

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Abril 2017 № 13





BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS. Abril. 2017. № 13

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.

En éste número...

- ✓ ESPECIAL:
- La seguridad de los pacientes
- ✓ HEMOS LEÍDO QUE...
- Saltan las alarmas y llega también a España la polémica por el anticonceptivo ESSURE.
- Primera evidencia científica de la relación entre la depresión materna y la TDAH en su hijos
- Mas competencias en materia de prescripción para las matronas francesas.
- El sexo del bebé desempeña un papel en la inmunidad de la mujer embarazada
- Las infecciones bacterianas maternas desencadenan la proliferación anormal de neuronas en el cerebro fetal.
- Contra el Linfedema tras mastectomía, tiro con arco.
- Proyecto Micky. Almohada del corazón.
- Macabras curiosidades Obstetricas.
- Curiosidad adaptativa
- ✓ BREVES: Matronas premiadas.
- Tuberculosis. Médicos Sin Fronteras.
- ✓ MUY INTERESANTE:
- LISÍSTRATA: la primera huelga sexual de la Historia.
- · Curiosidades de la antigüedad.
- ✓ AGENDA
- Cursos AEM
- ✓ BUENAS NOTICIAS:
- Hospital de Getafe.
- Premio A.E.M en el Congreso IHAN
- Curso APMEX
- Curso ON LINE Ministerio de Sanidad....
- Clausura Curso A.E.M.
- Nuevas Pirámides de Alimentación (SENC)
- ✓ PERLAS JURÍDICAS: 5ª años de cárcel por culpa de la viagra
- ✓ LECTURA RECOMENDADA: "Del vientre a la cuna"
- ✓ RECORDATORIO XVIII Congreso Nacional

CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



AVISO:
Los congresistas que viajen en
Renfe deben solicitar su BONO
DESCUENTO PERSONALIZADO en
la Secretaria Técnica del
Congreso: info@solespaña.es



INFORMACIÓN:

http://aesmatronas.com/18CONGRESO/





LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

e nuevo delante del ordenador para seguir aportando a todas las compañeras que leen esta revista digital mi granito de arena en la información y porque no formación, sobre temas que están relacionados y vinculados con la bioética. En concreto, este mes, toca hablar sobre la seguridad de "los pacientes".

Os preguntaréis porqué en plural, ¿no?. Fácil, nuestros sujetos de cuidado son varios, la gestante y su hijo, la mujer y su pareja, y por supuesto, la familia. Así que cuando hablamos de seguridad en nuestro contexto lo haremos pensando en plural.

La seguridad se puede abordar desde muchos puntos de vista pero creo conveniente, como en otros artículos, definir algunos conceptos para después mejorar la comprensión de todo lo que supone cumplir con la máxima de uno de los cuatro principios éticos e hipocráticos "Primum non nocere", "No dañar".

Conceptos básicos (1)

"Error":

Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

"Infracción/incumplimiento":

Desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

Tanto errores como las infracciones aumentan el riesgo de incidentes y eventos adversos, que veremos más adelante.

"Seguridad del paciente": Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

"Daño asociado a la atención sanitaria": Daño derivado de planes o medidas.



adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos. No el debido a una enfermedad o lesión subyacente

"Incidente relacionado con la seguridad del paciente": Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Aquí hay tres variantes: Cuasi incidente: no alcanza al paciente.

Incidente sin daño: alcanza al paciente pero no causa ningún daño apreciable.

Evento adverso: incidente que causa daño a un paciente

"Cultura de seguridad": Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

Dicho todo lo anterior, resulta que tanto los incidentes como los eventos adversos sólo son la punta del iceberg, lo visible, y que por debajo subyacen las características del paciente, fallos del sistema (adecuación de instalaciones y dispositivos, comunicación y cohesión del equipo de trabajo) y humanos (formación, definición de tareas). Todo esto puede dar lugar a errores, despistes o lapsus con las nefastas consecuencias para el paciente. Pero también sería justo decir que no todos los errores o eventos adversos son por causa de los profesionales y que el castigo o el reproche no son efectivos para conseguir disminuirlos. Lo que hay que conseguir es aprender de ellos, comunicarlo lo antes posible para solucionarlo y mitigar el efecto nocivo y por supuesto, mejorar el sistema sanitario.

Factores humanos facilitadores del error

Ningún profesional de la salud, ninguna matrona, conscientemente y voluntariamente

comete errores, somos responsables y competentes en nuestro trabajo, máxime sabiendo que tenemos dos vidas, la de la madre y su hijo, que dependen de ello, pero hay una serie de factores involuntarios que pueden desembocar en situaciones no deseables:

Recurrir a la memoria: Todos y todas debemos trabajar con el registro por escrito de nuestras actividades, tareas, administración de fármacos con la debida prescripción médica. Lo que no está escrito no consta y a la larga se puede convertir en un arma contra nosotras mismas si deriva en denuncia. Incluso con sobrecarga de trabajo podemos incurrir en error por confiar en nuestra memoria.

<u>Procedimientos no normalizados</u>: Lo que no es habitual a veces deja de conocerse y si no está estandarizado o mejor dicho, protocolizado, el propio desconocimiento puede llevar a error.

<u>Turnos de trabajo prolongado</u>: Todas y todos conocéis de sobra lo que conlleva este punto.

Sobrecarga de trabajo y/o estrés: En concreto, el trabajo en urgencias obstétricas (o generales) no tiene patrón homogéneo ni nada que se le parezca y no sólo por el número de ellas que se atienden en un turno sino que además las complicaciones que debes atender en, a veces, minutos.





Y a modo de resumen, ¿cómo podemos reducirlos? Evitar la dependencia de la memoria, simplificar y emplear la estandarización cuando la actividad lo permita, utilizar los protocolos y listas de verificación, mejorar el acceso a la información, reducir los traslados y los cambios de servicio y mejorar feedback. Todo esto sin detrimento de la atención individualizada, cálida y afectiva, además de efectiva y eficiente, que debemos proporcionar en cada situación.

Visión deontológica

Respecto al sistema, sería conveniente que se exigiesen unos mínimos controles en la formación de los profesionales, es decir, la obligación deontológica y profesional de adecuar los conocimientos a la evidencia científica tal como se recoge en diferentes artículos de nuestro Código deontológico (Cap I, art 1,3,7) y el art 11 en concreto dice: "La matrona, como responsable de sus actuaciones, garantizará el derecho a la seguridad de la mujer y/o familia que atiende, protegiéndolos de prácticas incompetentes o no seguras". Y como enfermeras, el art.60 del Código deontológico de la Enfermería Española, lo dice más explícitamente: "Será responsabilidad de la Enfermera/o actualizar constantemente SUS conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que pueden ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende".

Además también el código deontológico de la Comunidad Valenciana recoge en su Cap.II, el art.23, 25 y 26 haciendo mención a la calidad del cuidado en referencia a la seguridad y adecuación de los conocimientos (art.28 y 29).

Todas y todos sabemos de las consecuencias de los recortes sufridos en la sanidad durante estos años, la falta de personal y de recursos, y que han tenido diferentes consecuencias, algunas de ellas nefastas pero ello no debe ser excusa para dejar de ser eficientes, eficaces y efectivos en nuestro trabajo, aspirando a la excelencia. Y en este punto es curioso el art. 61 del Código de Enfermería del CGE:

"La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros de equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales". Este artículo viene reforzado con el 77 y el 80, este último en concreto se refiere a que hacer o dónde recurrir en caso de deficiencias que pongan en riesgo la salud. Y no vale excusa alguna, porque en caso de no poner en conocimiento se es cómplice y participe de los eventos adversos que estas deficiencias puedan causar.

Y por supuesto en el código de la Comunidad Valenciana, el Cap.1, art.7: "La enfermera garantizará el derecho a la seguridad de la persona atendida, protegiéndola de prácticas incompetentes o no seguras:

- a) Si llegase a advertir prácticas inapropiadas, negligentes o que puedan poner en riesgo innecesario la vida o integridad de la persona, lo comunicará de inmediato a su superior jerárquico.
- **b)** Si se mantienen esas prácticas por parte de algún profesional sanitario, sin que se adopten medidas para atajarlas, dará cuenta de ello al Colegio Profesional al que dicho profesional esté adscrito.
- c) Si la enfermera fuera consciente de haber cometido un error en alguna de sus actividades, informará de inmediato a quien corresponda para minimizar los efectos adversos sobre la persona afectada y las consecuencias que de ello pudieran derivarse."

Ello supone un esfuerzo consciente y continuo en el desempeño de nuestra profesión por minimizar por una parte los fallos del sistema, en la medida de lo posible, y por la otra formarnos para avanzar con la ciencia y con los cambios socio- culturales y por supuesto, conocer nuestros códigos deontológicos que recogen el marco legal y la ética de la profesión.

Marco Legal

Y ¿cuál es marco legal en este tema desde el punto de vista sanitario?. Pues cada cinco años aproximadamente el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2) emite un documento al respecto llamado "Estrategia de Seguridad del Paciente del sistema Nacional de Salud", y en su última publicación abarca los periodos de 2015 a 2020 marcando 6 líneas estratégicas con unos objetivos bien definidos para lograr la mejora en la calidad de la atención, que es al fin y al cabo en lo que redunda la seguridad en los cuidados de las personas. También la OMS, se pronuncia al respecto y define la "Seguridad del Paciente" como la "ausencia innecesaria de un daño real o potencial asociado a la atención sanitaria" y elaboran estrategias a nivel mundial para mitigar las diferentes deficiencias que ponen en riesgo la salud de la población.



En concreto uno de los últimos informes hace referencia a la Salud Materno-Infantil en muchos países en vías de desarrollo o poco desarrollados, donde el riesgo no sólo es por la falta de recursos sino también por la adecuación de los profesionales que atienden a esta población en concreto.

Conclusiones

Y llegados a este punto, debemos apelar a la responsabilidad profesional, y ser conscientes que por evitar consecuencias legales posteriores, no podemos dejar de comunicar los "Acontecimientos Adversos", pues estamos implicados de una manera directa o indirecta en los mismos, si nos ocurre, y lo que pudiese quedar en un error se convierta en una negligencia tras su conocimiento y omisión de lo que esto conlleva.

Trabajamos en un ámbito de riesgo y debemos hacerlo con la máxima garantía de proporcionar a nuestros sujetos de atención la mejor y mayor

seguridad minimizando todos los factores que puedan incurrir en eventos adversos, y yo diría que, con la ética y la ciencia andaremos mejor encaminadas a una atención de calidad y de excelentes profesionales. La seguridad del paciente es un desafío para el Sistema Sanitario y un reto para la formación de los profesionales.

Y como siempre acabo con una frase, esta vez es de nuestro ilustre "Premio Nobel de Fisiología 1906" D. Santiago Ramón y Cajal: "Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia".

Mª Isabel Castelló López Presidenta del Comité Ética y Deontología CECOVA

Referencias

Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.Período 2015-2020. SANIDAD 2016.MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

PRINCIPIOS ETICOS CÓDIGO

PENSAMIENTO ETICA MORAL

ETICA DEONTOLOGÍA ETICA

PROFESION MATRONAS MORAL

ETICA MORAL DEONTOLOGÍA

FTICA DENNTOLOGÍA MORAL PENSAMIENTO ETICA MORAL ETICA **DEONTOLOGÍA** ETICA PROFESION MATRONAS MORAL LINESTIDAD MORAL PRINCIPIOS ETICOS CÓDIGO SINCERIDAD LEALTAD MORAL ETICA DENNTOLOGÍA MORAL PENSAMIENTO ETICA PROFESION MATRONA SMORAL ETICA DEONTOLOGÍA MORAL MORAL PROFESION MATRONAS ETICA DEONTOLOGÍA LEALTAD PROFESION MATRONAS MORAL

SALTAN LAS ALARMAS Y LLEGA TAMBIEN A ESPAÑA LA POLEMICA POR EL ANTICONCEPTIVO ESSURE.

Tras más de 15 años de recorrido del anticonceptivo ESSURE comercializado por la multinacional BAYER (tras la compra en 2013 de su fabricante inicial, Conceptus), con la pertinente autorización de la Food and Drugs Administration (FDA) en EE.UU (2002) y en España por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (2001), más de un millón de mujeres en todo el mundo optaron por este método anticonceptivo: 750000 en EE.UU y en España, según estimaciones de la SEGO , unas 80.000 mujeres. Se presentaba como una alternativa no quirúrgica (ni hormonal) y mucho más barata que la ligadura de trompas, que mediante una sencilla intervención, era colocado el pequeño " muelle" de titanio (aunque ahora se ha descubierto que llevaba níquel aunque fuera en una ínfima parte) en las trompas de Falopio de manera que produjera una inflamación del tejido que lo rodeara hasta que la trompa se obstruyera impidiendo el paso de los espermatozoides.

NO ES TAN EFICAZ NI TAN SEGURO

Las altas expectativas generadas por este anticonceptivo desde su lanzamiento al mercado, se han ido desvaneciendo a medida que se han ido registrando errores y efectos secundarios adversos, como en el caso de EE.UU que los cifra en un 12,5%.

En España acaba de ser admitida a trámite ante la Audiencia Nacional, la primera denuncia y curiosamente no contra BAYER, sino contra el Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad y sus órganos dependientes, el Sistema Nacional de Salud y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (Aemps) "por error en la vigilancia y control sanitario del producto, así como en la evaluación de las notificaciones de incidentes recibidas y elaboración de alertas informativas y sanitarias del anticonceptivo Essure."



La seguridad del anticonceptivo en el momento presente está más que cuestionada .

En Brasil ha sido retirado el producto; sin embargo en en EE.UU que fue donde surgió el escándalo, a pesar de que las mujeres que padecen este tratamiento consiguieron forzar una audiencia ante la Food and Drugs Administration (FDA) para revisar el permiso de este anticonceptivo, la institución sanitaria tras revisar los testimonios de las víctimas, escuchar opiniones de expertos y de los abogados de Bayer, decidieron no prohibir la utilización de Essure, aunque sí endurecieron las condiciones para su aplicación e incluso para su etiquetado.

En EEUU se concentran por ahora la mayor parte de notificaciones de **efectos adversos**, unas 17.000 usuarias, algunas de las cuáles ya han demandado a la compañía. La mayoría de las mujeres afectadas como se hizo público ante el panel de expertos convocados por la FDA, por la presión de la activista Erin Brokovich, , sufre intensos dolores en la zona pélvica y abdominal; aunque también hay cientos de casos de alergia al níquel (uno de los componentes del dispositivo) o perforación de las trompas. También se han documentado más de 600 embarazos no deseados por un mal funcionamiento del implante .

El estudio Safetyy and efficacy of hysteroscopic sterilizacion compared with laparoscopic sterilization: an observacional cohort study, . publicado en la revista médica británica BMJ en 2015, concluía en que existía diez veces más posibilidades de riesgo de necesitar cirugía en mujeres que utilizaban este método frente a las que se sometían a una esterilización frente a las que se sometían a una esterilización convencional.



HEMOS LEIDO

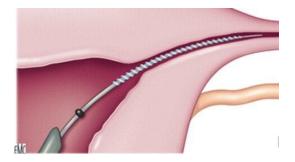
"los riesgos de embarazos no deseados han sido investigados en el estudio "Probability of pregnancy after sterilization: a comparison of hysteroscopic versus laparoscopic sterilization "publicado por la revista Contracepcion Journal en Agosto 2014, en el que los autores afirman que, sobre la base de los datos disponibles, el riesgo previsto de embarazo de la población es más alto tras esterilización histeroscópica que laparoscópica.

MOVIMIENTOS EN ESPAÑA

Además de la demanda mencionada , se ha creado la Asociación Española de Afectadas por Essure _ en España que agrupa ya a 240 mujeres y que se han reunido a principios de este mes de marzo con la directora de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) para hacerle llegar personalmente sus preocupaciones sobre este método anticonceptivo permanente que se ha relacionado con todo tipo de molestias en una parte de sus usuarias y detallarle los 64 casos de mujeres a las que se les ha retirado el implante de las cuales, 15 tuvieron que ser histerectomizadas.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) había solicitado previamente un informe detallado acerca de los presuntos efectos adversos del anticonceptivo Essure, que comercializa Bayer, que ya ha recibido la agencia y en relación al cual el portavoz oficial de Bayer explica que "los datos reportados de Essure a la AEMPS están dentro de la normalidad y de lo esperable, por lo que no se requiere ninguna actuación especial". Por el momento la AEMPS no ha emitido ninguna alarma o recomendación al respecto .

De otro lado la eurodiputada Beatriz Becerra ha llevado el caso al Parlamento europeo y ha denunciado las consecuencias del uso del dispositivo en España durante una reunión, este sábado en Córdoba, de la Asociación de Afectadas Essure, durante la cual ha reclamado, como primera medida, que se elabore un protocolo de retirada de producto para aquéllas mujeres que lo deseen. Y, en segundo lugar, ha reivindicado que se



se evalúe, incluso, la posibilidad de retirar el producto del mercado debido a que el número de afectadas continúa aumentando, según apuntan fuentes de la cámara comunitaria.

Junto a España, existen también grupos de mujeres afectadas en Francia, Holanda, Italia, Finlandia y Suecia. "Aquí es donde más afectadas hay", explica Del Valle, "seguido de Holanda, con unas 600 mujeres. Aunque trabajamos todas juntas a nivel europeo, de alguna manera España es el país europeo que más ha avanzado en este terreno, porque fue la Agencia del Medicamento la que solicitó un informe a la Agencia Europea (EMA)".

PRIMERA EVIDENCIA CIENTIFICA DE LA RELACION ENTRE LA DEPRESION MATERNA Y LA TDAH EN SU HIJOS .

Recientemente ha sido publicado un artículo en el European Child & Adolescent Psychiatry , " Maternal psychopathology and offspring clinical outcome: a four-year follow-up of boys with ADHD" (Psicopatología materna y resultado clínico de la descendencia: un seguimiento de cuatro años de los niños con TDAH) , en el que investigadores del Reino Unido concluyen en que las madres que sufren depresión, aumentan la probabilidad de que su hijo con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ,empeore sus problemas de conducta en la adolescencia.

Este estudio ha sido realizado mediante un seguimiento durante 4 años a niños (143 varones) diagnosticados de TDAH y cuyas madres, sufrían depresión por una parte y TDAH por otra.

De este estudio se extrae la primera evidencia que induce a utilizar el diagnostico de TDAH en la madre , como marcador predictivo de mal pronostico para su hijo afectado de TDAH.



De atrás viene el conocimiento de la transmisión hereditaria de la TDAH; también en estudios previos se ha encontrado que las niñas son más sensibles o vulnerables a los efectos de la depresión materna a medida que entran en la adolescencia en comparación con los niños . Sin embargo los resultados y conclusiones de este estudio son específicos para los adolescentes varones jóvenes con TDAH y en el se descubre que el hecho de que la madre padezca TDAH no influye en el hecho concreto de que su descendiente, diagnosticado de la misma enfermedad, presente cambios a peor en su conducta o en los síntomas de su trastorno.

Sin embargo los autores del estudio en cambio observaron una correlación entre las madres deprimidas y el agravamiento de los problemas de conducta de sus vástagos cuando entran en la adolescencia, en tanto que los síntomas propios del TDAH del menor permanecen sin cambios.

A la vista de las conclusiones del trabajo, resultaría razonable proponer un cribado de depresión en progenitoras de menores que padezcan el trastorno implementando esta medida a la práctica clínica y tomar las medidas de precaución correspondientes en caso de que la madre esté deprimida.

El estudio también sugiere que la influencia de la psicopatología de los padres sobre los resultados a largo plazo en los niños con ADHD puede variar según la psicopatología específica de los padres. Sin embargo, este extremo no lo han podido probar los investigadores debido al tamaño limitado de la muestra, y que en cualquier caso, requeriría una investigación más a fondo; también apuntan, que investigaciones futuras deberían considerar la investigación de las diferencias de los efectos en los niños y niñas con TDAH en relación con el efecto de la psicopatología de los padres.



MAS COMPETENCIAS EN MATERIA DE PRESCRIPCIÓN PARA LAS MATRONAS FRANCESAS.

La Ley N ° 2016-41 de 26 de enero en Francia tiene por objeto la modernización del sistema de salud francés. La ley está en vigor y se aplica tras la publicación de sendos decretos emitidos en Agosto de 2016.

Organizada en 5 títulos, precedida por un preliminar "Recopilación de las partes interesadas de salud en torno a una estrategia compartida", la ley incluye varias disposiciones destinadas a extender las competencias de las matronas incluyendo:

- -La práctica del aborto (IVG) Drogas (artículo 127);
- -La prescripción y la práctica de la vacunación en el entorno de las mujeres y los niños en el periodo postnatal, de ocho semanas contra 28 días para un recién nacido (artículo 127);
- -La aplicación sistemática de forma experimental en algunas zonas durante un período de tres años de consultas y un monitoreo especializado para cualquier mujer embarazada que fuma regularmente, con el fin de aumentar el interés por dejar de fumar (artículo 135);
- 4. La terapia de reemplazo de nicotina con receta a todas las personas que vivan habitualmente en el entorno de la mujer embarazada o el niño hasta el final del período postnatal (artículo 134);
- -La eliminación del período de reflexión entre la primera y la segunda consulta para un aborto (artículo 82);
- -Permitir a las matronas monitorear el embarazo y asistir el parto de una menor de edad sin el consentimiento de los titulares de la patria potestad (artículo 7);
- -La realización del examen posnatal por la matrona en ausencia de condición patológica, igual que el embarazo o el parto hayan sido eutócicos o no (artículo 127);
- 8. La adopción de un estatus oficial público de estudiantes de obstetricia (artículo 128).

Fuente : Ordre de las sages-femmes

El sexo del bebé desempeña un papel en la inmunidad de la mujer embarazada

Las mujeres han sostenido durante años que sus cuerpos reaccionan de manera diferente si están embarazadas de un feto varón o hembra. Algunos estudios sugieren que el sexo de un feto podría ser la respuesta al por qué algunas mujeres reportan diferencias con las náuseas matutinas, antojos y otros síntomas.

Ahora la evidencia, publicada en la edición de febrero de la revista Brain, Behavior and Immunity, muestra que el sexo de un feto está asociado con las respuestas inmunes de las mujeres embarazadas. Investigadores de la Universidad Estatal de Ohio Wexner Medical Center siguieron a 80 mujeres embarazadas en el transcurso de su embarazo y examinaron si las mujeres exhibían diferentes niveles de marcadores inmunes llamados citoquinas basados en el sexo fetal. Esos marcadores inmunes fueron expuestos a bacterias en el laboratorio y analizados.

"Aunque las mujeres no mostraron diferencias en los niveles de citoquinas sanguíneas basadas en el sexo fetal, descubrieron que las células inmunitarias de las mujeres que llevaban fetos femeninos producían más citoquinas proinflamatorias cuando estaban expuestas a bacterias.

La inflamación es una parte crítica de la respuesta inmune implicada en la curación de heridas y respuestas a virus, bacterias y enfermedades crónicas. Sin embargo, la inflamación excesiva es estresante para el cuerpo y puede contribuir a los síntomas relacionados con la enfermedad, tales como dolor y fatiga. A pesar de que los autores afirman que ha de proseguir la investigación investigación, también infieron de lo encontrado hast el momento que la inflamación aumentada observada entre mujeres que llevan fetos femeninos podría jugar un papel en el por qué las mujeres tienden a experimentar exacerbados de algunas condiciones médicas, incluyendo asma, cuando llevan un feto hembra frente a un feto varón.

Esta investigación ayuda a las mujeres y a sus obstetras a reconocer que el sexo fetal es un factor que puede afectar la forma en que el cuerpo de una



mujer responde a los desafíos inmunológicos cotidianos y puede conducir a nuevas investigaciones sobre cómo las diferencias en la función inmune pueden afectar la respuesta de las mujeres a diferentes virus, O enfermedades crónicas de salud (como el asma), incluyendo si estas respuestas afectan la salud del feto ", afirman los investigadores del estudio.

Las infecciones bacterianas maternas desencadenan la proliferación anormal de neuronas en el cerebro fetal.

Los científicos del St. Jude Children's Research Hospital han identificado un mecanismo que podría explicar el vínculo entre las infecciones maternas durante el embarazo y los problemas cognitivos en los niños.

Han descubierto cómo las piezas de la pared celular bacteriana atraviesan la placenta y entran en las neuronas en desarrollo, alterando la anatomía del cerebro fetal y el funcionamiento cognitivo después del nacimiento. El estudio se ha publicado en la revista científica *Cell Host & Microbe*.

.Los hallazgos en un modelo experimental proporcionan un posible mecanismo en el que podría subyacer la asociación entre las infecciones bacterianas maternas durante el embarazo y un mayor riesgo de autismo y otros problemas cognitivos en los niños. La investigación también plantea preguntas acerca de qué clase de antibióticos deben usarse para tratar tales infecciones.

"El hallazgo fue inesperado porque en niños y adultos las infecciones neumocócicas pueden conducir a meningitis y la muerte de neuronas", dijo la autora del estudio Elaine Tuomanen , MD , presidenta del departamento de Enfermedades Infecciosas del St. Jude . La evidencia sugiere que las infecciones maternas causan un evento de señalización que conduce a la proliferación y reorganización de neuronas en el cerebro en desarrollo que es defectuoso de alguna manera, tal vez debido a la superpoblación .

Los investigadores demostraron por primera vez que pedazos de la pared celular bacteriana cruzaron la placenta y viajaron al cerebro fetal, desencadenando la proliferación de neuronas inmaduras. La evidencia sugiere que la proliferación fue provocada por una vía previamente no reconocida que implica el sistema inmune innato y una proteína que regula la expresión génica.

La proliferación dio lugar a un aumento del 50 por ciento en las neuronas en una región del cerebro en desarrollo que se convierte en la corteza, que es responsable del pensamiento, la acción y otras funciones superiores.

Los investigadores también informaron que los ratones expuestos a la pared celular bacteriana temprano en el desarrollo fetal temprano posteriormente en las prueba realizadas estaban por debajo del promedio en las medidas de la memoria y el funcionamiento cognitivo.

Los investigadores encontraron pruebas de que el tratamiento de la infección materna por el antibiótico ampicilina, que provocan un reventón de la bacteria y liberan la pared celular pueden generar cambios en el cerebro en desarrollo – dicen.. Estos cambios no se produjeron en los ratones tratados con antibióticos como clindamicina que matan sin liberar la pared celular"

Fuente: St. Jude Children's Research Hospital



Contra el Linfedema tras mastectomía, tiro con arco.

En el Hospital Infanta Leonor de Madrid han iniciado un programa pionero, específico de práctica de Tiro con Arco adaptado y orientado a las necesidades para el tratamiento de linfedemas en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

La vibración del arco a la suelta hace un efecto similar al del masaje linfático sobre el brazo afectado por el linfedema reduciendo éste considerablemente y por otra parte, la mayoría de las pacientes practicando esta disciplina adquieren más fuerza y movilidad en hombro y brazo , aunque antes de saltar al campo de tiro preparan sus músculos para evitar lesiones.

Tienen una sesión con los fisioterapeutas para mostrarles esos ejercicios especiales de preparación para iniciarse en el deporte y acto seguido siguen un cursillo de iniciación al tiro con arco de dos fines de semana de duración.

El proyecto financiado por le Consejo Superior de Deportes, lleva un año en marcha y ha tenido una estupenda acogida por parte de las mujeres que se han incorporado al mismo siempre guiadas `por profesionales de la Federación española de Tiro con Arco

El club de arqueros de Pozuelo contra el cáncer de mama .

Monitores del club de arqueros de Pozuelo encabezados por Juan pedro de Blas Castñaeda, la Fisioterapeuta y arquera del club Patricia Encinas López,, la doctora especialista en oncología , Lucía González Cortijo , han puesto en marcha una inicia-

tiva basada en el estudio realizado por el 14 mujeres de la iniciativa "Corre en rosa" participarán en esta experiencia; son mujeres mastectomizadas por cáncer de mama atendidas en el hospital Quirón Salud de Pozuelo de Alarcón (Madrid) supervisadas y acompañadas por la oncóloga especializada en Mama y Ginecología Oncológica, Dra. Lucía González Cortijo, las que van a tomar parte en un curso de tiro con arco de 20 horas de duración cuyo objetivo es mejorar los síntomas del linfedema secundario a la IQ.

Se reunirán semanalmente en un cursillo de 20 horas de duración. Previo al inicio se hace una valoración pormenorizada de las pacientes con el fin de adaptar el material y elaborar un Plan de adaptación y de entrenamiento personalizado.



Iniciativa "Corre en rosa".

La doctora Lucía González había leído (a falta de demostración científica) que la práctica del running es un factor que puede aumentar la supervivencia en el tipo de pacientes (oncológicas) que ella trata a diario en la clínica Quirón de Pozuelo .

A pesar de la falta de evidencia científica, la mera posibilidad de que así fuera se le metió en la cabeza, ella una corredora popular que hacía tiempo quería unir su profesión y sus ganas de ayudar a sus pacientes, con su pasión, porque ella habia empezado a correr por hacer algún tipo de deporte y al poco tiempo se dio cuenta de lo bien que se sentía corriendo. Ahí fue donde se le ocurrió la idea de trasladar esa sensación a sus pacientes. Llevaba mucho tiempo tratando de concienciar a las enfermas de cáncer que hicieran ejercicio, que caminaran durante la quimioterapia, sobre todo después de los cambios hormonales que sufrían

sobrepeso. Como le costaba mucho en las consultas lograr convencer a sus pacientes, se le ocurrió hacer un programa piloto. Empezó comentando la idea con cardiólogos del Hospital y médicos responsables del deporte. Pensaron en buscar algún entrenador, pero fue complicado porque no tenían sitio físico para realizar las actividades y tampoco financiación para pagar a un profesional del deporte. Pero como las causalidades existen, en un día de running se encuentro casual con Ramiro produjo el Matamoros que le comentó a la doctora que estaba entrenando a grupos en San Sebastián de los Reyes, como Director Deportivo de Clínica Menorca. Esto fue interpretado por la doctora como lo que era: una oportunidad única. Ella le contó su proyecto y automáticamente él se ofreció voluntariamente a participar en esta tan loable como terapéutica iniciativa y así, en algo menos de 9 meses, " Corre en Rosa "se ha convertido en una realidad.

Entre Ramiro y varios de sus corredores, siempre en forma de voluntariado, sin percibir un céntimo, ubican en 3 grupos a casi 70 mujeres que han padecido o aún padecen la enfermedad.

- -El primero solo camina. Todo el tiempo. A diferentes ritmos.
- -El segundo alterna pasos y zancadas.
- -El tercero solo corre. Corre todo lo que puede!!!!!

Los beneficios son evidentes , beneficios físicos: pérdida de peso, mejora en la calidad del sueño", y beneficios emocionales : una alegría especial, una autoestima mayor, ganas de luchar y ganas de disfrutar la vida . Sin duda la mejor terapia antidepresiva que estas mujeres pueden tener a su disposición. Cada una de estas mujeres vestidas con camiseta rosa lleva consigo una historia que emociona y sobre todo cuando son las protagonistas las que , sin autocompasión, sino con decisión y fortaleza , relatan una nueva forma de afrontar con el mayor positivismo la vida que les ha tocado vivir.

La Fundación "La vida en Rosa" presidida por la Dra. Lucía González Cortijo, y creada en Septiembre 2016 tiene como objetivo dar soporte de todo tipo, físico, psicológico, intelectual y espiritual a todas las mujeres con cáncer.

Lo primero ha sido Corre en Rosa, pero hay otras



dos patas a desarrollar: "Piensa en Rosa": soporte psicológico para mujeres, especialmente para madres con niños y "Crea en Rosa": un especie de escuela para mujeres con cáncer para que puedan desarrollar facetas intelectuales con filmoteca, club de lectura, artes plásticas, música, teatro, etc.

Desde estas líneas vaya un aplauso para todos los voluntarios encabezados por la doctora González y para esas mujeres valientes que no quieren perder "la carrera más importante": vivir la vida.

Proyecto Micky. Almohada del corazón.

La Almohada del Corazón es de la mayor importancia para aliviar el sufrimiento de las enfermas operadas de cirugía mamaria,

SE ENTREGA DE FORMA TOTALMENTE GRATUITA.

Sus orígenes se sitúan en el HOSPITAL ERLANGER MEDICAL CENTER de Chattanooga en Tennessee (Estados Unidos) donde la enfermera del servicio de oncología JANET KRAMER-MAI tuvo que ser operada en 2001. Después de la operación, tres de sus tías cosieron y le colocaron una almohada que se aiustaba confortable-mente debajo del brazo.

La almohada no solamente le reducía de forma sensible el dolor de la incisión al no presionar el edema sino que la protegía de contactos o golpes accidentales, y disminuía la tensión de los músculos del hombro, evitando así gran parte del sufrimiento de este tipo de postoperatorio. Después de su recuperación, Janet lo introdujo en su servicio del Hospital.

A raíz de asistir a un congreso en Washington, Estados Unidos, Nancy Friis Jensen conoció a Janet que le presento su proyecto de la almohada. entregándole una almohada del corazón. Estas almohadas eran cosidas por voluntarias de varias iglesias y diferentes agrupaciones que las entregaban al hospital para las mujeres recién operadas de cirugía mamaria.

Nancy inmediatamente aplicó la idea en su centro de trabajo en Dinamarca y poco a poco fue encontrando ayuda de todo tipo por parte de voluntarios y colaboraciones de todo el país



distribuyendo la almohada en todos los hospitales de Dinamarca y otros países de Europa. La almohada del Corazón permite a los pacientes y familiares no solo paliar el dolor de el postoperatorio, sino a conectar con otras mujeres demostrándoles con este regalo que no se encuentran solas y que otras mujeres, aunque no las conozcan, piensan en sus necesidades.

Micky, (Maria Jose Loly de Cooman) de Mallorca encontró la almohada en internet, y después de pedir las autorizaciones debidas empezó a introducirlo en Mallorca, Menorca e Ibiza y ahora por todo el territorio Español.

En algunos hospitales como en el H.UI Valdecilla de Santander, son las matronas quienes se sumaron a este proyecto y son ellas quienes se encargan de entregar personalmente los cojines que regularmente depositan las voluntarias en la Unidad de Partos. La Asociación Cántabra de Matronas apoya y difunde esta iniciativa " con corazón".



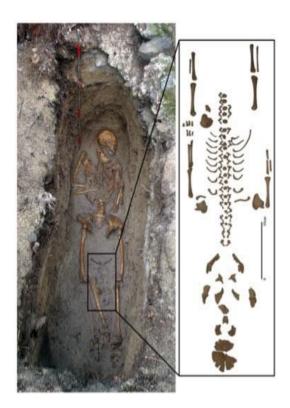
Colabora : http://www.almohadadelcorazon.com/

MACABRAS CURIOSIDADES OBSTETRICAS

La casualidad hizo que cayera en mis manos un artículo de la Revista Internacional de Osteoarqueología titulado The Non-Adult Cohort from Le Morne Cemetery, Mauritius: A Snap Shot of Early Life and Death after Abolition ('Los individuos no adultos del Cementerio de Le Morne, en la isla de Mauricio: perspectiva de los primeros años de vida y la muerte tras la abolición') lo que hizo toparme con una expresión, confieso, para mi desconocida: parto en ataúd. La curiosidad me llevó a intentar recopilar información acerca de este hecho y lo primero que me encontré fue la definición de lo que el mundo académico denomina extrusión fetal post-morten que consiste en la expulsión de un feto no viable a través de la abertura de la vagina del cuerpo en descomposición de una mujer, como resultado de la creciente presión de los gases intra-abdominales

Los cadáveres se descomponen. Este proceso implica la disminución de oxígeno que a su vez está acompañado por la multiplicación de bacterias anaerobias que conduce a una acumulación de gases como subproductos del metabolismo, léase el dióxido de carbono y metano, producen que el cuerpo se hinche de manera significativa ejerciendo a la vez una función similar a las contracciones que experimenta la mujer durante el parto normal. El aumento del volumen de los gases a nivel abdominal empuja sobre el útero, lo que obliga al feto muerto a descender a través de la vagina (y en ocasiones, puede incluso ser prolapsado el útero).

Las principales diferencias entre el parto postmortem y el parto en mujer viva radican en el estado de la madre y el niño y el mecanismo del parto. En el parto e nvivo, las contracciones de la madre estimulan al niño a salir de la matriz, en un caso de nacimiento en ataúd, es el gas acumulado el que presiona dentro del cuerpo putrefacto de una mujer embarazada y empuja el feto muerto desde el interior de la madre al exterior . Una cuestión química como es la descomposición de una mujer muerta , produce un simulado y macabro parto - de ahí el término "nacimiento en ataúd."



Posible parto en un ataúd. Caso descubierto por Appleby y sus colaboradores en el año 2012.

Este hecho no ha sido completamente explicado ya que no en todos los casos de muerte de una embrazada se produce el nacimiento postmorten y rara vez ocurre en la actualidad aunque se deduce que en este ultimo extremo sea debido principalmente a la eliminación de fluidos corporales y bacterias responsables de la putrefacción y subsiguiente hinchazón por el tratamiento químico que actualmente se les da a los cadáveres.

Los expertos forenses declararan que el nacimiento en el ataúd o, o extrusion fetal post-morten podría producirse al cabo de varias semanas o meses, siempre dependiendo de factores externos tales como la temperatura exterior del cuerpo o del propio cuerpo de una mujer.

Los textos históricos explican esta macabra curiosidad con frialdad clínica. Existen informes médicos de los siglos XVI al XVIII y otros casos registrados en Bioarqueología que aportan pruebas de que estos hechos sucedieron.



A través de las crónicas históricas contamos con varios casos documentados aunque se desconoce la fidelidad de los testimonios recogidos.

En 1551, fue registrado uno de los más antiguos conocidos casos documentados de nacimiento en ataúd : se trata del caso de una mujer condenada por la Santa Inquisición en España que, tras su fallecimiento y unas horas colgando de la soga con la que se le ajustició, dio a luz.

Las anotaciones de Bonet describen a una mujer en Bruselas estando embarazada en el año 1633 y en medio del trabajo de parto entre convulsiones murió , dio a luz pasados tres días de su fallecimiento y se encontró el feto muerto "colgando entre los muslos" .

En 1650, un registro parroquial se lee que el 2 de Abril de 1650, fue enterrada Emme, esposa de Thomas Toplace, tras haber permanecido unas horas en la tumba, se encontró que había dado a luz un niño "

Otros casos aparecen registrados por médicos e historiadores: "Richter de Weissenfels, en 1861, informó del caso de una mujer que murió entre convulsiones, y sesenta horas después de su muerte expulsó un feto de ocho meses. Stapedius escribe a un amigo acerca del caso de un feto hallado muerto entre los muslos de una mujer que falleció repentinamente a causa de una grave enfermedad. Schenk menciona que la mujer murió a las cinco de la tarde, y que a las tres de la madrugada nació un niño al que ya le habían salido dos incisivos. Veslingius nos habla de una mujer que murió de epilepsia el 6 de junio de 1630, y de cuyo cuerpo, dos días más tarde, salió un niño. Wolfius cuenta el caso de una mujer que murió de parto en 1677. Se observaron movimientos abdominales seis horas después de su muerte. Se sugirió practicar una cesárea, pero su ejecución se pospuso, y dieciocho horas más tarde nació el niño espontáneamente." (Gould & Pyle 1981).

Un parto en un ataúd actualmente, como antes mencionamos, es algo casi imposible hoy en día por el tratamiento químico de los cadáveres, sin embargo se han registrado casos como el del 2005



Detalles de orientación y posición del neonato que indican el nacimiento en el ataúd

heroína, fue encontrada en su apartamento en un estado avanzado de descomposición. Durante la autopsia posterior, se observó la cabeza y los hombros de un feto sobresaliendo de su vagina y se diagnosticó como un caso de extrusión postmorten.

En 2008, en Panamá, una desaparecida mujer embarazada fue encontrada unos días más tarde en avanzado estado descomposición supuestamente víctima de un homicidio . Un feto también en proceso de descomposición fue descubierto en su ropa interior.

Hace sólo unos pocos años, en 2013, una inmigrante eritrea embarazada, murió cuando el barco en el que viajaba hacia Italia naufragó. Cuando un buzo recuperó el cadáver de esta mujer, se encontraron con un bebé en la polaina de la madre.

Dado que se trata de un proceso pasivo, ya que la expulsión se debe exclusivamente a la fuerza de los gases putrefactivos de ahí, que algunos autores consideren que la denominación de "parto postmorten" no es totalmente correcta ya que la palabra "parto", implica un mecanismo activo y vital, vitalidad que no existe en estos supuestos. Lo correcto sería entonces hablar de "expulsión fetal postmorten".

No todas los partos postmorten tienen como resultado la muerte del bebé, en este caso estos nacimientos no son clasificados como extrusión fetal post-morten. Tal fue el caso de una embarazada de 23 años de edad, en la India en 2007



que tras el inicio de las contracciones de parto , se quitó la vida y sorprendentemente, se completó el nacimiento -un raro ejemplo de parto después de la muerte. El bebé, más tarde, fue encontrado vivo y todavía unido al cuerpo de madre muerta, sin duda una circunstancia en la que la vida y la muerte tuvieron una conexión umbilical verdaderamente trágica.

Por otra parte en bioarqueología, la identificación de este proceso puede ser difícil debido a la esqueletización. El Hallazgo de una hembra junto a un feto no es suficiente para certificar la extrusión post-morten va que alguien puede haberlos colocados juntos, incluso si han muerto separados en un corto de periodo de tiempo. Es muy importante reconocer la ubicación de los dos conjuntos de restos y el posicionamiento. Lewis (2007) sostiene que la identificación del nacimiento del ataúd requiere que los restos fetales estén completos y en una posición inferior y en línea con la salida pélvica. La cabeza del feto debe estar orientada en dirección opuesta a la de la madre. La edad del subadulto también es importante para determinar si era lo suficientemente "joven" como para ser un neonato o un niño pequeño.

En el artículo de Appleby et al. (2012) se encontró un esqueleto de recién nacido de 33 a 35 semanas de gestación en esta posición. Debido a esta evidencia, argumentan que este es un caso de nacimiento de ataúd. Mientras que el sitio data de la década de 1830, cuando la preservación guímica fue aumentando en el uso de la población fallecida fue principalmente esclavos o esclavos liberados que no pueden haber tenido los fondos para preservar sus muertos o pueden no haber querido este tipo de proceso. Se han descubierto otros ejemplos de nacimiento de ataúdes bioarqueología, lo que demuestra que esto , aunque escasamente, ha ocurrido a lo largo de la historia.

Fuentes:

-Appleby, J. et al. . The Non-Adult Cohort from Le Morne Cemetery, Mauritius: A Snap Shot of Early Life and Death after Abolition *International Journal of Osteoarchaeology*, *33* (4) (2012) -Gould and Pyle. 1981. Anomalies and Curiosities of Medicine. l-Lasso E. &cols. Medicina Forense en Imágenes . Expulsion ppostmorten. Postmorten fetal extrusion. Cuad, Med. Forense, 15(55) Enero 2009.

-Meyers K. New morbid terminology: Coffin Birth. Junio 2016

CURIOSIDAD ADAPTATIVA

Desde hace décadas, existe un denominado 'dilema obstétrico' que plantea que la pelvis femenina no ha evolucionado para garantizar partos más sencillos y menos dolorosos como ocurre con otras especies. Sin embargo, un estudio realizado por la Universidad de Zúrich (Suiza) y en la revista "Proceedings of the National Academy of Sciences, demostraría todo lo contrario.

Según este equipo de investigadores, "los cambios en la estructura de la pelvis no vienen dados por la evolución, como se pensaba, sino más bien por el desarrollo individual –ontogenia– de cada ser humano de sexo femenino". Para comprobarlo, realizaron un estudio donde examinaron el desarrollo de la pelvis de 275 individuos con edades comprendidas desde el nacimiento hasta los 95 años de edad

Los resultados demostraron que hasta el inicio de la pubertad, el desarrollo de la pelvis es paralelo en mujeres y hombres. El ensanchamiento alcanza su punto máximo a los 25 años y se mantiene hasta los 40, lo que coincide con el periodo de máxima fertilidad en la mujer. A partir del inicio de la menopausia, la pelvis se comienza a estrechar y su desarrollo se torna de nuevo similar al de la pelvis masculina". A partir de ese punto, la pelvis femenina empieza a diferenciarse de la del hombre, ampliándose para facilitar el parto. A la llegada de la menopausia, la pelvis se comienza a estrechar y su desarrollo se torna de nuevo similar al de la pelvis masculina.

De esta manera, queda demostrado que el ensanchamiento de la pelvis proporciona mejores condiciones para el parto y luego se modifica a una menos amplia mucho más favorable para la estabilidad de la cintura pélvica, los órganos abdominales durante la postura erguida y la locomoción bípeda. Además, hicieron hincapié en el efecto que tiene la nutrición en los cambios morfológicos de manera indirecta, ya que la producción de estrógeno está influenciada en los factores fisiológicos como en el índice de masa corporal.

Fuente:

http://www.pnas.org/content/early/2016/04/20/1517085113

PREMIO SANITARIO PARA MATRONAS DE ZAMORA.



Candelas Fernández y Alicia Vaquero, recogen el premio de "Acción en Salud Pública" de manos de Agustín Álvarez Nogal, director general de Salud Pública.

FOTOGRAFIA Redacción Médica

Sanitaria 2000 ha reconocido este mes la labor de entidades y profesionales del sector de la salud en sus VIII Premios de Castilla y León, que se han entregado en una gala celebrada en el Centro Cultural Miguel Delibes de Valladolid y presidida por el consejero de Sanidad del Ejecutivo autonómico, Antonio María Sáez Aguado.

Entre los premiados en un total de 14 categorías se Encontraban el Colegio de Farmacéuticos de Castilla y León, el Área de Salud de Ávila, el centro de Grupo Recoletas en Zamora, el Programa Regional de Asistencias Ventriculares, el equipo de matronas de Zamora, el blog Mamis y niños, la Asociación Española Contra el Cáncer, el jefe del Servicio de Ginecología de Zamora, Luis Feijoó Rodríguez, o el centro de Atención Primaria de El Burgo de Osma (Soria).

Las matronas han sido galardonadas con el Premio de Acción en Salud Pública, por la iniciativa desarrollada por el equipo de matronas de Atención Primaria en acciones inter-institucionales de Salud Pública.

¡ Enhorabuena por el premio!

CELEBRACIÓN DE SAN JUAN DE DIOS

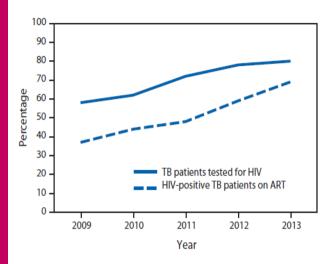
Los enfermeros homenajean a la matrona Lolita Navarro



El Colegio Oficial de **Enfermeros** de Castellón ha celebrado durante la tarde de hoy, viernes 10 de marzo, el Día de la Enfermería en el que se ha **homenajeado** a la matrona **Lolita Navarro** por su larga trayectoria profesional, de más de 50 años, y en la que ha asistido **más de 20.000 partos**.

Navarro, visiblemente emocionada, ha agradecido este reconocimiento concedido por sus compañeros de profesión, tras lo cual ha realizado un emotivo repaso de su carrera, haciendo especial hincapié en sus inicios, y en cómo ha evolucionado la profesión en las últimas décadas. En este momento, Navarro sigue ejerciendo como matrona asistiendo a mujeres que trajo al mundo.

¡Felicidades Lolita!



La <u>tuberculosis</u> es una de las enfermedades infecciosas que más víctimas se cobra cada año en el mundo. Se estima que 1,8 millones de personas mueren cada año a causa de esta enfermedad. En los últimos cuatro años se han aprobado dos nuevos fármacos: delamanida y bedaquilina, que se espera que formen la columna vertebral de nuevos y notablemente mejores tratamientos de tuberculosis resistentes a los medicamentos (TB-DR).

En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que más de medio millón de personas estaban infectadas con TB-DR. De ellas, solo una de cada cuatro había sido diagnosticada y recibía tratamiento para este tipo tuberculosis. Sin embargo, en 2016, solo 4.800 tuberculosis resistente personas los medicamentos (TB-DR) fueron tratadas con los dos fármacos más nuevos y efectivos. Médicos Sin Fronteras (MSF) lamenta que apenas el 5% de los enfermos requieren estos nuevos medicamentos los reciban a pesar de que estos llevan en el mercado cuatro años.

Al margen de un reducido número de ensayos clínicos y programas de uso compasivo, solo 469 personas fueron tratadas con de lamanida en 2016. En el mismo periodo, poco más de 4.300 pacientes recibieron bedaquilina. El resto de enfermos que reciben tratamiento para la



Médicos Sin Fronteras

Pablo Ariza. Prensa - Delegación Andalucía & Extremadura

tuberculosis resistente a los medicamentos siguen regímenes más antiguos y más tóxicos que solo curan el 50% de los casos. Además, estos tratamientos tienen efectos secundarios graves que van desde la sordera a la psicosis.

Los dos nuevos fármacos: bedaquilina, producidos por Janssen - Johnson & Johnson y delamanida, producido por la compañía japonesa Otsuka es limitado. Por un lado, las compañías farmacéuticas no los han registrado en muchos países que soportan una incidencia alta de tuberculosis. "Nuestro primer gran problema es las farmacéuticas ni siguiera registrando nuevos fármacos en algunos de los países más afectados por la enfermedad; el segundo gran obstáculo es su alto precio", asegura el Dr. Isaac Chikwanha, asesor de Tuberculosis de la Campaña de acceso a medicamentos de MSF. "Tanto Janssen como Otsuka – especialmente esta última - deben acelerar urgentemente el registro de sus medicamentos en los países que soportan una alta carga de tuberculosis y establecer un precio asequible".

Además del comunicado y os enviamos varios materiales audiovisuales sobre tuberculosis en Suazilandia.

Suazilandia es uno de los países con mayores tasas de tuberculosis en todo el mundo y las formas multirresistentes de la enfermedad están en aumento. En los vídeos y fotos que tenéis disponible para descarga se muestra el apoyo que el programa de MSF en el país proporciona a los pacientes durante el duro y prolongado tratamiento (hasta dos años en los que tienen que ingerir 15.000 píldoras) que tiene efectos secundarios graves como la sordera



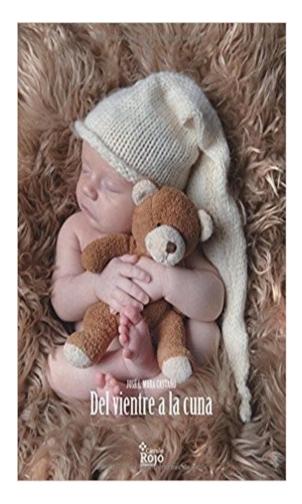
LIBRO "DEL VIENTRE A LA CUNA"

La recomendación literaria de este boletín no es un libro al estilo de los que habitualmente destacamos con la matrona como protagonista de una historia novelada.

En esta ocasión se trata de un precioso libro de poemas escrito por un padre , José Luis Mora Castaño, médico de urgencias en el Hospital de Don Benito-Villanueva de la Serena, de la provincia de Badajoz.

El hecho de ir a ser padre le hizo poner en práctica la segunda de sus pasiones, la escritura (la primera, la medicina claro está) . Y así mientras esperaba la llegada de su hijo fue elaborando un poemario que es un canto a la maternidad vista desde la mirada de un padre entregado, que entiende que en la crianza han de estar el uno con el otro. El libro se llama "Del vientre a la cuna", y refleja el alama de una persona sensible , ilusionada con la vida y con la paternidad. Respetuoso y amante de la mujer con la que comparte la vida y el proyecto de ser padres.

Motivos pequeños , los del día a día en una espera que dura 9 meses para empezar el camino sin fin de apoyo y cariño a un hijo que lo será siempre ; estas son las inspiraciones de este escritor que nos regala un libro hermoso , entrañable, tierno, porque transmite generosidad e ilusión por " esa personita que sin llegar" ha llenado la vida de la pareja y llegando, ha redondeado la felicidad conyugal. Realmente delicioso, muy recomendable.





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: Mª 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



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 redicará por reguroso turno de petición, con prioridad absoluta de los asociados.

Plazo de inscriçción: 1003 Febrero a 10 de Marzo 2017







CURSO: HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN PARA MATRONAS

Justificación

En las relaciones personales y profesionales la comunicación es esencial. Inmersos en una era en la que la tecnología inunda nuestras comunicaciones y la inmediatez exige un estilo de comunicación diferente al que hemos tenido hasta ahora, parece más que nunca necesario cuidar la manera en que nos comunicamos tanto dentro de las organizaciones como en las relaciones interpersonales.

No es solo necesario identificar cómo nos comunicamos, sino también aprender cuándo y cómo hacerlo de la manera más efectiva posible, asegurándonos que el mensaje que queremos transmitir llega a nuestro interlocutor de la manera más precisa posible.

Este curso permitirá a las participantes identificar qué tipo de comunicación emplean, los aspectos de mejora y las posibilidades de crecimiento en su manera de comunicarse. Así mismo les dotará de las herramientas necesarias para comunicarse de manera efectiva, identificar y eliminar las barreras a la comunicación con sus mujeres y adquirir herramientas para una comunicación fluida y eficaz.

Objetivo General: que los participantes logren mejorar la manera de comunicarse.

Objetivos Específicos:

- 1. Identificar qué es la comunicación y tipos de comunicación.
- 2. Identificar los obstáculos que hay en su manera de comunicarse con los demás.
- 3. Facilitar herramientas para lograr una comunicación que transmita el mensaje deseado.
- 4. Adquirir nuevas habilidades de lenguaje corporal y para hablar en público.

Metodologia:

Se enfocará el curso de la manera más práctica y amena posible, predominando la parte vivencial del participante.

Para ello se empleará una metodología participativa y dinámica combinando la formación teórica con dinámicas de coaching, prácticas de hablar en público y dinámicas de alto impacto.

Programa

- Qué es la comunicación
- 2. Tipos de comunicación (verbal y no verbal)
- 3. Cómo me comunico como matrona
- 4. Factores que me impiden comunicarme como quiero
- 5. Diseñando mi estilo de comunicación
- 6. Diseñando mi estilo de comunicación
- 7. Practicando el hablar en público

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: matronas@asociación-nacional.com

Fechas: 17 y 18 de Octubre 2017

16 Horas

Lugar: Madrid

Avda. Menéndez Pelayo 93 3º

MATRICULA:

Socios: 20:00 €

No socios: 100,00 €

EIR: 80:00 €



TALLER: ECOLOGÍA DE LA **MATERNIDAD** PARA MATRONAS

INSCRIPCION GRATUITA. Trenen preferencia las Energy Eleterade los

FORMACIÓN CONTINUADA 2017

Profesora: Charo Martin Alcaide (charomaral@weleda.es)

Contenidos:

- 1. Principios de ecología humana y de la salud.
- Biología evolutiva humana y comparada. Resumen.
- 3.La madre ecosistema del bebé. Neurobiología del vínculo y apego seguro en el primer encuentro madre/hijo.
- 4. Salud ambiental. Ecología aplicada a un momento sensible y clave del ciclo vital humano: conceptos y sustancias a tener en cuenta en el día a día.
- 5. Reflexión armonizar la tecnología, la ciencia y la intuición. La matrona como vehículo de armonización y protección en crianza.
- Cosmética natural para gestantes y bebés. Descubriendo la diferencia. Universo Weleda.

Fecha: 19 de Octubre 2017, Horario: 10:00-14:00h. ó 16:00-20:00h. Avda. Menéndez Pelayo 93, planta 3º. 28007 Madrid.

IMPRESCINDIBLE INSCRIPCIÓN EN:

matronas@asociación-nacional.com

Organiza: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Patrocina: WELEDA









NUEVOS PROYECTOS PUESTOS EN MARCHA EN EL HOSPITAL DE GETAFE.

A principios de noviembre del 2016, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del , en Madrid, ha inaugurado la Sala de Parto de Baja Intervención. La apertura de la sala ha sido el fruto de gran esfuerzo por parte de matronas, obstetras, y neonatólogos que trabajan en dicho hospital. Su objetivo es conseguir un modelo de atención que se basa en la confianza en la mujer para afrontar el proceso de la forma más fisiológica posible, reduciendo la medicalización. Para ello, se ponen al alcance de la mujer todo tipo de recursos para afrontar las contracciones, permitiendo la libertad de movimientos, ducha, pelotas, silla de parto, mecedora, lianas y espalderas para pujo durante todo el proceso de parto. Todo el proceso se lleva a cabo en la misma habitación, de forma que se fomenta el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido, al tiempo que se refuerza la implicación de la pareja en los cuidados del bebé en sus primeras horas.

Además, hace dos meses, las matronas de dicho Hospital, pusieron en marcha **el Teléfono de la Lactancia**, cuyo trabajo fue galardonado como

proyecto innovador para la mejora de la calidad asistencial en la atención de la mujer y su recién nacido en el periodo de lactancia. Este teléfono de 24 horas, pretende dar cobertura a todas aquellas mujeres que les surja algún problema o duda en dicho período. La matrona, a través de una entrevista guiada, objetiva los datos aportados por la mujer e intenta dar soluciones al problema planteado. Dichas soluciones pueden ser tanto de resolución inmediata o por el contrario realizando derivación a urgencias o a su matrona de atención primaria. Tan solo en este tiempo de atención, el teléfono esta teniendo una aceptación sorprendente tanto a usuarias y profesionales, no solo a nivel local sino también a nivel nacional.

Enhorabuena a los profesionales del Hospital de Getafe por estos dos nuevos proyectos que mejoran calidad de la atención!!!

Pilar Medina Adán







El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad pone a disposición de padres, madres u otras figuras parentales este curso online gratuito con la intención de apoyarles en su labor de cuidado y educación en un periodo tan fundamental en su desarrollo.

El curso forma parte de las acciones llevadas a cabo en el ámbito de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, que representa un marco de trabajo para la elaboración de políticas y la transformación de los entornos de vida, a fin de que las opciones más saludables sean las más sencillas de elegir.

¿A quién va dirigido?

A las figuras parentales (padre, madre, familiar cercano, cuidador/a, etc.) que sean responsables del cuidado y la educación de niños o niñas en la primera etapa de su desarrollo.

¿Cuál es el objetivo del curso?

Contribuir a la capacitación parental para reforzar la vinculación afectiva, la salud y el bienestar emocional de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.

¿Qué contenidos tiene el curso?

Consta de **4 sesiones** en las que se abordan cuatro **áreas esenciales** para un buen comienzo en la vida:

- Sesión 1: El vínculo del apego
- Sesión 2: La alimentación
- Sesión 3: La actividad física y el juego
- Sesión 4: el descanso y el sueño

Además, contiene **enlaces con información clave**, relevante y contrastada relacionada con esta etapa vital.

¿Cuánto tiempo necesitaré para realizar el curso?

Aproximadamente 8 horas que podrás distribuir de la manera que decidas.

¿Cómo accedo al curso?

A través del siguiente enlace: http://aulaparentalidad-msssi.com

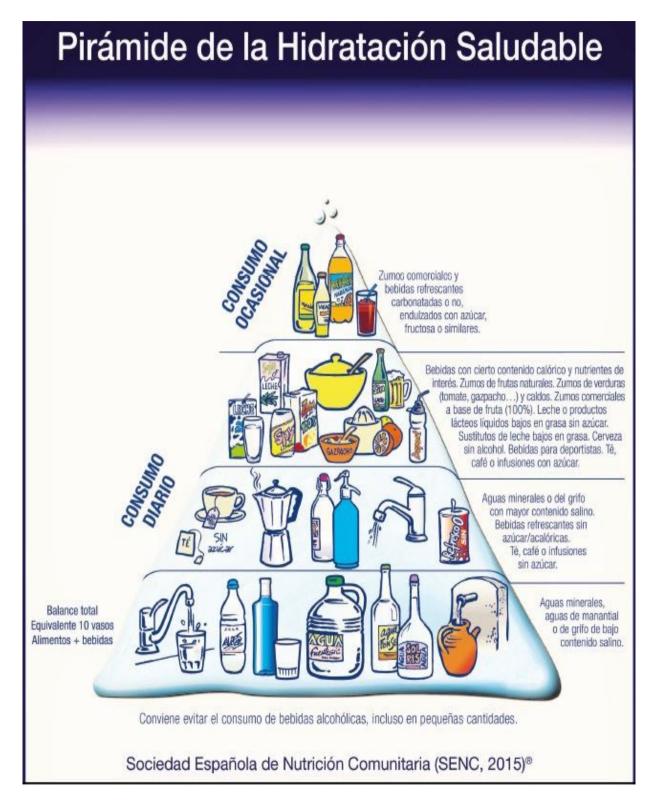
O a través de la página de Estilos de Vida Saludable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/

GUÍA ALIMENTARIA PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA (SENC, DICIEMBRE 2016) LA NUEVA PIRÁMIDE 7 DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN COMUNITARIA



La Asociación
Española de Matronas
participa en el IX
Congreso Español de
Lactancia Materna





Momento de la entrega del Premio por la representante de la AEM en la IHAN y Vicepresidenta Ejecutiva, Dña. Isabel Castelló López. La AEM es miembro del Comité Nacional de la IHAN desde sus inicios. Desde entonces participa activamente en sus congresos nacionales. Este año el mismo tuvo lugar en la ciudad de Zaragoza, con una gran asistencia de participantes, pediatras, obstetras, matronas, enfermeras y IBCLCs venidas de todos los rincones de España.

Muchas asociaciones participan otorgando diferentes premios a los diferentes trabajos presentados en formato póster o comunicación oral.

Este año, la Asociación Española de Matronas otorgó el premio a la mejor comunicación oral "Lactancia Materna y Normalización de la libido tras la maternidad en primíparas" presentado por un grupo de matronas de Zaragoza.

La Asociación Española de Matronas clausura los cursos de "Valoración de bienestar fetal intraparto".

La dos ediciones de Marzo han sido valoradas como excelentes y ya existe una larga lista de espera para la siguiente edición en el mes de octubre.

Para la A.E.M. la formación continuada es un tema prioritario entre sus acciones en favor de la profesión.



"Habilidades para matronas en la prevención y recuperación de las disfunciones de suelo pélvico con ejercicios hipopresivos.

La Asociación Profesional de Matronas Extremeñas en colaboración con la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria de la Junta de Extremadura, ha realizado en Cáceres los días 22 y 23 de Marzo, un curso sobre "Habilidades para matronas en la prevención y recuperación de las disfunciones de suelo pélvico con ejercicios hipopresivos , el cual ha sido impartido por Fabiola Fraile y Laura Merino, ambas matronas del "Centro CEM Tu Matrona" en Salamanca.

Ha sido un curso muy bueno, interesante y adecuado, con la peculiaridad de ser impartido por matronas con un nivel 3 de formación en hipopresivos, y para matronas

La técnica de hipopresivos, utiliza pautas de reeducación postural y pautas respiratorias para el fortalecimiento muscular beneficioso de la faja



abdominal con efectos preventivos y terapéuticos sobre las disfunciones del suelo pélvico de las mujeres.

Después de haber realizado este curso, creo que es importante que las matronas nos formemos en hipopresivos ya que somos especialistas en atención integral a la mujer, tenemos base sanitaria específica para entender y aplicar la hipopresión, y porque es competencia de las matronas educar , prevenir y recuperar las disfunciones pélvico-perineales, incontinencias, prolapsos, disfunciones sexuales en el embarazo, o por un parto, en el posparto y menopausia.

Os animamos a que podáis conocer y entender el beneficio real del concepto hipopresivo para una misma, y para las mujeres que atendemos.



Cinco años de cárcel para un médico por falsificar recetas de Viagra

El **Tribunal Supremo** ha confirmado la condena tras **rechazar el recurso presentado por el acusado** a la sentencia de la Sección Primera de la Audiencia Provincial, que también lo condenó a **cuatro años de inhabilitación** especial para la profesión de medicina y al pago de una indemnización de 2.169 euros al Servicio Andaluz de Salud (SAS) , correspondiente al valor de las recetas.

Cuatro años y medio de la condena corresponden a un delito de falsedad en documento oficial cometido por un funcionario público y el otro medio año por un delito de estafa.

El acusado alegó en su recurso a la sentencia de la Audiencia Provincial que se le había causado indefensión por la inadmisión de una prueba documental consistente en una papeleta de conciliación de fecha 22 de marzo de 2016, acto que se celebró con el recurrente y varios testigos debido a la existencia de un procedimiento judicial por un presunto acoso laboral en el cual el imputado consta como demandado.

Según el facultativo, ese documento "pondría en evidencia el testimonio de los testigos" propuestos por la acusación particular ejercida por el SAS.

El Supremo dice que "nada podría aportar la prueba documental" en cuestión -rechazada en su momento- dado que "la existencia de un procedimiento laboral en el que el acusado está demandado, en nada afecta a este procedimiento en el que ha quedado acreditada la falsedad de las recetas oficiales y la adquisición de medicamentos de forma gratuita a costa de la sanidad pública".

Así, "se trata simplemente de la descripción de los hechos" por parte del tribunal, "que se limitó a hacer constar que el acusado" solicitó a un



compañero que le rellenase una prescripción para pacientes ambulatorios "haciéndole creer que era para un familiar suyo que había fallecido".

Según el Supremo, "con esta prescripción se dirigió al servicio de Farmacia" del complejo hospitalario, donde "el auxiliar de enfermería le facilitó 280 comprimidos de sildenafilo, así como la nueva receta de farmacia para su posterior dispensación para la continuación del tratamiento", receta "expedida también a nombre de la persona fallecida" con la que "acudió de nuevo al servicio de Farmacia y logró que le dispensaran otros 244 compromisos de la misma sustancia".

En el fallo judicial la Audiencia elevó la solicitud de indulto parcial para el médico para que la condena se reduzca a dos años de prisión y a otros dos de inhabilitación al considerar que "las penas legales que procede imponer por los hechos enjuiciados, aun siendo estos graves, pueden resultar desproporcionadas, en cuanto limitada la conducta mendaz y fraudulenta a dos recetas y a un importe no muy elevado".

LISÍSTRATA: la primera huelga sexual de la Historia.

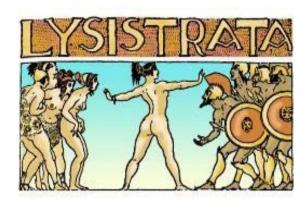
Lisístrata es una obra de teatro del dramaturgo Aristófanes. En clave de comedia, el escritor de la antigua Grecia, describe la primera huelga sexual llevada a cabo por mujeres y que fue representada por primera vez en el año 411 a.C.

Debido a las continuas luchas que mantenían Atenas y Esparta, las mujeres de ambas ciudades deciden iniciar una huelga de hasta que los hombres dejen las armas. La revuelta es ideada por la ateniense Lisístrata que, harta de no ver a su marido, planteas al resto de las mujeres de la "polis" la solución perfecta para acabar con la interminable guerra del Peloponeso: la abstención sexual.

Lisístrata consigue convencerlas, pese a las muchas reticencias de muchas, y pactan todas un juramento por el que se comprometen a excitar a sus maridos para luego negarles el sexo. El pacto se propaga por las ciudades para que repercuta en los combatientes de ambos bandos.

Las mujeres toman el Acrópolis (símbolo de la toma de poder del espacio público y de la ciudad) y prohíben la entrada a los hombres.

Estos guerreros acostumbrados a reforzar su moral día a día , tras la batalla, en el lecho conyugal entienden que sus vidas han cambiado por completo: ahora son ellos los que se encargan de limpiar la casa, hacer la comida, cuidar de sus hijos



y- lo que peor llevan- dormir solos. Durante los días de huelga la moral de los hombres es muy baja y no hay batallas. Aunque no pueden entrar en el Acrópolis, tratan de persuadirkas llamando a su instinto maternal. Llega el momento en que los hombres (quienes "aseguran tener inflamada la ingle") y varias mujeres suplican interrumpir la huelga por unas horas pero Lisístrata se niega. Finalmente se firma la paz entre Esparta y Atenas: los hombres deciden terminar la guerra, les ha podido su deseo sexual. Las mujeres han ganado. Esta obra se ha convertido en un símbolo del esfuerzo organizado a favor de la paz, un argumento utilizado habitualmente por Aristófanes para protestar contra la guerra. Muchos lo consideran un pacifista y el primer feminista, aunque Aristófanes en esta obra utiliza la figura de la mujer para criticar la política " mal dirigida" por los hombres. Durante la obra las mujeres toman el control de la sociedad, pero al final de la comedia el sistema patriarcal vuelve a instaurarse. Iqualmente advierte que el dramaturgo no ofrece en su relato un parlamento a favor de la mujer.

Fuente: SocioPolis(Ma Serrano)

LA HISTORIA SE REPITE: SI NO VOTAS, NO HAY SEXO.LISÍSTRATA VUELVE A KENIA. Una diputada promueve una huelga sexual para que los hombres acudan a votar : En el 2009 las mujeres Kenianas lograron la reconciliación entre dos políticos y evitaron disturbios.

Mishi Mboko, diputada, ha propuesto a las mujeres kenianas una huelga de relaciones sexuales hasta que sus maridos se registren para obtener una tarjeta electoral de cara a las elecciones del pasado 8 de Agosto. Mboko se dirigía en concreto a las mujeres en los lugares donde la oposición política era fuerte. El objetivo final era derrocar al Presidente Uhuru Kenyatta , que aspiraba a su segundo mandato.

La inspiración de Lisístrata, la heroína de la comedia de Aristófanes existe desde hace años en Kenia y otros países. Aunque no extensamente practicada, ha dado buenos resultados. En este nuevo caso el objetivo era puramente político, pero sus precedentes son dignos de los más elevados fines.

Así, en el 2009 las mujeres kenianas hicieron una huelga de una semana y lograron la reconciliación del entonces presidente Mwai Kibabi y el primer ministro Raili Odinga. El objetivo era evitar sucesos sangrientos como los que siguieron a las elecciones del 2007, y lo consiguieron. El boicot sexual fue promovido por la Organización para el Desarrollo de las Mujers, que invocó la participación de las esposas de los dos políticos e incluso ofreció pagar a las prostitutas del país para que se sumaran.

Más determinante aún, y en el mejor estilo de Lisístrata, fue la movilización de miles de mujeres en Liberia para terminar con la guerra civil de 2003. El movimiento de Mujeres por la Paz, encabezado por una mujer cristiana, Leymah Gbowee, y otra musulmana, Asatu Bah-Kenneth.



mantuvieron un pulso con Charles Taylor (el expresidente que acabaría juzgado en la Haya) que duró meses e incluyó el paro sexual.

Ellen Johnson-Sirleaf alcanzaría la presidencia del país y recibiría el Nobel de la Paz Junto a Leymah Gbowee.

En la misma África Occidental, en Togo, las mujeres tomaron ejemplo de las liberianas y en el 2001 consiguieron, en una semana, la liberación de presos políticos. Un año antes, en la isla filipina de Mindanao, las mujeres de una cooperativa lograron terminar con los enfrentamientos armados entre dos aldeas.

En Colombia las huelgas de piernas cruzadas también han tenido éxito. En el 2011, las mujeres de Barbacoas, en el departamento de Nariño, aguantaron 110 días de protesta para movilizar a sus maridos a las reivindicaciones por la reparación de una carretera. Y en el 2006 fueron las parejas de pandilleros de Pereira las que consiguieron , cruzando las piernas , reducir los niveles de violencia.

Fuente: La Vanguardia



FECHAS IMPORTANTES

15 de abril 2017:

Cambio de precio inscripción.

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.

INSCRIPCIONES Y TODA LA INFORMACIÓN EN:

http://aesmatronas.com/18CONGRESO/



PROGRAMA DEL XVIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Día 25/05/2017 ACREDITACIÓN DE CONGRESISTAS. SECRETARIA DEL CONGRESO

9:00 a 15:30h. HOTEL BARCELÓ MALAGA

10:00 a 14:00h. TALLERES Salones del hotel SERCOTEL Málaga

(Junto a la sede del Congreso)

10:00 a 14:00h. TALLER I: RCP NEONATAL. ACTUALIZACIÓN.
TALLER II: TÉCNICA DE SUTURAS Y ANUDADOS.

TALLER III: TÉCNICAS Y HABILIDADES EN COMUNICACIÓN, VERBAL Y

NO VERBAL.

TALLER IV: ECOLOGÍA DE LA MATERNIDAD.

TALLER V: OXIDO NITROSO/OXIGENO: UN EFECTO ANÁLGESICO DE

RÁPIDA APARICIÓN DE DURACIÓN LIMITADA.

Día 25/05/2017

16:00 horas ACTO INAUGURAL DEL XVIII CONGRESO NACIONAL

16:30h./17:15h Conferencia Inaugural.

Alcance de la epigenética en la vida de las personas. Profesor D. Salvador Martínez Pérez...

-Director del Instituto de Neurociencias UMH-CSIC

17:15 a 20:00h. MISCELÁNEA

17:30h Morbilidad neonatal y en la infancia relacionada con problemas

obstétricos-neonatales.

Dr. D. Enrique Salguero García. Jefe Servicio Neonatología Hospital

Regional de Málaga.

18:30h. Nutrición y alimentación pr<mark>econcepc</mark>ional: hábitos saludables en <mark>la</mark>

mujer

Dr. D. Tirso Pérez Molina. Jefe de Servicio del Hospital Puerta de

Hierro de Madrid. Vicepresidente de la SEGO.

19:00h. Violencia de género y mutilación femenina.

Dña. Andrea Herrero Reyes. Dña. Maria Fontán Azpeitia. Matronas.

19:30h. Empatía, transferencias, contratransferencias en la relación

matrona gestante.

D. Ricardo Olabegoya Estrela.

Coach Certificado Internacional e Instructor de Firewalking,

Formador de Formadores y Analista Conductual DISC.

RUEGOS Y PREGUNTAS



Málaga 25, 26 y 27 de Mayo de 2017

Día 26/05/2017 SESIÓN DE COMUNICACIONES

8:00/10:00h. 10:00 a 11:30h.

MESA REDONDA: Estado actual de las Unidades Docentes

Dña. Carmen Molinero Fraguas. Presidenta de la Comisión Nacional

de Matronas. Dña. Mª del Carmen Navarro. Dña. Rosa Blanca Avellaned. D. Juan Carlos Higuero Coordinador de la UD de

> Matronas de Málaga DEBATE

12:00 a 14:00h.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

12:00h.

Malos resultados durante la práctica Obstétrica/Neonatal. Riesgos

de demandas. ¿Qué se debe hacer?.

Dr. D. Andrés Carlos López. Hospital Quirón de Málaga.

12:30h.

Aspectos deontológicos en la actividad de las matronas. Dña. Mª Isabel Castelló López. Presidenta de la Comisión

Deontológica del CECOVA.

13:00h.

Situación actual de las demandas a las matronas.

D. Alberto Ortega López. Abogado.

13:30h.

RUEGOS Y PREGUNTAS

26/05/2017

16:00 a 17:00h.

SESIÓN DE COMUNICACIONES

17:00 a 20:00h.

MATRONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

17:00h.

La consulta preconcepcional de la matrona en Atención Primaria.

Dña. Pilar Medina Adán. Matrona. Madrid.

17:20h.

Mastitis y abuso de probióticos.

Dña. Lucia Moya Ruiz. Matrona. Madrid

18:20h.

Rol de la matrona en el abordaj<mark>e d</mark>e las disfuncion<mark>es de</mark> SP.Actualización y utilidad de lo<mark>s dispositivos intra</mark>vagináles

"Dña. Isabel Manzano Alonso. P<mark>residenta APMEX</mark>

.Dña Henar Fernández Poza. Matrona.

18:50h.

Últimos avances en el manejo de las infecciones vaginales:

identificación, tratamiento y prevención.

Dña, Mª Victoria Cambredó, Matrona, Referent de QiSP ASSIR

Sabadell CAP II ST Félix.

Desarrollo de las competenc<mark>ias de las matro</mark>nas en Andalucía.

Dña. Carmen Rodriguez Soto. Presidenta de la AAM

RUEGOS Y PREGUNTAS

21:30

CENA DEL CONGRESO.



Día 27/05/2017

9:00 a 11:00h.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

og:ooh. Desprogramación de la memoria prenatal.

Dña. Mª José Aguilar. Matrona. Granada.

og:30h. El Insomnio en la profesión sanitaria. Factores de riesgo y

consejos para su prevención.

D. Tomás Zamora. Doctor Ingeniero Especializado en Ingeniería

Biomédica.

10:00h. Problemas de succión y pares craneales.

D. Raúl Guzmán Moro. Osteópata. Madrid.

10:30h. RUEGOS Y PREGUNTAS

11:00 a 13:00 ACTUALIDAD OBSTÉTRICA.

11:00h. El manejo farmacológico de la maduración/inducción de parto

(misoprostol vs dinoprostona.

Dña. Eva Arconada Sans. Matrona. Valencia.

11:30h. Avances en diagnóstico prenatal.

Dr. D. Daniel Abehsera Davó. Obstetra. Hospital Quirónsalud

Málaga

12:00h. ¿Cual es el limite en la duración de un parto?.

Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla. Presidenta de la AEM.

12:30 RUEGOS Y PREGUNTAS

Lectura de Conclusiones del Congreso.

Dña. Rosario Sánchez Garzón. Secretaria de la AEM

Entrega de premio Mejor c<mark>omunica</mark>ción. Entrega de premio a Mejor Po<mark>ster.</mark>

Presentación del XIX Congreso Nacional de Matronas.

14:00h. CLAUSURA DEL CONGRESO

Sede: Hotel Barceló Málaga

INFORMACIÓN

http://aesmatronas.com/18CONGRESO/





BONOS CIM (COLABORADORES INFOMATRONAS)

Cursos de la Asociación Española de Matronas. Descuento 30%

Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas. Descuento 20 %

Nº de emisión: 0000

Fitular

PREMIO A LA COLABORACIÓN

Intomatronas, tiene como objetivo facilitar información a todas las matronas de España. Faltan algunas que no reciben este nuevo boletín y queremos llegar hasta ellas/ellos.

Gracias a la difusión/reenvío que estamos haciendo con la colaboración de muchos llegamos al 80% del colectivo.

Por todo esto, queremos premiar a los colaboradores habituales e implicar a otros.

¿Como?

Reenvía a 20 colegas y consigue 1 BONO.

Acreditación de tu colaboración.

Las 20 colegas enviarán un correo a: <u>infomatronas@Gmail.com</u> indicando que desean recibir todos los meses este Boletín y tu nombre como mediador/ra.

Bono.

Recibirás tu bono numerado en cuanto tengamos la confirmación de tu mediación y podrás utilizarlo automáticamente..

Matronas

MATRONAS MATRONAS matronas MATRONAS MATRONAS

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS motronos matronas MATRONAS Matronas MATRONAS

MATRONAS Matronas MATRONAS matronas

MATRONAS IIIUIIUIIUS IVIALTORIAS MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS matronas MATKUNAS MATRONAS R/

www.aesmatronas.com

matronas MATRONAS Matronas MATRONAS matronas matrona

MATRONAS MATRONAS matronas

MATRONAS MATRONAS MATRONAS Matrona

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS motronos

matronas Matronas Matronas MATRONAS matronas matrono

MATRONAS MATRONAS MATRONAS Matrona

matrona MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS motronos

matronas Matronas Matronas MATRONAS matronas matrono

MATRONAS MATRONAS matronas

MATRONAS MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS

MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS matronas

Matronas Matronas Matronas MATRONAS matronas matrono

MATRONAS MATRONAS motronas

MATRONAS MATRONAS MATRONAS MATRONAS

matronas MATRONAS Matronas MATRONAS MATRONAS motronos

matronas matronas Matronas MATRONAS matronas matronas