsia y la eclampsia (3) y reemplaza la recomendación de la OMS de 2013 sobre los suplementos de calcio (4).



Suplementos de vitamina A	A.4: Solo se recomienda la toma de un suplemento de vitamina A como método para prevenir la ceguera a las embarazadas de zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública. ^{8,9}	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de zinc	A.5: Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Suplementos de micronutrientes múltiples	A.6: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de micronutrientes múltiples para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina B6 (piridoxina)	A.7: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina E y C	A.8: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina D	A.9: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales. ¹⁰	No recomendada
Restricción de la ingesta de cafeína	A.10: Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día) ¹¹ disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo.	Recomendada en contextos específicos

B. Evaluación materna y fetal ¹²	Recomendación	Tipo de recomendación
B.1: Evaluación materna		
Anemia	B.1.1: El hemograma completo es el método recomendado para diagnosticar la anemia en el embarazo. En entornos donde no es posible realizar hemogramas completos se recomienda preferiblemente realizar in situ la prueba de hemoglobina con un hemoglobímetro más que con una escala colorimétrica.	Recomendada en contextos específicos
Bacteriuria asintomática (BA)	B.1.2: El cultivo de muestras de orina tomadas a mitad de la micción es el método recomendado para diagnosticar la bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas. En entornos donde no es posible realizar urocultivos, para diagnosticar la BA en embarazadas se recomienda realizar in situ la tinción de Gram a muestras de orina tomadas a mitad de la micción antes que usar tiras reactivas.	Recomendada en contextos específicos

⁸ El déficit de vitamina A es un problema grave de salud pública si $\geq 5\%$ de las mujeres de una población tienen antecedentes de ceguera nocturna en su embarazo más reciente con resultado de nacido vivo en los 3 a 5 años anteriores, o si $\geq 20\%$ de las embarazadas tienen un nivel de retinol en suero $< 0,70 \mu\text{mol/L}$. Para determinar si el déficit de vitamina A es un problema de salud pública es necesario calcular la prevalencia del déficit en una población utilizando indicadores bioquímicos y clínicos específicos de los niveles de vitamina A.

⁹ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (5).

¹⁰ Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS (6).

¹¹ Esto incluye cualquier producto, bebida o alimento que contenga cafeína (esto es, café filtrado, té, refrescos de cola, bebidas energéticas con cafeína, chocolate y pastillas de cafeína).

¹² El grupo de elaboración de directrices no evaluó la evidencia relativa a las actividades esenciales de atención prenatal, como la medición de la presión arterial, la proteinuria y el peso maternos, y la comprobación de los ruidos cardiacos fetales, ya que estas actividades se consideran parte de una buena práctica clínica.



Violencia de pareja	B.1.3: Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las visitas de atención prenatal se debería considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la derivación cuando proceda) y se cumplan los requisitos mínimos establecidos por la OMS. ^{13 14}	Recomendada en contextos específicos
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la evaluación de la atención materna prenatal		
Diabetes mellitus gestacional	B.1.4: Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS. ¹⁵	Recomendada
Consumo de tabaco	B.1.5: Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno. ¹⁶	Recomendada
Uso de sustancias	B.1.6: Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias. ¹⁷	Recomendada
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis	B.1.7: En entornos de alta prevalencia, ¹⁸ las pruebas y el consejo practicados a instancias del profesional deberían considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las embarazadas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas pruebas y asesoramiento practicados a instancias del profesional en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, así como a combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras afecciones importantes, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes. ¹⁹	Recomendada

¹³ Los requisitos mínimos son: un protocolo o procedimiento operativo normalizado; capacitación sobre cómo preguntar acerca de la violencia de pareja y sobre cómo proporcionar la respuesta mínima o una respuesta ampliada; entorno privado; garantía de la confidencialidad; existencia de un sistema de derivación; y tiempo para que el paciente pueda proporcionar la información apropiada.

¹⁴ Esta recomendación está en consonancia con las directrices clínicas y normativas de 2013 de la OMS (7).

¹⁵ Esta no es una recomendación para el tamizaje de rutina de hiperglicemia durante el embarazo. Esta recomendación se ha extraído y adaptado de la publicación de 2013 de la OMS (8), en la que se afirma que se debería diagnosticar diabetes mellitus gestacional en cualquier momento del embarazo si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas de 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL)
- glucosa plasmática \geq 10,0 mmol/L (180 mg/dL) una hora después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa plasmática de 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral

La diabetes mellitus durante el embarazo se debería diagnosticar si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas \geq 7,0 mmol/L (126 mg/dL)
- glucosa plasmática \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa en plasma al azar \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) en presencia de síntomas de diabetes.

¹⁶ Extraído de las recomendaciones de la OMS de 2013 (9).

¹⁷ Extraído de las directrices de la OMS 2014 (10).

¹⁸ Los entornos de alta prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es superior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes. Los entornos de baja prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es inferior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes (11). En entornos en los que la epidemia del VIH está generalizada o concentrada, se debería practicar a las mujeres seronegativas una nueva prueba de detección del VIH en el tercer trimestre de la gestación debido al elevado riesgo de infección por el virus durante el embarazo.

¹⁹ Extraído y adaptado de las *Consolidated guidelines on HIV testing services* de la OMS (11).



Tuberculosis (TB)	B.1.8: En entornos donde la prevalencia de la tuberculosis (TB) entre la población general es igual o superior a 100 por cada 100 000 habitantes, se debería considerar la posibilidad de someter a las embarazadas a un cribado sistemático para detectar la TB activa en el marco de la atención prenatal. ²⁰	Recomendada en contextos específicos
B.2: Evaluación fetal		
Estimación diaria del movimiento fetal	B.2.1: La estimación diaria del movimiento fetal, por ejemplo mediante tablas de conteo de 10 patadas del feto, solo se recomienda en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Medición de la altura uterina	B.2.2: Para mejorar los resultados perinatales no se recomienda sustituir la palpación abdominal por la medición de la altura uterina a efectos de evaluar el crecimiento fetal. No se recomienda el cambio de la práctica habitual (palpación abdominal o medición de la altura uterina) en un entorno específico.	Recomendada en contextos específicos
Cardiotocografía prenatal	B.2.3: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente a las embarazadas una cardiotocografía prenatal. ²¹	No recomendada
Ecografía	B.2.4: Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del parto de las mujeres, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).	Recomendada
Ecografía Doppler de los vasos sanguíneos fetales	B.2.5: Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente una ecografía Doppler a las embarazadas. ²²	No recomendada

C. Medidas preventivas	Recomendación	Tipo de recomendación
Antibióticos para la bacteriuria asintomática (BA)	C.1: Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal al nacer se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas las embarazadas con bacteriuria asintomática (BA).	Recomendada
Profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario	C.2: La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Administración prenatal de inmunoglobulina anti-D	C.3: Solo se recomienda administrar profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D a embarazadas Rh negativas no sensibilizadas en las semanas 28 y 34 de gestación para prevenir la aloinmunización anti-RhD en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)

²⁰ Extraído y adaptado de las recomendaciones de 2013 de la OMS (12).

²¹ La cardiotocografía es un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas obtenido a través de un transductor de ultrasonido colocado sobre el abdomen de la madre.

²² La ecografía Doppler permite analizar las ondas del flujo sanguíneo en la arteria umbilical (y otras arterias fetales) para evaluar el bienestar del feto en el tercer trimestre del embarazo.



Tratamiento antihelmíntico preventivo	C.4: En zonas endémicas ²³ se recomienda administrar tratamiento antihelmíntico preventivo a las embarazadas que hayan superado el primer trimestre de gestación en el marco de programas de reducción de las infecciones por helmintos. ²⁴	Recomendada en contextos específicos
Vacuna antitetánica	C.5: Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, dependiendo de su exposición previa a la vacuna antitetánica. ²⁵	Recomendada
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la atención prenatal		
Prevención del paludismo: tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe)	C.6: En las zonas de África donde el paludismo es endémico, se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (TPIe-SP) a todas las embarazadas. La administración del tratamiento debería empezar en el segundo trimestre del embarazo, y las dosis deberían espaciarse al menos un mes, con el objetivo de que la embarazada reciba al menos tres dosis. ²⁶	Recomendada en contextos específicos
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir la infección por VIH	C.7: Se debería ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) por vía oral con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) a las mujeres embarazadas que corran un riesgo considerable de infectarse por el VIH como opción de prevención adicional en el marco de estrategias de prevención combinadas. ²⁷	Recomendada en contextos específicos
D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes	Recomendación	Tipo de recomendación
Náuseas y vómitos	D.1: Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo se recomienda el jengibre, la camomila, la vitamina B6 y/o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Acidez gástrica	D.2: Para prevenir y aliviar la acidez gástrica en el embarazo se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario y el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida.	Recomendada
Calambres en las piernas	D.3: Se puede administrar magnesio, calcio o tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada

²³ Zonas donde la prevalencia de helmintiasis transmitidas por el suelo es superior al 20%.

²⁴ De conformidad con la directriz de 2016 de la OMS (13).

²⁵ Esta recomendación está en consonancia con las directrices de 2006 de la OMS (14). El calendario de vacunación depende de la exposición previa a la vacuna antitetánica.

²⁶ Extraído de las directrices de 2015 de la OMS. En dichas directrices también se señala que la OMS recomienda que, en las zonas de África donde la transmisión del paludismo es de moderada a alta, se administre a todas las embarazadas un TPIe-SP en cada visita de atención prenatal programada, comenzando lo antes posible en el segundo trimestre, siempre que las dosis de sulfadoxina-pirimetamina se administren a intervalos de al menos un mes. La OMS recomienda un conjunto de intervenciones para prevenir el paludismo durante el embarazo, entre las que figuran la promoción y el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y la administración de TPIe-SP (15). Para que las embarazadas de zonas donde el paludismo es endémico empiecen a recibir TPIe-SP lo antes posible en el segundo trimestre, los encargados de la formulación de políticas deberían velar por que las mujeres entren en contacto con el sistema de salud en la 13.ª semana de gestación.

²⁷ Extraído de las directrices de 2015 de la OMS (16). Se considera que el riesgo de infección por VIH es considerable cuando la incidencia de la infección por VIH en ausencia de PrEP es suficientemente elevada (> 3%) como para que la administración de PrEP sea potencialmente costoeficaz. La administración de PrEP a personas con un riesgo considerable de infección por VIH maximiza los beneficios relativos a los riesgos y los costos.



Lumbalgia y dolor pélvico	D.4: Para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico se recomienda realizar ejercicio regularmente durante el embarazo. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Estreñimiento	D.5: Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Venas varicosas y edema	D.6: Para tratar las venas varicosas y los edemas durante el embarazo se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada

E: Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal	Recomendación	Tipo de recomendación
Notas clínicas en manos de la mujer	E.1: Se recomienda que cada embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención y su experiencia del embarazo.	Recomendada
Continuidad asistencial impulsada por parteras	E.2: Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras —consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto— se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendada en contextos específicos
Atención prenatal en grupo	E.3: La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales sanitarios cualificados puede ofrecerse como alternativa a la atención prenatal individual a mujeres embarazadas en el contexto de una investigación rigurosa, dependiendo de las preferencias de la mujer y siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo	E.4.1: Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda implantar la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales. ²⁸ Los grupos participativos de mujeres representan una oportunidad para que estas hablen de sus necesidades durante el embarazo, en particular de los obstáculos que dificultan su acceso a los servicios asistenciales, y para aumentar el apoyo que se brinda a las embarazadas.	Recomendada en contextos específicos
	E.4.2: Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.	Recomendada en contextos específicos



Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal ²⁹	E.5.1: Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal ³⁰ en un amplio abanico de profesionales, como trabajadores sanitarios no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
	E.5.2: Se recomienda delegar la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para la prevención del paludismo en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas ³¹	E.6: Los encargados de la elaboración de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales sanitarios cualificados en zonas rurales y remotas.	Recomendada en contextos específicos
Programas de contactos de atención prenatal	E.7: Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.	Recomendada

²⁹ Recomendaciones extraídas y adaptadas de las directrices de la OMS sobre optimización de la salud materna y neonatal de 2012 (18).

³⁰ Incluida la promoción de los siguientes comportamientos: búsqueda de atención y utilización de los servicios de atención prenatal; preparación para el parto y para hacer frente a complicaciones; dormir bajo la protección de mosquiteros impregnados de insecticida; partos atendidos por personal cualificado; compañía durante el trabajo de parto y el nacimiento; asesoramiento nutricional; suplementos nutricionales; otros suplementos e intervenciones según el contexto; realización de la prueba de detección del VIH durante el embarazo; lactancia materna exclusiva; atención postnatal y planificación familiar; inmunización con arreglo a las directrices nacionales.

³¹ Recomendación extraída y adaptada de las recomendaciones mundiales de política de 2010 de la OMS (19).



Organización
Mundial de la Salud

human
reproduction
programme
hrp
research for impact
UNDP·UNFPA·UNICEF·WHO·WORLD BANK

© Organización Mundial de la Salud 2016

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS —ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales— deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la Organización (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual esta se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Se puede solicitar más información a: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza.

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int

Sitio web: www.who.int/reproductivehealth

Este documento es la versión reducida de Recomendaciones de la OMS .
Si quieres el Documento completo (168 paginas), traducido por la Asociación
Española de Matronas , solicítalo en:
matronas@asociacion-nacional.com



Referencias

1. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/es/, consultado el 28 de septiembre de 2016).
2. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126316/1/9789243502014_spa.pdf?ua=1, consultado el 28 de septiembre de 2016).
3. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333_spa.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 29 de septiembre de 2016).
4. Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
5. Directriz: Administración de suplementos de vitamina A en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44723/1/9789243501789_spa.pdf?ua=1, consultado el 29 de septiembre de 2016).
6. Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85313/1/9789241504935_eng.pdf, consultado el 4 de octubre de 2016).
7. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://apps.who.int/rhl/guidelines/9789241548595/en/>, consultado el 29 de septiembre de 2016).
8. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (WHO/NMH/MND/13.2; http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
9. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>, consultado el 29 de septiembre de 2016).
10. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
12. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/Final_TB_Screening_guidelines.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
13. Guideline: preventative chemotherapy to control soil-transmitted helminths in high-risk groups. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (en prensa).
14. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1. Ginebra: Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo, Organización Mundial de la Salud; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
15. Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
16. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, consultado el 29 de septiembre de 2016).
17. WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/, consultado el 29 de septiembre de 2016).
18. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, consultado el 28 de septiembre de 2016).
19. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: Recomendaciones mundiales de política. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/es/>, consultado el 28 de septiembre de 2016).



Acrónimos y abreviaturas

- ANC** - Cuidado prenatal
- ASB**- Bacteriuria asintomática
- IMC**- índice de masa corporal
- CERQual** - Confianza en la evidencia de las revisiones de la investigación cualitativa
- CI** - Intervalo de confianza
- DECIDE** - Desarrollar y evaluar estrategias de comunicación para apoyar decisiones informadas Y prácticas basadas en pruebas
- DOI** - Declaración de interés del
- EB**- Evidencia base
- EGWG**- Aumento excesivo de peso gestacional
- ERG** - Grupo de Revisión Externa
- FANC**- Atención prenatal focalizada
- FIGO**- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- GBS**- Estreptococo del grupo B
- GDG**- Grupo de Desarrollo de las Directrices
- GRADO**- Clasificación de Recomendaciones Evaluación, Desarrollo y Evaluación
- GRC**- Comité de Revisión de las Directrices
- GRAN**- Orientación, prioridades de investigación, síntesis de pruebas, aplicación de pruebas, Y Transferencia de conocimiento
- HIC**- País de ingresos altos
- HRP**- Programa Especial PNUD / FNUAP / UNICEF / OMS / Banco Mundial de Investigación, Desarrollo Y Formación en Investigación en Reproducción Humana
- ICM**- Confederación Internacional de Matronas
- IPT**- Tratamiento preventivo intermitente del p durante el embarazo
- IPTp-SP**- Tratamiento preventivo intermitente en el embarazo con sulfadoxina-pirimetamina
- IQR**- Intercuartículo
- IUGR**- Restricción del crecimiento intrauterino
- IVR**- Initiative for Vaccine Research
- LMIC**- país de bajos y medianos ingresos
- MC**- Departamento de Salud Materna, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente (en la OMS)
- MD**- Diferencia media
- MLCC**- Continuidad del cuidado de la partera del
- MMN**- micronutrientes múltiples
- MUAC**- Circunferencia del brazo mediano
- NHD** - Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (en la OMS)
- NRS** - Estudio no aleatorizado
- OR**- Odds ratio
- OPS** - Organización Panamericana de la Salud (Oficina Regional de la OMS para las Américas)
- PCG** - Grupo de Embarazo y Parto de (Colaboración Cochrane)
- PICO**- Población de (P), intervención (I), comparador (C), resultado (O)
- PLA** - Aprendizaje participativo y acción
- PMNCH** - La Asociación para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño
- PMR**- Tasa de mortalidad perinatal
- PrEP**- Profilaxis preexposición
- PROM** - ruptura pre labora de membranas
- PWG** - Grupo participativo de mujeres
- RCT**- Ensayo controlado aleatorizado
- RHH**- rhesus
- RHR** - Departamento de Salud Reproductiva e Investigación (en la OMS)
- RR**- riesgo relativo
- RUTI** - infecciones recurrentes del tracto urinario
- SFH** - symphysis-fondo al altura
- PGE**- pequeña para la edad gestacional
- SP**- sulfadoxina-pirimetamina
- TB**- tuberculosis
- TBA** - Asistente de parto tradicional de la
- Tdap**- tétanos / difteria / pertussis acelular
- TDF**- tenofovir disoproxil fumarato
- TT**- toxoide tetánico
- TT-CV** vacuna que contiene toxoide tetánico
- GTT** - Grupo de Trabajo Técnico
- UN** - Naciones Unidas
- PNUD**- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- UNFPA** - Fondo de Población de las Naciones Unidas
- UNICEF** - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNIMMAP**- Preparación internacional de micronutrientes múltiples de las Naciones Unidas
- UD(\$)**- Dólar estadounidense dólar estadounidense
- USAID**- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
- UTI** - infección del tracto urinario
- OMS**- Organización Mundial de la Salud

La ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical para todos los recién nacidos sanos.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda ahora un retraso en el pinzamiento del cordón umbilical, para todos los bebés sanos, de por lo menos 30-60 segundos después del nacimiento, dado los numerosos beneficios que ello comporta para la mayoría de estos recién nacidos.

El último dictamen del Comité colegial americano es una actualización de su propia guía del 2012. La revisión se basa en investigaciones más recientes que muestran que, aunque es probable que sean los recién nacidos prematuros los que más se beneficien del volumen adicional de sangre obtenido de la placenta, también los recién nacidos a término pueden beneficiarse, y estos beneficios pueden tener un efecto favorable en los resultados de su desarrollo.

Ya se había aceptado que un retraso en el clampaje del cordón umbilical de los recién nacidos prematuros se asocia con beneficios neonatales significativos: mejor circulación en el período de adaptación a la vida extrauterina, mejor establecimiento del volumen de glóbulos rojos y menor necesidad de transfusión de sangre. También disminuye la incidencia de hemorragia cerebral y de enterocolitis necrotizante.

Ahora, el ACOG reconoce que, aunque hay varias recomendaciones con respecto al momento óptimo para el retraso del pinzamiento del cordón umbilical, ha habido una mayor evidencia



que demuestra claros beneficios para la salud en recién nacidos a término, ya que aumenta los niveles de hemoglobina al nacer y mejora las reservas de hierro durante varios meses, lo que ayuda a prevenir la deficiencia de hierro durante el primer año de vida (deficiencia que se ha relacionado con deterioro cognitivo, motor y del comportamiento).

Reconocen que, en la mayoría de los casos, esto no interfiere con el cuidado temprano, incluyendo el secado y la estimulación de la primera respiración, así como el contacto inmediato piel con piel.

Admiten un pequeño aumento en la incidencia de ictericia que requiere fototerapia en lactantes a término que se someten a un pinzamiento tardío del cordón umbilical, que es importante controlar y tratar.

La investigación no demuestra que el retraso en el clampaje del cordón aumente el riesgo de hemorragia materna. Según el dictamen del Comité, el aplazamiento del pinzamiento no debe interferir con el manejo activo de la tercera etapa del parto, incluyendo los esfuerzos para minimizar el sangrado materno después del nacimiento.



FORMACIÓN CONTINUADA

CURSO VALORACIÓN DEL BIENESTAR FETAL INTRAPARTO

**Objetivos específicos:**

- Actualizar y reforzar 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.

Profesora: M^a Dolores Sánchez Galán.

Experiencia docente en UCLM y UUDD de matrona de Madrid y Toledo, así como impartición de cursos de valoración materno fetal y seminarios de registros cardiotocográficos.

MODALIDAD:
PRESENCIAL (20 horas)

LUGAR:
Avda. Menéndez Pelayo,
93. 28007 Madrid. Metro
Menéndez Pelayo

FECHAS:
14, 15, 16 y 17 de Marzo
de 2017.
Horario: 15:30 a 20:30

PRECIO: Socios de la Asociación Española y vinculadas 10 €
Residentes: 50 €. No asociados: 60 €

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes admitidas recibirán confirmación o denegación previa.

La admisión al curso se realizará por riguroso turno de petición, con prioridad absoluta de los asociados.

Plazo de inscripción: 10 de Febrero a 10 de Marzo 2017

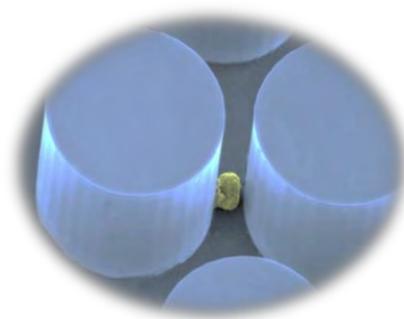


Pero puntualizan que, en situaciones en las que hay hemorragia materna o inestabilidad hemodinámica, anomalías del alumbramiento, necesidad de reanimación inmediata del recién nacido, o problemas del ritmo cardiaco neonatal, es conveniente un pinzamiento inmediato.

Actualmente, no hay suficiente evidencia para apoyar o refutar los beneficios del ordeño (cuando la sangre es empujada manualmente a través del cordón hacia el bebé antes del pinzamiento), aunque están realizando más investigaciones.

Reconocen que el aplazamiento del clampaje disminuye significativamente el rendimiento de la sangre del cordón umbilical, en el caso de utilización de los Bancos de Sangre, por lo que es menos probable que se cumplan los criterios de donación, ya que sólo el pinzamiento inmediato del cordón puede aumentar la cantidad de sangre del cordón umbilical obtenida. Sin embargo, el ACOG considera que los beneficios de la transfusión al nacer probablemente exceden los de la sangre bancaria para su uso futuro, y consideran que se debe informar al respecto a las mujeres y familias.

Ahora, la ACOG reconoce que, aunque hay varias recomendaciones con respecto al momento óptimo para el retraso del pinzamiento del cordón umbilical, ha habido una mayor evidencia científica al respecto.



Reactivar tus defensas contra el cáncer es una de las 10 investigaciones en marcha más importantes de los últimos años.

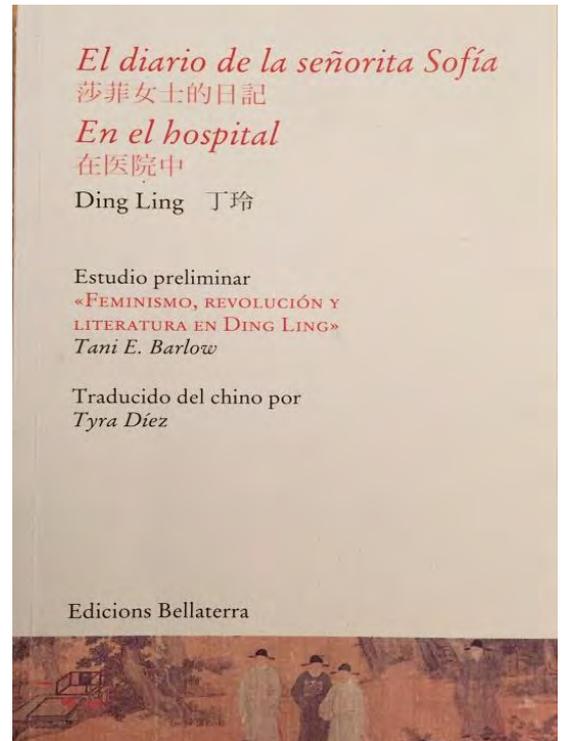
Tras décadas de investigación, el uso de fármacos para estimular las defensas del paciente de cáncer y que sean ellas mismas las que destruyan las células cancerosas, la llamada inmunoterapia, ha llegado a tal estado de madurez que los editores de la revista 'Science' la han colocado en lo más alto de su 'top ten' de los avances científicos más importantes de 2013.

"Hasta ahora, esta estrategia de aprovechar el sistema inmunológico para atacar a los tumores sólo funciona para algunos tipos de cáncer y para unos pocos pacientes, por lo que es importante no exagerar los beneficios inmediatos. Pero muchos especialistas están convencidos de que están siendo testigos del nacimiento de un nuevo e importante paradigma para el tratamiento del cáncer", ha declarado en un comunicado Tim Appenzeller, redactor jefe de la revista 'Science'.

**.....una nueva vida comenzaba para ella,
sin duda repleta de nuevas espigas.
El carácter debe forjarse en los mil y
cientos golpes de martillo; si estos no lo
fundan, alcanza entonces la verdadera
utilidad.**

"Las personas crecen en la adversidad."

Este es el último párrafo del pequeño relato, apenas 35 páginas, incluido en este libro que hoy os recomendamos, de la autora china DING LING, seudónimo de Jiang Bingzhi. Nacida en 1904, criada por su madre después de que su padre muriera cuando ella contaba cuatro años de edad, su progenitora, independiente y fuerte de mente pasó fuertes valores democráticos a Ding Ling, así como un gran interés en la literatura..A los 17 años, tras una discusión con su familia por su rechazo a un matrimonio concertado, se trasladó a Shanghai, donde estudió primero en la Escuela Femenina del Pueblo, centro docente de ideología comunista dentro de la primera red china de escuelas y academias femeninas del país. Después, continuaría sus estudios en otro centro comunista, la llamada Universidad de Shanghai, en la que tuvo como profesor de ruso a Qu Qiubai, que llegaría a ser líder del Partido Comunista, y también asistió a las clases de literatura del famoso escritor Mao Dun (escritor y político chino, creador de la Sociedad de Investigaciones Literarias (1921), partícipe de la fundación de la Liga de Escritores de Izquierda (1930) y ministro de Cultura (1949-1966). La autora perteneció a la generación del Cuatro de Mayo de 1919 siendo una de las pocas mujeres de este movimiento cultural. Para quien lo desconozca el Movimiento del Cuatro de Mayo fue un movimiento social chino, surgido a raíz de



las protestas de los estudiantes en la Plaza de Tiananmén de Pekín (también llamada Plaza de la Puerta de la Paz Celestial) el 4 de mayo de 1919 .

.Las protestas en Pekín se desencadenaron por lo que muchos chinos percibían como condiciones humillantes del Tratado de Versalles, que puso fin a la Primera Guerra Mundial. Aunque China, en su condición de aliado de las potencias vencedoras de la Gran Guerra, pertenecía en teoría al bando ganador, la debilidad del gobierno de la República de China en aquel momento supuso la cesión a Japón de numerosos privilegios comerciales en Shandong (anteriormente concedidos a Alemania) y Manchuria. Estas concesiones a Japón despertaron un profundo sentimiento antijaponés que se tradujo en protestas en todo



el país y una manifestación masiva de unos 3.000 estudiantes que abarrotaron la entonces pequeña Plaza de Tiananmén, frente a la puerta del mismo nombre de la Ciudad Prohibida de Pekín. Los estudiantes coreaban lemas en los que se pedía el rechazo a las Veintiuna exigencias japonesas, y la negativa a firmar el Tratado de Versalles. Dos de los aspectos más relevantes del movimiento fueron el político y el literario. El gobierno de la República en Pekín procedió a disolver las protestas y detuvo a numerosos estudiantes, provocando disturbios y protestas en numerosas ciudades de China.

Ding Ling en 1924, se traslada a Pekín, donde asiste a las clases sobre ficción china y conoce a los también escritores Hu Yepin y Shen Congwen, con los que comparte vivienda. En 1927, los tres jóvenes escritores se trasladan a Shanghai, donde Ding Ling intenta convertirse en actriz. Fracasa en sus intentos de ser actriz, y ese mismo año publica *El Diario de la Señorita Sofía*, su obra más conocida.

La ejecución en 1930 de su pareja Hu Yepin (1903 —1931) escritor, poeta, , dramaturgo chino , miembro prominente de la *Liga de Escritores de Izquierda*, yuno de los *Cinco Mártires de la Liga de Izquierda* ejecutado en febrero 1931 por el gobierno del Kuomintang, supuso la ruptura de Din Ling con su etapa anterior, afiliándose al partido comunista en 1932.

La obra narrativa de Ding Ling se caracteriza por su interés en las mujeres construyendo personajes femeninos prototípicos en cada una de sus etapas literarias. El libro que hoy proponemos contiene dos relatos: por un lado, *El diario de la señorita Sofía* que cuenta la vida emocional de una mujer tuberculosa con una fuerte pasión erótica por un hombre. Sofía representa los principios básicos del feminismo del Cuatro de Mayo, como la prioridad de la

autonomía, el alejamiento del control familiar, la importancia de los actos premeditados, la experimentación sexual, la importancia del amor como una consecuencia de la libertad, etc., un retrato sicológico de la joven moderna china de la década de 1920.

Y en la segunda parte, el relato directamente relacionado con las matronas, es el titulado *En el hospital*, en el que Lu Ping, la protagonista , es una joven apasionada pero inexperta, comadrona soñadora y amante de la literatura, que es enviada a una maternidad comunista para cumplir la misión que se le ha asignado .

Lu Ping trabaja incansablemente para remediar las carencias de su entorno, para ello se asocia con los jóvenes médicos y enfermeras más progresistas, intenta atender a las masas con una fortaleza entusiasta, y se esfuerza por ignorar los rumores de que sus esfuerzos son para atraer a los hombres y no para mejorar la asistencia médica.

Ding Ling falleció en 1986 y durante toda su vida se dedicó a la literatura.

Este libro, tan solo hace dos años que ha sido publicado al castellano, gracias al trabajo de Tyra Díez, traductora española .



XVIII CONGRESO
NACIONAL DE
MATRONAS

Málaga 25
de Mayo
2017

FECHAS IMPORTANTES

15 de febrero:

Cambio de precio inscripción.

10 de marzo 2017:

Fecha límite para la recepción de los resúmenes de los trabajos científicos que se presenten.

10 de abril 2017:

Fecha límite para la comunicación de la aceptación o no de los trabajos presentados.

30 de abril 2017:

Fecha límite para la presentación completa del trabajo aceptado.

ENVIOS A: COMITÉ CIENTÍFICO:

matronascongresonacional@gmail.com

INSCRIPCIONES Y TODA LA INFORMACIÓN EN:

<http://aesmatronas.com/18CONGRESO/>

XV CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

AQUÍ Y AHORA DE LAS MATRONAS ESPAÑOLAS

www.aesmatronas.com

¡ INSCRIBETE PRONTO Y TE BENEFICIARÁS !.

¡ ENVIA TUS TRABAJOS YA !
Mail: matronascongresonacional@gmail.com



MÁLAGA 25-27 MAYO 2017

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

SOLICITADA ACREDITACIÓN





www.aesmatronas.com

