





## 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](mailto:INFOMATRONAS@gmail.com) Esperamos que todo el colectivo sea muy activo en este nuevo modelo de participar, compartir y divulgar.*

*Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas*

### Directora:

M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

### Consejo editorial:

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

Isabel Castello López

Carmen Molinero Fragüas

Rosario Sánchez Garzón

Andrea Herrero Reyes

Pilar Medina Adán

Lucía Moya Ruiz

## En éste número...

### ✓ ESPECIAL I:

- Decálogo de protección de datos para personal sanitario y administrativo

### ✓ HEMOS LEÍDO QUE...

- Beber café se asocia con un menor riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca
- La OMS alerta sobre el aumento de partos prematuros
- La manipulación de medicamentos peligrosos
- La salud de los sanitarios españoles al límite
- Adoptar un perro podría alargar la vida...

### ✓ MUY INTERESANTE:

- Menopausia: ¿hormonofobia en España?
- Biología y molecular
- Epigenética
- Fumar durante el embarazo vinculado con la parálisis cerebral.

### ✓ BREVES:

- La A.E.M. participa en las Jornadas de suelo pélvico en Valencia
- La carrera profesional otra asignatura pendiente
- Curso on line sobre suelo pélvico
- La A.E.M organiza un taller sobre ecología de la maternidad
- 3º Edición "Entre dos manos" en Madrid
- Curso Instructor simulación clínica perinatal en Madrid.

### ✓ BUENAS NOTICIAS:

- Nuevo protocolo contra la violencia de género para las trabajadoras
- Homenaje a una matrona.
- Nueva sección para EIR

### ✓ PERLAS JURÍDICAS:

- Teoría de la perdida de oportunidad

### ✓ PELICULA RECOMENDADA:

- "Bienvenida a la vida"

### ✓ AGENDA A.E.M.

- XIX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS.



## DECÁLOGO DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL SANITARIO Y ADMINISTRATIVO

**Y**a se acerca el final del año y con esto llegamos al último número del infomatronas del 2017 que en nombre propio, espero os haya aportado información y conocimientos que mejoren vuestra práctica diaria, por lo menos en la modesta aportación que desde estas páginas he pretendido como objetivo principal.



### INTRODUCCIÓN

En este artículo vamos a analizar lo último que ha publicado la "Agencia Española de Protección de Datos" (AEPD) el pasado 30 de octubre, su "**Decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo**" que como su nombre bien indica, son un *conjunto de normas que se consideran básicas para una actividad*, en este caso, salvaguardar los datos personales de los usuarios del sistema público y privado de la sanidad y que viene regulado por la Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre. En principio esta ley es una obligación para los responsables del tratamiento de los datos y un derecho para los titulares de esos datos y que puede constituir la primera ayuda que tiene el/la ciudadano/a para poder ejercitar el resto de derechos que marca la ley.

Cuando hablamos de datos personales, definidos en el art.3.a) de la citada ley "*cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables*", que suponga la inclusión de dichos datos en un fichero, considerado por la propia norma, art.3.b), como "*conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso*", el fichero se encontrará sometido a la Ley, siendo obligatoria su inscripción en el Registro General de Protección de Datos (RGPD).

A su vez, el responsable de este "fichero" o "historia clínica", y por el principio de seguridad de datos, establecido en el art.9 de esta ley, se le impone "*adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado*". Estas medidas han sido desarrolladas en el Título VIII - del Reglamento de desarrollo de la LOPD, aprobado por el RD 1720/2007 del 21 de diciembre.

Y para acabar de aclarar el contexto, supondrá una infracción grave "*Mantener los ficheros, locales, programas o equipos que contengan datos de carácter personal sin las debidas condiciones de seguridad que por vía reglamentaria se determinen*".

Visto lo anterior, podemos analizar el decálogo.

### DECÁLOGO

Éste decálogo va dirigido a los profesionales sanitarios y administrativos que por una razón u otra deben o pueden acceder a la historia clínica, dónde se incluyen además de los datos sobre la salud/enfermedad, datos personales y privados de las personas que utilizan los servicios sanitarios públicos o privados.





La AEPD ha advertido de que **“se deben y se pueden mejorar”** aspectos relacionados con *“la calidad y la confidencialidad de los datos conservados, la información ofrecida a los pacientes así como a los sujetos participantes en los ensayos clínicos, la obtención de los consentimientos en todos los casos en los que sean necesarios y el reforzamiento de las medidas de seguridad, potenciando con carácter general los mecanismos de control de acceso”*. Y con este fin publica este decálogo. Veamos:

#### **1º.- Trata los datos de los pacientes como querías que trataran los tuyos.**

Esta norma que parece tan obvia parece que a menudo se nos olvida y no sólo en lo que al tratamiento de datos se refiere, sino incluso en el trato personal o profesional, siendo poco empáticos en determinadas situaciones en las que si fuéramos nosotros no deseáramos. Así que esta primera norma es aplicable a muchas cosas, reflexionemos y como se dice, “pongámonos en el zapato ajeno”.

#### **2º.- ¿Estás seguro que tienes que acceder al a historia clínica? Piénsalo. Sólo debes acceder si es necesario para los fines de tu trabajo.**

Puede darse el caso de que conozcamos a una gestante, mujer, a un usuario, que sea de nuestro barrio, de nuestro pueblo o ciudad. Debemos evitar entrar a “cotillear” que es como yo lo llamo, sin que exista ninguna necesidad clínica para desarrollar bien nuestro trabajo. Actualmente con los sistemas informáticos se dejan las “huellas” en el sistema y es fácil saber quién, cómo y cuándo se entró, de hecho hay muchas denuncias al respecto en los juzgados.

#### **3º.-Recuerda: tus accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema. Se sabe en qué momento y a qué información has accedido. Los accesos son auditados posteriormente.**

Esto enlaza con lo anteriormente expuesto así que, somos responsables de la llave o la tarjeta que nos permite el acceso y nos identifica individualmente en el sistema informático.

#### **4º.- Evita informar a terceros sobre la salud de tus pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o tengas una justificación lícita.**

Debemos recordar que la historia clínica es del paciente, y los datos que allí se reflejan también, máxime si son datos personales, sean clínicos o no. Esto debemos recordarlo para cuando hagamos anotaciones que no sean profesionales o clínicas. Esto supone que sólo y sólo cuando el usuario nos consienta informar a terceros sobre su salud, incluida la familia (art.9 del CDCV (CECOVA)).

Ya vimos en qué circunstancias daremos información a terceros sin consentimiento (art.15 CDCV) y por lo tanto no violamos la confidencialidad pero recordemos: a) *Cuando comparte con los miembros del equipo de salud la información necesaria para el correcto desarrollo y seguimiento de la terapia que se aplica al paciente, evitando todo comentario que, directa o indirectamente, afecte a su intimidad y no esté relacionado con el ámbito terapéutico.*

b) *Cuando relata a los miembros del equipo de salud algo que el paciente le ha confiado y de cuya revelación se derive un bien cierto para su salud.*

c) *Cuando del silencio pudiera derivarse un grave peligro (enfermedades contagiosas, mentales que pongan en riesgo la vida), para el paciente o para terceros.*

d) *Cuando, por imperativo legal, como consecuencia de accidentes o de circunstancias constitutivas de delito, deba proporcionar información a la autoridad.*





**5º.-Cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y contraseña; si necesitas un acceso urgente, contacta con el departamento de informática.**

Queda patente que somos los únicos responsables de nuestros actos por acción u omisión. Eso supone que NUNCA debemos prestar la tarjeta, estar SIEMPRE atentos de las cosas que registramos y cuándo las finalizamos, de lo contrario, asumiremos la responsabilidad de los hechos u acciones realizadas por otras personas. Así que aunque los/las compañeros/as no entiendan la postura, no se trata de hacer amigos sino de ser consecuentes y responsables en nuestro trabajo



**6º.-No envíes información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica; si fuera imprescindible, no olvides cifrar los datos.**

Si ilícito es consultar sin necesidad, también lo es enviar los datos por redes sin las medidas de seguridad exigidas por ley y que deben estar registradas.



**7º.-No tires documentos con datos personales a la papelera; destrúyelos tú mismo o sigue el procedimiento implantado en tu centro.**

Es obligatorio que en el servicio o área de trabajo exista un contenedor hermético dónde se destruyan los restos o documentos que no forman parte de la historia, por ejemplo, etiquetas de cuando acuden a urgencias, pulseras, hojas de evolución o sobres....Otra posibilidad si no existen estos contenedores que facilita una empresa de seguridad para protección de datos, se verterán en un contenedor desechable con cierre hermético que una vez lleno, se destruya (crematorio) como si fuese material orgánico. Los profesionales debemos tener esta norma muy presente pues nadie debe acceder a datos de otras personas por descuido nuestro.



**8º.-Cuando termines de pasar consulta, cierra con llave los armarios o archivadores que contengan documentación clínica.**

Esta norma, aunque a veces parezca recelo por parte de gestores, supervisores, administrativos...o cualquier persona que guarde archivos, que custodie historias o cualquier documento, es lícito y profesional y éticamente correcto



**9º.-No dejes las historias clínicas a la vista sin supervisión.**

Bueno esta es la norma estrella....!! Quien no ha dejado la historia clínica encima de un mostrador donde pasa gente ajena al equipo? Quien no ha leído el nombre que pone en la Carpeta porque le suena de una conocida y quiere saber si es o no? Quien no ha dejado los documentos de la gestante que acude a urgencias en la misma sala que comparten varias mujeres?. No creo que deba explicar o reflexionar más al respecto, es totalmente incorrecto. De hecho cuando transportan las Hª.C. de un servicio a otro, deben ir tapadas para que nadie las pueda identificar. Poco a poco esto irá desapareciendo cuando todas las historias y documentos, incluidas las pruebas solicitadas, estén informatizadas o digitalizadas.





**10º.-No crees por tu propia cuenta ficheros con datos personales de pacientes; consulta siempre antes con el departamento de informática.**

Y por último, este incluye por ejemplo a las personas que con fines personales de investigación, y sin pasar por comisión alguna ni obtención del consentimiento explícito de la persona utilizan un fichero para recopilar datos personales y clínicos o son participante de algún tipo de estudio sin ser conocedores.

Podréis pensar que todo lo anterior es un rollo o no va con nosotras. Nada más lejos de la realidad, nos incluye a todas y todos y viene recogido tanto en nuestro código deontológico como en el de la enfermería en general.

Y como siempre acabo con alguna frase y dado que estas fechas son de buenos deseos, ,mi regalo para finalizar el año es una de alguien a quien admiro, conozco y creo que ha hecho mucho bien, Jorge Bucay, y que dice así: "Tú eliges hacia dónde, tú decides hasta cuándo, porque tu camino es un asunto exclusivamente tuyo " Felices fiestas!!!

**LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES INDICA QUE NO PODRÁN TRATARSE DATOS PERSONALES SENSIBLES, A MENOS QUE EXISTA CONSENTIMIENTO EXPRESO DE SU TITULAR; ÉSTOS INCLUYEN:**



Saludiarío

*M<sup>a</sup> Isabel Castelló López*  
*Presidenta C. Ética y Deontología*  
**CECOVA**

## BEBER CAFÉ SE ASOCIA CON UN MENOR RIESGO DE DESARROLLAR INSUFICIENCIA CARDIACA O TENER UN DERRAME CEREBRAL

Según una investigación preliminar presentada en las **Sesiones Científicas 2017** de la **Asociación Americana del Corazón**, que se celebra en Anaheim (Estados Unidos), beber café se asocia con un menor riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca o tener un derrame cerebral,

Los investigadores utilizaron el **aprendizaje automático** (que revela una asociación observada, pero no prueba causa y efecto) para analizar los datos del **Framingham Heart Study** de larga duración, que incluye información sobre lo que las personas comen y su **salud cardiovascular**. Descubrieron un **7%** menos riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca y un **8%** menos de riesgo de accidente cerebrovascular con cada taza adicional de café consumida por semana en comparación con los que no lo bebían.

Para garantizar la validez de sus resultados y determinar la dirección del riesgo, los científicos investigaron los resultados de aprendizaje automático utilizando el análisis tradicional en dos estudios con conjuntos de datos similares: el **Cardiovascular Heart Study** y el **Atherosclerosis Risk In Communities Study**.

La asociación entre el consumo de cafeína y un menor riesgo de insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular, se observó de manera consistente en los tres trabajos. Si bien se conocen muchos factores de riesgo de insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular, los autores creen que es probable que haya factores de riesgo aún no identificados.

En palabras de la autora principal, Laura M. Stevens, "nuestros hallazgos sugieren que el



aprendizaje automático podría ayudarnos a identificar factores adicionales para mejorar los modelos de evaluación de riesgos existentes. Las herramientas de evaluación de riesgos que actualmente utilizamos para predecir si alguien podría desarrollar una enfermedad cardiaca, particularmente, insuficiencia cardiaca o accidente cerebrovascular, son muy buenas pero no cien por cien exactas"

### Menor relación con la carne roja

Otro posible factor de riesgo identificado por el análisis de aprendizaje automático fue el consumo de **carne roja**, aunque la relación entre el consumo de carne roja y la insuficiencia cardiaca o accidente cerebrovascular fue menos clara. Comer carne roja se vinculó con menor riesgo de insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular en el Framingham Heart Study, pero validar el hallazgo en estudios comparables es más difícil debido a las diferencias en las definiciones de carne roja entre los estudios.



## LA OMS ALERTA DEL AUMENTO DE LOS PARTOS PREMATUROS, RESPONSABLES DE UN MILLÓN DE MUERTES ANUALES EN EL MUNDO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de que está aumentando en todo el mundo el número de partos prematuros, dando lugar a unos 15 millones de nacimientos antes de la semana 37 de gestación y a aproximadamente un millón de muertes anuales.

De hecho, este organismo de Naciones Unidas asegura que las complicaciones durante un parto prematuro son la principal causa de muerte entre los niños menores de 5 años, a pesar de que hasta tres de cada cuatro fallecimientos podrían prevenirse con intervenciones eficaces y actualizadas.

La tasa de partos prematuros oscila ya entre el 5 y el 18 por ciento de los recién nacidos y la OMS considera que el incremento de los últimos años puede atribuirse a una mejor recopilación de información al respecto y a un aumento de la edad materna. Ya que, como consecuencia de esto último, también hay más riesgo de diabetes o hipertensión durante el embarazo o de que muchas mujeres recurran a tratamientos de fertilidad.

El problema, según reconocen, es que muchos niños, pese a sobrevivir, están expuestos a un mayor riesgo de discapacidad de por vida, que incluye problemas de aprendizaje, visuales y auditivos.

Además, las desigualdades en las tasas de supervivencia en todo el mundo son graves, ya que en entornos de bajos ingresos, la mitad de los bebés nacidos antes de la semana 32 (2 meses antes)acaban falleciendo, mientras que en países de más ingresos la mayoría sobreviven..



Entre las medidas que pueden mejorar el pronóstico de estos recién nacidos está contar con equipos integrales con matronas, garantizar el tratamiento prenatal con esteroides (claves para fortalecer los pulmones de los bebés), favorecer el método canguro para que la madre y el bebé puedan estar en contacto piel con piel, o contar con antibióticos para tratar posibles infecciones en recién nacidos.

Fuente:EUROPA PRESS)

## LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS, A DEBATE ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS

El último caso de una enfermera del Hospital Clínico de Valencia que se negó a manipular un medicamento peligroso por temor a que pudiera afectarle a su estado de gestación, y que un año después ha sido exonerada por la Consejería de Sanidad del expediente que le pusieron ya que el centro no contaba con las medidas de seguridad necesarias, ha traído el debate de cómo está la regulación en los centros sanitarios españoles. Para ello, profesionales de Enfermería y de Farmacia Hospitalaria han analizado para ConSalud.es esta situación.

El principal problema, según explica a este medio José Luis Cobos, asesor de Estudios del Consejo General de Enfermería (CGE), es que en España existe una "normativa muy general" sobre la prevención de riesgos laborales. Por ello, exige a los ministerios de Empleo y Sanidad elaborar "normas más específicas" enfocadas a "unificar y estandarizar los criterios desde el punto de vista regulatorio".

Actualmente, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) cuenta con un documento en el que recopilan todos los medicamentos considerados peligrosos que se usan en España. Sobre esta lista, Cobos apunta que también fija los mínimos de seguridad necesarios para manipularlos. Por ello, expone que "si no existen esas garantías mínimas, es lógico que un profesional se niegue a hacerlo".

Sobre esta cuestión particular ha hablado también Olga Delgado, jefa del servicio de Farmacia del Hospital Son Espases de Palma y colaboradora con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). En este punto, Delgado recuerda que en último lugar se han añadido al listado de medicamentos peligrosos otros fármacos "que son de uso muy general y de los que no se conocía que tuvieran riesgo para los profesionales".

Así, incide en que "no hay riesgos nuevos, sino medidas de seguridad nuevas".

### Formación

Olga Delgado, colaboradora de la SEFH, ha puesto de "ejemplo" a España en la puesta en marcha de medidas "muy avanzadas", en comparación con otros países del entorno

Por estos motivos, Delgado cree que deben ser en las escuelas de Enfermería donde "aprendan a manipular de una manera correcta los medicamentos parenterales y orales", que son los más comunes. Se trata de un "tema prioritario" que necesita una formación "distinta". A pesar de ello, esta colaboradora de la SEFH defiende que España "es ejemplo" de cómo se está tratando este asunto a través de "medidas muy avanzadas". Mientras en otros países, recuerda Olga Delgado, "no han hecho un listado de medicamentos o recomendaciones para cada uno de ellos".

La solución también pasa, según Delgado, por "mejorar lo que ya tenemos". Por ejemplo, en el Son Espases se manipulan en Farmacia, en cabinas de seguridad biológicas, algunos medicamentos que se trataban en Enfermería. Aún así, existen algunos que "no se pueden preparar porque están indicados en situaciones de urgencia del paciente" como para las crisis epilépticas. En estos casos, el personal que los maneja se tiene que proteger con material especial. Aún así, apunta que para ellos "prima la seguridad y la atención del paciente".

### Registro de hospitales

Cobos cree que no se tratan de "casos aislados" sino que existe "una baja visibilidad de los problemas" con situaciones que ocurren "día a día"

Por su parte, José Luis Cobos, del CGE, reclama un registro de los hospitales que cumplen con los requisitos necesarios. En su lugar, informa que está preparando "un estudio en profundidad" que analiza la situación, con el fin de que "ningún profesional pueda arriesgar su vida y su salud si el centro no pone las medidas necesarias".

Fuente: Europa Press

## LA SALUD DE LOS SANITARIOS ESPAÑOLES, AL LÍMITE

***"Si nuestro Sistema Nacional de Salud es uno de los mejores del mundo es gracias a nuestros profesionales sanitarios, que son el corazón del sistema"***. Con esta frase describió la ministra de Sanidad, Dolors Montserrat, a los profesionales sanitarios españoles tras salir del último Consejo Interterritorial de Sanidad. La frase, sin embargo, no se corresponde con la situación de sobrecarga laboral que sufren a diario los empleados sanitarios, lo que lleva, de forma creciente, a un empeoramiento del estado de salud de los mismos.

Según el último informe realizado por el sindicato Satse, por ejemplo, la mitad de los profesionales de Enfermería en España sufren el llamado síndrome del profesional "quemado" (burnout) y hasta el 80% reconocen padecer estrés. Además, muchos profesionales manifiestan dolencias y síntomas físicos. Por ejemplo, un 96% padece tensión muscular; un 90%, nerviosismo, temor o angustia; un 44% sufre problemas sexuales, y un 85% tiene trastornos del sueño.

Según la Organización Médica Colegial, entre un 10% y un 12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir a lo largo de su vida profesional un trastorno mental o una adicción al alcohol y a otras drogas. Los problemas de salud de quienes, paradójicamente, cuidan de la salud de los españoles, también afecta al colectivo médico

. Según la Organización Médica Colegial, entre un 10% y un 12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir a lo largo de su vida profesional un trastorno mental o una adicción al alcohol y a otras drogas. De hecho, sólo en 2016 el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) atendió a 323 médicos, de los cuales, el 29,4% padecía trastornos del estado de ánimo, un 19,4%, trastornos relacio-

nados con el consumo de alcohol y otras sustancias y un 15,4% trastornos de ansiedad.

Aunque estas afecciones no tienen por qué derivar de la situación laboral de los facultativos, otro informe de la propia OMC, sin embargo, señala que hasta el 43,5% de los médicos españoles asegura haber sufrido algún tipo de acoso, discriminación o maltrato laboral en su centro de trabajo en el último año. Concretamente, el 40,5% de los facultativos lo han sufrido directamente de sus superiores jerárquicos y un 13,3% de sus propios compañeros (entre los que también están jefes de servicio o de sección).

Otro estudio basado en datos del Ministerio de Empleo, además, señalaba que el sector sanitario es de las áreas cuyos trabajadores consideran "con frecuencia" tener un estado de salud "regular, malo o muy malo", lo que afecta al 22,3% de los mismos.

### Consumo de ansiolíticos

La situación, incluso, afecta a los profesionales sanitarios más jóvenes. Otro estudio de la Fundación Galatea, por ejemplo, reveló que el consumo de ansiolíticos del médico residente (MIR) aumenta del 3,5% al 7,4% al finalizar el primer año de residencia, y el de antidepresivos pasa del 2,6% al 7,2%. Estas variaciones se reflejan en el incremento del 17,8% al 29,7% del riesgo de los profesionales MIR a padecer un trastorno mental.

Según señalaba a Consalud.es, Antonio Calvo, director de esta fundación, entre otros factores, estos problemas vienen generados por las guardias y la alta presión asistencial que sufren, "especialmente en momentos de crisis, y especialmente en determinadas especialidades".

## ADOPTAR UN PERRO PODRÍA ALARGAR SUS VIDAS DE LOS SOLTEROS O DE LAS PERSONAS QUE VIVEN SOLAS

Una nueva investigación sugiere que tener un perro podría mejorar la esperanza de vida de una persona soltera.

El estudio siguió a más de 3.4 millones de suecos a partir de la mediana edad durante 12 años. Ninguno sufría de enfermedad cardíaca al inicio del estudio.

Los investigadores reportaron que los dueños de perros que vivían solos tenían un 11 por ciento menos de probabilidades de morir de una enfermedad cardíaca y un tercio menos de probabilidades de morir de cualquier causa, en comparación con los que vivían solos y no tenían un perro.

El estudio no pudo probar una relación causal, pero su investigador principal dijo que hay muchos motivos por los que tener un amigo canino de cuatro patas podría hacerle bien al cuerpo.

"Sabemos que los dueños de perros tienen en general un nivel más alto de actividad física, lo que podría ser una explicación de los resultados observados", apuntó Tove Fall, profesora asociada de epidemiología en la Universidad de Uppsala, en Suecia.

"Otras explicaciones incluyen un aumento en el bienestar y en los contactos sociales, o efectos del perro en el microbioma bacteriano del propietario". Expertos en Estados Unidos se mostraron de acuerdo en que los hallazgos tenían sentido.

"El alivio del estrés mediante la compañía tiene un beneficio inherente en la salud general de las personas, así que no es sorprendente que los propietarios de perros muestren un riesgo más bajo de enfermedad cardíaca", apuntó el Dr. Satjit Bhusri, cardiólogo en el Hospital Lenox Hill, en la ciudad de Nueva York.

La Dra. Gisele Wolf-Klein, directora de atención



geriátrica en Northwell Health en Great Neck, Nueva York, se mostró de acuerdo en que Fido o Rocky pueden obligar a sus humanos a ser más activos.

"Las responsabilidades asociadas con tener un perro imponen un ejercicio diario obligatorio, un horario que no puede verse afectado por el mal tiempo, los compromisos personales ni los cambios en el estado de ánimo", afirmó Wolf-Klein.

Esto podría ser de particular importancia para las personas solteras o que viven solas, comentó el autor del estudio Mwenya Mubanga, estudiante de postgrado en Uppsala. Las investigaciones anteriores han mostrado que vivir solo aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca.

"Quizá un perro podría como un miembro importante de la familia en los hogares de solteros", planteó Mubanga en el comunicado de prensa.

"Los hallazgos de la investigación más grande jamás realizada sobre la asociación entre tener un perro y la salud humana, deberían animarnos a todos a añadir un amigo de cuatro patas a nuestro círculo familiar", dijo Mubanga.

El estudio se publicó en la revista Scientific Reports.

Fuente:HealthDay

## MENOPAUSIA: ¿HORMONOFOBIA EN ESPAÑA?



Alrededor de 2,6 millones de mujeres en España padecen síntomas relacionados con la menopausia que afectan a su calidad de vida, pero seis de cada diez no consultan con el médico y la mayoría de las que lo hacen no reciben ningún tratamiento para combatirlos, según advierte la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM).

Con motivo de la presentación de la Menoguía TSEC, la AEEM alerta de que una de cada cuatro mujeres necesita recibir tratamiento para trastornos relacionados con el climaterio como sofocos, insomnio o alteraciones sexuales, así como para evitar otras complicaciones, pero solo 1% lo recibe. Los principales motivos son el miedo y la vergüenza a consultar, así como las falsas creencias sobre la terapia hormonal, que han llevado a una hormonofobia en España, incluso entre los propios médicos, según la AEEM. La guía de la AEEM recomienda la terapia hormonal sin gestágenos para tratar los síntomas de la menopausia y prevenir la osteoporosis.

El 80% de las mujeres presentan en grado variable sofocos, insomnio, alteración de la vida sexual y otros síntomas que alteran su calidad de vida en la perimenopausia y durante la menopausia, según datos de la AEEM. "Algunos pueden mejorar, sin embargo otros como la sequedad vaginal, los cambios en la piel, la caída del pelo o la pérdida de calcio en los huesos empeorarán si no se recibe tratamiento", explica su presidente, el doctor Plácido Llana. Los principales motivos por los que las mujeres tienen miedo o vergüenza a consultar son "el desconocimiento o por considerarla normal para su edad, pero también porque esperan que sea el médico quien se interese por ello, sobre todo en el caso de los aspectos relacionados con los problemas sexuales", indica..

### Terapia hormonal libre de gestágenos: "El avance más importante desde la THS clásica"

No obstante, apenas la mitad de los ginecólogos y una minoría de los médicos de familia, cuentan con formación actualizada en tratamientos para la menopausia creyendo todavía estos que el único tratamiento disponible es la terapia hormonal sustitutiva (THS) clásica, por lo que, para evitar sus riesgos, sólo recomiendan medidas higiénico-dietéticas.

La AEEM ha recogido en la **Menoguía** de las muchas disponibles la evidencia científica disponible al respecto, concluyendo en que la terapia hormonal libre de gestágenos es el tratamiento más seguro y recomendable para los síntomas de la menopausia, el avance más importante en el tratamiento de la menopausia desde la THS clásica, un nuevo paradigma", destaca Joaquín Calaf, coordinador del documento. Un estudio a tres años, tras la comercialización de este tratamiento (TSEC) en Estados Unidos, revela que "dispone de una eficacia similar a la THS clásica pero sin sus riesgos más significativos", añade. Está indicado para mujeres con útero que lleven un año sin menstruación y no tengan riesgo de trombosis venosa. A diferencia de la terapia hormonal clásica, actúa de manera selectiva sobre el endometrio, lo que ayuda a combatir los síntomas de la menopausia y a prevenir la osteoporosis de manera segura, según el doctor Rafael Sánchez Borrego, presidente de la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia. TSEC combina estrógenos conjugados con bazedoxifeno, y está incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud desde este año..



## Reclamación de programas integrales a partir de los 40 años de edad

Otra de las barreras al tratamiento es la desaparición de las unidades de menopausia de los hospitales y centros de salud, según el doctor Sánchez Borrego. Estaban formadas por equipos multidisciplinares y ayudaban a evitar los riesgos de salud de las mujeres a partir de los 40 años. La hormonofobia y los recortes sanitarios hicieron desaparecer la mayoría, explica.

Creemos que este es un campo muy interesante para las matronas y que hay que interesarse en este tema de salud porque inevitablemente es un estado del ciclo vital de la mujer al que toda mujer tiende y la matrona, profesional de referencia de la salud sexual y reproductiva, debe acompañarle en esta nueva etapa para evitar males mayores:

**Desde la Asociación Española de Matronas queremos informar de las guías que la AEEM (Asociación Española para el Estudio de la Menopausia) tiene editadas, unas expresamente para mujeres :**

- GUÍA SOBRE LA OSTEOPOROSIS
- GUÍA SOBRE SOFOCOS
- GUÍA SOBRE PERIMENOPAUSIA
- ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS

### Para profesionales.

- EL EJERCICIO FÍSICO EN LA MUJER DURANTE LA PERIMENOPAUSIA Y LA POSMENOPAUSIA
- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME METABÓLICO MEDIANTE TERAPIAS NATURALES
- OMEGA 3
- MUJER CON CÁNCER DE MAMA Y MENOPAUSIA
- OSTEOPOROSIS PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Toda las Menogüas están disponibles en: <http://www.aeem.es/menoguias.html>, más información de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) en : [www.aeem.es](http://www.aeem.es)

## LA BIOLOGÍA MOLECULAR SIGUE SIENDO UNO DE LOS CAMPOS CIENTÍFICOS MÁS INTERESANTE, DESCONOCIDO EN GRAN MEDIDA, PERO LLENO AÚN DE FUTURO.

Cada poco tiempo aparecen estudios que nos van aclarando incógnitas sobre algunas enfermedades en general, y sobre ciertas anomalías congénitas en particular. De manera que, cada vez más trastornos, ya sean estructurales, funcionales o comportamentales, ven algo de luz en sus etiologías gracias a descubrimientos en el campo de la biología molecular.

El reconocimiento de la comunidad científica se ha plasmado en los premios Nobel de Medicina y Química otorgados, en los últimos veinte años, a investigadores de los campos de la Embriología y de la Química moleculares..

Otro campo que se está abriendo desde hace un tiempo, a pasos agigantados, es el de la **epigenética**. Si la genética estudia lo que somos (es decir, lo que va en nuestros genes: ese ADN bien empaquetado en unas proteínas organizadoras –las histonas– que transmitimos de generación en generación), la epigenética estudia el efecto del entorno en esos genes.

En el entorno que nos rodea existen, pues, una serie de factores que influyen en determinadas sustancias que actúan uniéndose al ADN y a esas histonas y que pueden alterar, para bien o para mal, toda o parte de la cromatina de los cromosomas.

Entre esas sustancias, unas de las más conocidas son los radicales metilo (-CH<sub>3</sub>), responsables de los procesos químicos del organismo conocidos como metilación y acetilación, y que influyen en la compactación de la cromatina y en que los genes estén o no más accesibles, es decir, lo que se conoce con el símil de “encender” o “apagar” genes. Hay varios factores, como la alimentación, el ejercicio físico, unas buenas relaciones familiares y sociales, el estrés, etc., que pueden influir en que nuestros genes “se enciendan” o “se apaguen”.

Hay veces que a nuestro organismo le interesa que

un gen “se apague” (por ejemplo, en el caso de la propensión a la diabetes o al cáncer), y otras veces que “se encienda” (como cuando se necesita limpiar de sustancias tóxicas el organismo).

Los diferentes tipos de tóxicos, una inadecuada alimentación, el estrés y otros factores son dañinos para el organismo, y pueden modificar de modo permanente los genes que conviene que se activen, apagándolos de manera irreversible.

Todo esto es lo que estudia la epigenética, y su importancia es trascendental, principalmente, en relación con la Medicina Preventiva. Todo lo que hacemos en nuestra vida diaria puede influir, para bien o para mal, en la activación o desactivación de los genes, y por ello, hay que hacer hincapié en llevar una vida sana a fin de que podamos apagar o encender los genes de modo conveniente, desde antes, incluso, del nacimiento.

Hace más de 20 años, el epidemiólogo inglés Barker relacionó la alimentación materna durante el embarazo con problemas en la vida adulta. Comprobó cómo, en las zonas más deprimidas del Reino Unido donde las embarazadas tenían dietas deficientes, tabaquismo, alcoholismo o consumo de sustancias tóxicas y nacían niños con bajo peso, había más prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares en la etapa adulta.

Estudios posteriores lo confirmaron: el bajo peso al nacer se asocia a un mayor riesgo de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. Si nos preguntamos por qué, la respuesta es clara: por las modificaciones epigenéticas.

La epigenética, pues, nos aporta la posibilidad de la prevención. Y nada mejor para ello que comer sano, evitar tóxicos, hacer ejercicio y combatir el estrés .

Carmen Molinero Fraguas..



## DESCUBRIMIENTO INTERESANTE DE CIENTÍFICOS ESPAÑOLES EN EL CAMPO DE LA EPIGENÉTICA

Un grupo de científicos españoles que trabajan en la Organización Europea de Biología Molecular, junto con otros investigadores (Scandaglia M, López-Atalaya JP, Medrano-Fernández A, López-Cascales MT, Del Blanco B, Lipinski M, et al) han comprobado que ciertos defectos epigenéticos favorecen el desarrollo de patologías como la enfermedad de Claes-Jensen o el síndrome de Rett, ambas ligadas al cromosoma X y asociadas a discapacidad intelectual y trastornos del espectro autista.

La clave reside en una proteína, la denominada Kdm5c, que en la vida adulta actúa como "vigilante del genoma" para evitar la aparición de cáncer o trastornos mentales.

El trabajo de estos científicos muestra que la proteína Kdm5c desempeña un papel esencial en el desarrollo embrionario, restringiendo la expresión génica durante la diferenciación y maduración neuronal. Además, lleva a cabo una labor de vigilancia del genoma que impide la transcripción en momentos inadecuados no sólo durante el

desarrollo embrionario, sino también en las neuronas adultas. Sin esta regulación por parte de Kdm5c se produce una expresión génica "ilegítima" que probablemente contribuye al desarrollo de la enfermedad de Claes-Jensen.

En ratones modificados genéticamente que carecen del enzima Kdm5c, los mecanismos de silenciamiento o inactivación no funcionan bien y los genes de la línea germinal se siguen expresando incluso en las neuronas del animal adulto, donde normalmente no lo hacen.

Es decir, se expresan de forma ilegítima fuera de tiempo y de lugar.

Posteriores trabajos con esta proteína Kdm5c pueden desembocar en avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías como la enfermedad de Claes-Jensen o el síndrome de Rett. ■

## VITAMINA D Y EMBARAZO

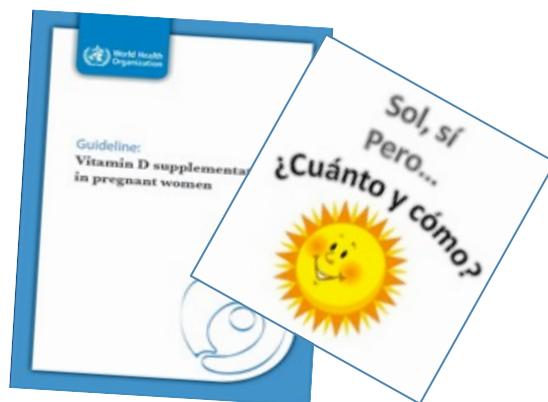
Desde hace algo más de una década se viene poniendo el acento en las patologías derivadas de la carencia de Vit. D.

Es un hecho que, a pesar de las horas de sol que hay en nuestro país, la mitad de nuestra población presenta avitaminosis y en este grupo, se encuentran las embarazadas cuyos estados carenciales suponen un doble compromiso ya que pueden comprometer al feto y la salud del niño en el futuro..

Recordamos que el grupo de vitamina D, lo integran 6 compuestos denominados D<sub>2</sub> a D<sub>7</sub>, aunque desde el punto de vista médico las que interesan son la vitamina D<sub>3</sub> (colecalfiferol, "vitamina del sol", y la vitamina D<sub>2</sub> (ergocalciferol, "vitamina de la dieta".. Se sabe que los niveles circulantes de Vit. D proceden en origen de dos fuentes: la luz solar, el 80-90% se produce por la acción de los rayos ultravioleta sobre la piel y la alimentación aunque a través de la ingesta, solamente el 10-20% del total.

Los investigadores del proyecto Infancia y Medio Ambiente (INMA) en la que participan instituciones científicas del País Vasco, Asturias, Valencia Cataluña y Andalucía concluyeron ya en 2012, tras su estudio "Circulating 25-Hydroxyvitamin D<sub>3</sub> in Pregnancy and Infant Neuropsychological Development" realizado sobre 2000 mujeres en:

- ✓ una de cada dos mujeres embarazadas presentaron niveles insuficientes de vitamina D en sangre (<30 mg/mL).
- ✓ que el déficit de vit. D en las gestantes tenía un efecto negativo en el neurodesarrollo del feto, aunque no se sabe en qué momento del embarazo se producen estos efectos negativos..



✓ los niños de madres con niveles insuficientes de vitamina D durante el embarazo obtuvieron puntuaciones más bajas en sus función cognitiva y psicomotora que aquellos niños cuyas madres tenían niveles óptimos de la vitamina (>30 ng/mL)

. En general, las puntuaciones más bajas en los pruebas neuropsicológicas podría conducir a coeficientes intelectuales más bajos de los niños. La vitamina D regula el desarrollo y la función de la placenta por lo que su déficit durante el embarazo se ha relacionado con un mayor riesgo de pre-eclampsia, parto prematuro y cesárea, así como también un mayor riesgo de resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa y diabetes durante el embarazo.

Los niveles de vitamina D del feto y del neonato dependen totalmente de los niveles de vitamina D en sangre en su madre durante el embarazo. Se estima que la concentración de vitamina D en sangre de cordón puede ser igual o hasta un 20% más baja que la concentración en sangre maternal. Unos niveles insuficientes de vitamina D durante el embarazo puede condicionar un peor desarrollo óseo cuya forma más grave sería el raquitismo. Y también puede condicionar el desarrollo de un sistema inmune más débil con una mayor susceptibilidad de sufrir infecciones respiratorias y asma durante la infancia.



En la actualidad muchos estudios como el Proyecto INMA están investigando si estar expuesto a unos niveles insuficientes de vitamina D durante etapas claves del desarrollo como la etapa intrauterina puede incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades durante la etapa adulta tales como obesidad, diabetes, cáncer, asma, enfermedades autoinmunes, cardiovasculares y neurodegenerativas.

## POSICIONAMIENTO DE LA OMS

Dada la importancia del tema, los estados miembros de la OMS solicitaron a la organización su posicionamiento sobre los efectos y la seguridad de la suplementación de vitamina D en mujeres embarazadas, como estrategia de salud pública, en apoyo de sus esfuerzos por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los objetivos mundiales establecidos en el plan integral de implementación de nutrición infantil y de niños..

La OMS EN 2012 editó una guía titulada “ *Vitamin D supplementation in pregnant women*” que finalizaba con dos conclusiones:

- No se recomienda la administración de suplementos de vitamina D durante el embarazo para prevenir el desarrollo de preeclampsia y sus complicaciones ((**recomendación fuerte**))
- Además, debido a la limitada evidencia actualmente disponible para evaluar directamente los beneficios y daños del uso de suplementos de vitamina D solo en el embarazo para mejorar los resultados de salud materna e infantil, el uso de esta intervención durante el embarazo como parte de la atención prenatal de rutina tampoco es recomendada ( **recomendación condicional**)

Recientemente la OMS ( Junio 2017 ) ha hecho una nueva revisión y se ha pronunciado en el mismo sentido recordando que aunque la administración de suplementos de vitamina D durante el embarazo mejora el nivel de la vitamina D en la madre y puede reducir el riesgo de preeclampsia, bajo peso

al nacer y nacimiento prematuro, la evidencia actualmente disponible para evaluar directamente los beneficios y los daños del uso de suplementos de vitamina D en el embarazo para mejorar los resultados de salud materna e infantil, es limitada.

## RECOMENDACIONES DE LA OMS 2017

- No se recomienda la administración de suplementos de vitamina D a las mujeres embarazadas para mejorar los resultados maternos y perinatales.
- Se debe informar a las mujeres embarazadas que la luz solar es la fuente más importante de vitamina D. Se desconoce la cantidad de tiempo que se necesita al sol y depende de muchas variables, como la cantidad de piel expuesta, la hora del día, la latitud y la estación, pigmentación de la piel (los pigmentos de la piel más oscuros sintetizan menos vitamina D que los pigmentos más claros) y el uso de protección solar..
- Se debe alentar a las mujeres embarazadas a que reciban una nutrición adecuada, que se logra mejor mediante el consumo de una dieta sana y equilibrada, y que se remitan a la orientación de la
- OMS sobre alimentación saludable .
- Para las mujeres embarazadas con deficiencia documentada de vitamina D, se pueden administrar suplementos de vitamina D con la ingesta de nutrientes recomendada (RNI) actual de 200 UI (5 µg) por día.

Según la revisión Cochrane ( 2016 ) , hay 23 estudios en curso o no publicados sobre la administración de suplementos de vitamina D en el embarazo.. Las pruebas de estos ensayos deberían ayudar a aclarar las incertidumbres actuales con respecto a los efectos de la vitamina D, particularmente el efecto sobre el parto prematuro y cualquier otro beneficio o perjuicio asociados de la vitamina D cuando se combina con otras vitaminas y minerales, particularmente el calcio. █

## FUMAR DURANTE EL EMBARAZO VINCULADO A LA PARÁLISIS CEREBRAL, SEGÚN ESTUDIOS DE ANIMALES.

### *"Maternal Cigarette Smoke Exposure Worsens Neurological Outcomes in Adolescent Offspring with Hypoxic-Ischemic Injury"*

Los estudios en curso que utilizan modelos animales muestran que las crías de madres fumadoras corren el riesgo de reducir el flujo de sangre y oxígeno al cerebro.

La muerte celular resultante, en las regiones del cerebro de la descendencia responsable del movimiento y la memoria, puede vincularse a la parálisis cerebral.

El estudio de UTS encontró que cuando una madre fuma durante el embarazo, puede estar privando a su hijo por nacer del oxígeno necesario. El acto puede incluso conducir a una lesión hipoxia-isquémica, que ocurre cuando las células del cerebro carecen de sangre y oxígeno..

La muerte celular resultante, que se produce en regiones del cerebro responsables del movimiento y la memoria, se parece mucho al patrón de muerte celular que se observa en la parálisis cerebral.

Los investigadores concluyen que las fumadoras deberían dejar de fumar mucho antes de quedar embarazadas. "Lo que hemos observado hasta ahora es que para evitar dañar a su bebé, las madres deben dejar de fumar varios meses o incluso años antes de su embarazo, ya que fumar afectará la calidad de sus óvulos incluso antes de que se fertilicen", dijo. el Dr Chen..

El Dr. Chen y sus colegas del UNSW Sydney, el Instituto de Investigación Kolling, el Instituto Woolcock de Investigación Médica, la Universidad de Sídney utilizaron modelos de ratón para demostrar que el tabaquismo materno afecta el

funcionamiento de las células mitocondriales responsables de alimentar los procesos biológicos del cuerpo

La investigación mostró que las crías de ratón con altos niveles de estrés oxidativo en el cerebro tienen más probabilidades de desarrollar trastornos funcionales. "Descubrimos que los cachorros de madres fumadoras son más torpes a la edad de la adolescencia, tienen menos fuerza en sus extremidades, están más ansiosos y tienen una función de memoria deficiente, lo que afecta su capacidad de aprendizaje", segunel Dr. Chen. En particular, la capacidad de aprendizaje empeora si los cachorros tienen una lesión hipóxico-isquémica.

"El aumento del estrés oxidativo se debe principalmente a que las mitocondrias son incapaces de producir suficientes antioxidantes para eliminar sustancias químicas tóxicas llamadas radicales libres, causando una acumulación química dañina en los cerebros de los cachorros de las madres expuestas al humo del cigarrillo", afirma. Chen.

Una posible estrategia preventiva puede ser proporcionar a las madres suplementos de antioxidantes durante el embarazo. Estudios previos llevados a cabo por este equipo de investigación encontraron que la L-carnitina antioxidante administrada a madres embarazadas expuestas al humo del cigarrillo puede mejorar los resultados de salud de los riñones y el sistema respiratorio en la descendencia.

"El siguiente paso será usar dicho tratamiento para mejorar los resultados funcionales en los cachorros de las madres fumadoras", "Sin embargo, el mensaje para el público, dice el Dr.. Chen, ***es que si quieres tener un bebé sano, debes dejar de fumar mucho antes de planear el embarazo***".



## LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS PARTICIPA EN LA 1ª JORNADA MULTIDISCIPLINAR DEL SUELO PÉLVICO

El pasado día 10 de noviembre tuvo lugar en el Hospital Universitario y Politécnico La Fé de Valencia, la 1ª jornada multidisciplinar de suelo pélvico organizada por el grupo de trabajo de Suelo Pélvico de la SOGCV, sección de la SEGO en la Comunidad Valenciana a cargo de su representante el Dr. D. Francisco Nohales.

En dicha jornada participaron matronas, fisioterapeutas y ginecólogos para abordar un tema que hoy por hoy causa una enorme disfunción en la calidad de vida de las mujeres que sufren problemas con su suelo pélvico (incontinencias, disfunciones sexuales, dolor crónico) y que puede no sean bien diagnosticadas o tratadas cuando esta sociedad normaliza el problema de la incontinencia o no saben a quién acudir después de un tiempo de periplos por el hospital.

El enfoque de cara a la prevención y detección precoz, y por supuesto de promoción de la salud fue desde tres momentos diferentes, durante el embarazo, el parto y el puerperio, con las últimas evidencias científicas que tan magistralmente fueron expuestas, entre los ponentes, por algunas de las matronas participantes.

Al finalizar, se organizó una mesa de debate sobre temas de controversia y en la que participó la AEM, a cargo M<sup>a</sup> Isabel Castelló como vicepresidenta, junto con otras asociaciones científicas, la universidad y otros profesionales implicados.

Las conclusiones pueden ser: la necesidad de formación de todos los profesionales implicados, la falta de concienciación de las mujeres del propio problema, falta de adherencia a los tratamientos y a la prevención (ejercicio, dieta, hábitos saludables), desconocimiento del dolor pélvico crónico, y la necesidad de un trabajo en equipo con otros profesionales.

Las matronas tenemos mucho que decir al respecto y sobre todo, mucho que hacer, pues como especialistas en el ciclo sexual y reproductivo de la mujer, es competencia nuestra la educación para la salud (promoción), la detección precoz y su posible derivación, y la prevención. Todos los profesionales implicados en el tema podemos trabajar juntos, aunque no revueltos, porque las consecuencias en la salud de la mujer deben ser abordadas en todas sus esferas, psíquica, emocional, sexual, social y no sólo físicas.

Desde la AEM animamos a las matronas a conocer y formarse también en estos temas si lo que queremos es, en definitiva, mejorar la salud de las mujeres en el presente y en el futuro.

## LA CARRERA PROFESIONAL, OTRA ASIGNATURA PENDIENTE DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS.

### La falta de reconocimiento en algunas CCAA genera desigualdad y problemas con la movilidad laboral.



La pasada semana un grupo político presento, en el Parlamento, una Proposición No de Ley sobre el reconocimiento de la carrera profesional de los sanitarios en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), para su debate en Comisión. Dada su orientación laboral, trascendencia económica e interés sindical, nos hacemos eco de esta propuesta y la hacemos nuestra. La propuesta basa su justificación en que "un Sistema de Salud de calidad no puede calificarse como tal cuando expulsa a miles de profesionales sanitarios cada año por las pésimas condiciones laborales que ofrece y maltrata a sus profesionales de diversas formas, entre ellas, no reconociendo su carrera profesional."

Recordemos que La Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud se redactó, en el año 2003, para regular una normativa básica común aplicable a todo el SNS, definiendo, entre otros criterios, los generales relativos a la carrera profesional. Concretamente el artículo 40 establece que "La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.", añadiendo en otro apartado que " La Comisión de RRHH del SNS establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera, sus efectos profesiona-

les y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del SNS."

A día de hoy es evidente que esta norma no se cumple ni por parte de la Administración General del Estado, ni por todas las Comunidades Autónomas, suponiendo un desprecio más para los profesionales sanitarios. Si bien algunas CCAA reconocen la carrera profesional y la bonifican, no la actualizan desde hace varios años. Otras no la reconocen, aunque tienen pensado empezar a hacerlo el próximo ejercicio (como ya informamos en una nota). Pero existen otras que ni la reconocen ni tienen pensado hacerlo. Incluso se da la paradoja de que algunas CCAA reconocen y remuneran la carrera profesional de facultativos trasladados de otras comunidades, aunque no lo hacen con los de su propia comunidad..

Creemos que es responsabilidad del Gobierno, mediante la dirección del Consejo Interterritorial del SNS, como foro coordinador, el abordar esta problemática que genera desigualdad entre profesionales de diferentes territorios autonómicos y supone un impedimento para la movilidad laboral, ya que cuando se producen traslados puede no reconocerse la carrera profesional. En SIMAES creemos que la carrera profesional de las Matronas es un derecho básico como trabajadores públicos y, con la humildad de nuestra representación, manifestamos que compartimos los principios que han aconsejado presentar esta propuesta parlamentaria y exigimos el cumplimiento íntegro del Estatuto Marco, con el reconocimiento de la carrera profesional en todo el territorio nacional. ■

**Curso online de suelo pélvico para enfermería Obstetricoginecológica (matronas)**

**15% DESCUENTO**

Para obtener el descuento, deja tus datos en el stand de IVIRMA Education

**Duración:** 12 semanas. 50 horas.  
**Comienzo:** Marzo de 2018.  
**Precio:** 300 euros.

**educa.ivi.es**

**IVIRMA**  
Global Education

### Programa

Programa específico desarrollado para enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) que contiene el programa científico más completo y actualizado del mercado.

Duración 12 semanas.  
Comienzo: Marzo 2018  
Precio 300 €

### INFORMACIÓN:

<https://docencia.ivi.es/es/>

### Las características de este Curso son:

- Presentación del material con un sistema novedoso de formación, con materias básicas y posibilidad de ampliarlo online (videos) desde cualquier dispositivo.
- La información científica es presentada de manera rigurosa.
- Abundante material iconográfico, creado para el Curso.
- Presentación de casos clínicos esquemáticos y con resolución eminentemente práctica en la toma de decisiones.
- Visión multidisciplinar, donde el centro será la paciente y donde el trabajo en equipo será un valor.
- Todo esto se complementará con preguntas al experto y foros de discusión.

### Objetivo general

Actualizar al profesional de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) en el conocimiento de las disfunciones del suelo pélvico femenino, debido a los cambios que se producen por acontecimientos naturales: embarazo, parto, puerperio y envejecimiento.

### Objetivos específicos

- Identificar aquellas disfunciones del suelo pélvico que afectan a la calidad de vida de la mujer y valorar su importancia.
- Resolver aquellas disfunciones que precisen de aproximación terapéutica conservadora (enseñanza, disciplina miccional, fortalecimiento musculatura de suelo pélvico, empleo de tratamientos locales, etc).
- Discriminar que pacientes son subsidiarias de abordaje especializado y conocer su derivación.
- Aplicar las recomendaciones de tratamientos conservadores, médicos y quirúrgicos, realizados desde atención especializada.
- Aplicar en el seguimiento de patologías de suelo pélvico que por sus características precisen de cuidados de enfermería (curas locales, sondajes vesicales, colocación de pesarios, valoración orina residual, etc).
- Valorar el trabajo en equipo con el fin principal de conseguir los objetivos marcados.



## TALLER DE ECOLOGIA DE LA MATERNIDAD

El pasado 19 de octubre organizado por la Asociación Española de Matronas y patrocinado por Weleda se realizó un taller sobre la ecología de la maternidad.

Los contenidos del taller son de máximo interés para las matronas:

Principios de ecología humana y de la salud; biología evolutiva humana; la madre como ecosistema del hijo; salud ambiental, la matrona como vehículo de armonización entre la ciencia, la tecnología y la intuición..

El taller está dirigido de manera brillante por la matrona Charo Martín.

Las asistentes disfrutaron de una interesantísima sesión y un pequeño ágape al finalizar el taller.

26-27  
de Enero  
2018

Madrid, España - Hotel Rafael Atocha

3

3ª EDICIÓN

ENTRE  
DOS MANOS

Jornadas pluridisciplinares de obstetricia y suelo pélvico

## PRESIDENTES

-José Ángel Espinosa Barragán  
-Chantal Fabre-Clergue (Francia)

## COMITÉ CIENTIFICO

-Begoña Caldera Brea  
-Vanessa Mata Amigo  
-David Salncez Rienda  
-Chantal Fabre-Clergue

## INSCRIPCIONES

Debe realizarse solo en la web:

[www.entre-dos-manos.com](http://www.entre-dos-manos.com)

	Antes del 15 de noviembre	Después del 15 de noviembre
Acceso 1 día (viernes 26 o sábado 27)	100 €	130 €
Acceso 2 días	155 €	185 €
Acceso 2 días (Residentes) (Plazas limitadas)	120 €	120 €
Acceso 2 días (Estudiantes) (Plazas limitadas)	40 €	40 €

SEDE DEL CONGRESO: HOTEL RAFAEL ATOCHA  
C/Méndez Álvaro, 30, 28045 Madrid - España  
Tel. + 34 91 468 81 00 – [atocha@rafaelhoteles.com](mailto:atocha@rafaelhoteles.com)

ORGANIZACIÓN: COM&CO, BENJAMIN RICHIER  
15, Bd Grawitz, 13016 Marseille, Francia  
Tel.: +33 7 77 91 00 65 – [brichier@comnco.com](mailto:brichier@comnco.com)

INSCRIPCIONES: [www.entre-dos-manos.com](http://www.entre-dos-manos.com)

## PROGRAMA

08:00 Apertura de la zona de inscripción.

09:00 "SexoCorporal". Claude Roux-Deslandes (Pau, Francia) – Duración: 2 horas

09:00 Protección manual del periné: prevención de las lesiones perineales en el parto.  
Margarita Manresa (Barcelona) y Ana Pereda

09:00 Kinesiotape en obstetricia.  
Francisco García-Muro (Madrid)

10:30 Pausa, visita de la zona de exposición y presentación de los posters.

11:30 Versión cefálica externa.  
José Angel Espinosa Barrajon (Madrid)

11:30 "Stop Diástasis". Rafael Vicetto (Madrid)  
11:30 Protocolo de la episiotomía, desgarro o cesárea en el postparto inmediato.  
Blanca Herrera (Granada) y Begoña Caldera Brea (Madrid)

13:00 SIMPOSIUM  
13:45 Pausa, comida libre.

15:30 Utilización corporal y gesto justo durante el embarazo.  
Fernando Jiménez (Madrid)

15:30 Método T.A.D (transición a la actividad física deportiva).  
María Vila Ramiro (Madrid) y Beatriz Cosgrove Vélez (Madrid)

15:30 Cuando el abdomen dice stop.  
Alain Marzolf (Montpellier, Francia) y Chantal Fabre-Clergue (Marsella, Francia)

**17:00 Pausa, visita de la zona de exposición y presentación oficial de los posters.**  
**17:30 Apertura del congreso por los presidentes.**

17:45 El clítoris.  
Ascensión Gómez López (Murcia)

18:15 Comunicaciones libres.  
19:15 Aperitivo amenizado. Maru Candel y sorpresa

09:00 El rol de la fisioterapia en la preparación al parto.  
Beatriz Cosgrove Vélez (Madrid)

09:20 Innovando en la preparación al nacimiento.  
Julita Fernández Arranz (Madrid)

09:40 ¿Cómo mejorar la calidad de vida en el embarazo con amenaza de parto prematuro?  
Ascensión Gómez López (Murcia)

10:00 ¿EPI-NO sí o EPI-NO no?  
Chantal Fabre-Clergue (Marsella, Francia)

10:20 Discusión en la sala.

10:40 Pausa, visita de la zona de exposición y presentación de los posters.

## BLOQUE DOLOR

11:30 Entender los dolores perineales.  
Olivier Bredeau (Nimes, Francia)

11:50 El ácido hialurónico para los problemas perineales superficiales.  
Nicola Berrini (Perpiñán, Francia)

12:10 ¿Síndrome genitourinario? ¿Vaginosis? ¿Cicatrización?  
Pierre Mares (Nimes, Francia)

12:30 Anamnesis fisioterápica del dolor pélvico.  
Begoña Caldera Brea (Madrid)

12:50 Discusión en la sala.

13:10 SIMPOSIUM  
14:00 Pausa, comida libre.

## BLOQUE ENDOMETRIOSIS

**15:30** Diagnóstico precoz de la endometriosis.  
**Miriam Al Adib Mendiri** (Badajoz)

**15:50** Tratamiento de la endometriosis: Tendencias actuales.  
**Francisco Carmona** (Barcelona)

**16:10** El aporte de la fisioterapia en la endometriosis.  
**Mónica de la Cueva** (Madrid)

**16:30** Nutriterapia como tratamiento complementario en la endometriosis.  
**Itziar González de Arriba** (Irún)

**16:50** Discusión en la sala.  
**17:10** Pausa, visita de la zona de exposición y presentación de los posters.

## BLOQUE SEXUALIDAD

**17:50** Anorgasmia: abordaje integral.  
**Claude Roux-Deslandes** (Pau, Francia)

**18:10** La sexualidad y vaginismo.  
**Pilar Pons** (Barcelona)

**18:30** La sexualidad del postparto: mitos y realidades.  
**Laura Cámara** (Granada)

**18:50** La tonicidad perineal influye en el placer femenino y masculino.  
**Marcel Caufriez** (Frameries, Bélgica)

**19:10** Discusión en la sala.

# Curso de INSTRUCTOR en SIMULACIÓN CLÍNICA PERINATAL

Simulación Clínica, Trabajo en Equipo Multidisciplinar y Resolución de Crisis (CRM).

15 y 16 de diciembre 2017

Lugar:

1º día Aula Simulación Neonatología-Obstetricia  
Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. 2ª planta, bloque C.  
2º día Centro de Simulación.

## INFORMACIÓN:

El carácter de éste curso es multidisciplinario de ámbito perinatal, por lo que va dirigido tanto a enfermeras, matronas y médicos.

## Formación

Basada en la simulación de alta fidelidad y la gestión de la crisis (CRM)

## Inscripción

Por riguroso orden a: [gonzesa@hotmail.com](mailto:gonzesa@hotmail.com)  
Precio 350 €, derecho a manuscrito de estudio, desayunos, comida, asistencia y participación en el curso.

**Servicio de Neonatología, Obstetricia, Anestesia y Formación Continuada.**  
Hospital Universitario Gregorio Marañón  
C/O'Donnell, 48. 28009 Madrid

## PROGRAMA

15 de Diciembre 2017



Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

HORA	TEMA	GRUPOS / AULAS / PROFESORES
8:30	Entrega de documentación	Todos / Aula 1
9:00	Caso de Simulación Demo	Todos / Aula 1
9:30	Introducción a la Simulación Clínica. Aspectos Teóricos	Todos / Aula 1 / Dr. G. Zeballos
10:00	Simulación como Vehículo de Excelencia, Aplicaciones	Todos / Aula 1 / Dr. Juan Laso
11:00	Factor Humano y Entrenamiento del Trabajo en Equipo	Todos / Aula 1 / Dr. Alejandro Garrido
12:00	Descanso	
12:30	Práctica 1 Escenario de la Simulación y Debriefing	
	GRUPO A Aula 2A Aula 2B	GRUPO B Aula 2B Aula 2A
14:30	Comida	
15:00	Práctica 2 Implementación de la Simulación	
	16:00-17:10 Diseño de Casos Clínicos con Hojas Guía Tutorizado	
	17:10-18:40	GRUPO A y B Aula Ipo
18:40	Descanso	
19:00		GRUPO B y C Aula Ipo
20:30	Evaluación del 1º día	Todos / Aula 1

## PROGRAMA

16 de Diciembre 2017

## CENTRO DE SIMULACIÓN OBSTÉTRICO-NEONATAL

El Curso se basa en la interactividad alumno-instructor. Se proporcionan las herramientas prácticas que necesita para integrar la simulación en su programa de formación. Se desarrollarán habilidades esenciales como: prepararse para una simulación, ejecutar un escenario y dirigir un sencillo pero potente "debriefing".

Cada alumno participará en uno o varios casos prácticos. Cada escenario de simulación se ha diseñado para trabajar sobre objetivos clínicos y no clínicos y se desarrollan en un entorno real dotado con todo el material disponible en un Paritorio.

HORA	TEMA	GRUPOS / AULAS / PROFESORES
9:30		GRUPO C y A Aula Ipo
11:00	Descanso y café	
11:30	Implementando el cambio: cómo llevarlo a tu Práctica Diaria.	
12:30	Aspectos Técnicos de las Salas de Simulación y Uso de los Simuladores (soporte de medios y low cost).	
13:15	Práctica 3	Evaluación por Competencias usando Simulación Clínica: VIDEOSIMULACIÓN
14:00	Evaluación del curso y clausura	Todos / Aula Ipo

## PROTOCOLO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS TRABAJADORAS

El protocolo tiene como objetivo regular el procedimiento de movilidad por razón de violencia de género de las empleadas públicas cuya gestión es competencia de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública independientemente de su relación jurídica o situación administrativa.

La medida se contempla en el I Plan de Igualdad de la Conselleria publicado en 2016

El procedimiento garantiza la confidencialidad, la agilidad y el mantenimiento de las condiciones retributivas de la trabajadora

Las trabajadoras en situación de violencia de género podrán solicitar la movilidad de centro de trabajo a aquel que resulte más adecuado para su protección o para recibir la atención integral, sea en la misma o en distinta localidad, incluso de otra comunidad autónoma, de la que venía prestando sus servicios.

Así lo ha anunciado la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, Carmen Montón, tras la firma del protocolo en la mesa sectorial. El protocolo tiene como objetivo regular el procedimiento de movilidad por razón de violencia de género de las empleadas públicas cuya gestión es competencia de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública independientemente de su relación jurídica o situación administrativa..

Esta medida se contempla en el I Plan de Igualdad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, que establece diferentes medidas de sensibilización, detección precoz, prevención y protección de las mujeres en situación de violencia de género. De esta manera, el protocolo de actuación garantiza la agilidad en el cambio de puesto de trabajo, la confidencialidad durante la carrera administrativa, y el compromiso de minimizar los efectos que todo ello produce en las mujeres, manteniendo las condiciones retributivas de la trabajadora.

Junto a la solicitud de movilidad se podrá solicitar, entre otras medidas, la reducción de jornada, la reordenación del tiempo de trabajo o la adaptación del puesto cuando sea necesaria para su intervención psicosocial o para atender adecuadamente las necesidades derivadas de su situación familiar.

Durante todo el procedimiento se protegerá su intimidad, en especial sus datos personales, los de sus familiares y los de cualquier persona que esté bajo su guardia o custodia.

Para asegurar la agilidad de la gestión, el cambio de puesto se resolverá en el plazo máximo de quince días desde la entrada de la solicitud que se puede realizar de forma presencial u online. La presentación online de la solicitud de movilidad evitará la revictimización de la mujer, haciendo innecesaria su presencia física en la iniciación del procedimiento.

La mujer se incorporará al nuevo puesto en tres días si el puesto es en la misma localidad o dentro de un mes si es en una localidad distinta a partir de que se le comunique su cambio de destino.

Asimismo, el protocolo contempla el traslado de quienes tengan a su cargo bajo su patria potestad, tutela o guarda con fines de adopción o acogimiento, a una menor o a una persona con discapacidad que tenga la condición de maltrato por violencia de género, en aquellos supuestos en los que la situación de la víctima aconseje un cambio de localidad de la residencia familiar.

Este protocolo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana. No obstante, se aplicará a los procedimientos iniciados en los que no haya recaído resolución expresa. ■

FUENTE::Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública



## EL PLENO DEL AYUNTAMIENTO DE ALMENDRALEJO APRUEBA HACER UN HOMENAJE A LA MATRONA CARMEN COPÍN BERROCAL.

**Ayudó a venir al mundo a más de 7.000 bebés y las Amas de Casa solicitan para ella un monolito de recuerdo.**

La edición extremeña de "El Periódico" ha publicado un artículo en el que se hacen eco de que el pleno del Ayuntamiento de Almendralejo (Badajoz), a iniciativa de la Asociación de Amas de Casa, ha aprobado reconocer a Dña. Carmen Copín Berrocal, alمندralejense y Matrona jubilada, la labor de toda una vida al servicio de la propia vida erigiéndole un monolito en un parque de la localidad. Aunque ahora tiene 88 años, ha ejerció durante 30 años, contabilizando más de 7.000 nacimientos.

Según indica el diario, empezó siendo matrona a nivel privado en domicilios particulares. Desde 1975 compatibilizó la actividad privada y pública en la Maternidad de Zafra, inaugurada ese año. En 1986 se trasladó hasta Llerena tras cerrarse la de Zafra. Allí estuvo durante dos años en comisión de servicio, momento en el que pidió traslado al Hospital de Mérida, centro donde permaneció hasta su jubilación en 1998, ya con 70 años. Carmen era, según indican, servicial, afable y, especialmente, profesional. Su vida ha estado repleta de consejos, ayudas y favores a miles de mujeres que vieron en ella su tabla de salvación en un momento tan dulce y delicado como es el embarazo y el parto.

Al parecer, Carmen Copín no era una matrona más. Era La matrona de Almendralejo. Su excepcionalidad residió en su profesionalidad. Cuentan que trabajaba a demanda de lunes a domingo las 24 horas. "Según nos han contado, era normal que estuviera de madrugada descansando y la llamara cualquier mujer para contarle un problema o, simplemente, para que la atendiera en un parto". También cuentan que, en ocasiones, con una gallina y un par de latas de conservas quedaba saldada la deuda por la atención domiciliaria, "Lo suyo era pura vocación". En SIMAES queremos destacar el ejemplo de esta compañera, considerando que han sido las propias amas de casa las que han apreciado que es digno hacerle un homenaje a una mujer que "ayudaba a dar vida y salvar vidas".

## INFOMATRONAS CREA UNA SECCIÓN ESPECIAL PARA RESIDENTES



La nueva sección pretende dar espacio a la intercomunicación entre los EIR de toda España y por otra parte de dar mayor visibilidad a todas las cuestiones relacionadas con la formación.

Para este espacio se aceptarán la información, comentarios, imágenes y reseñas de los eventos que se celebren en cada UD.

Como? Enviando tus textos a: [infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com)

Cuando: Antes del día 20 de cada mes

## MAS RAZONES

OTRA RAZON MAS POR LA QUE ACUDIR AL XIX CONGRESO NACIONAL  
DE MATRONAS EN SANTANDER MAYO 2018

### CENTRO BOTÍN



Si no fuera bastante un programa científico de "diez", grandes ponentes, posibilidad de hacer currículum presentando trabajos y consiguiendo créditos de formación por asistencia presencial y concurriendo a un evento único como la celebración de los 40 años de la AEM, Asociación que ha sido protagonista en estas cuatro décadas me muchos de los avances obstétricos y de la formación de matronas que sitúan a España en los primeros puestos de la asistencia materno infantil, hay más..... mucho más, y es que como dice el

slogan: "Cantabria es Infinita" está a disposición de todos los congresistas, para saborearla, para disfrutarla, para sentirse acogido en esta tierra verde en la que el mar y la montaña se funden, en la que la historia de los cántabros, grande como sus montañas, sorprende a propios y extraños, en la que la modernidad se impone no en vano la ciudad de Santander se ha convertido en ejemplo de tantas otras, la ciudad cántabra es la punta de lanza del movimiento RECI (**Red Española de Ciudades Inteligentes**).





“Elevator Bed” o  
Cama Ascensor de  
Carsten Höller,  
creada en 2010

### Hay muchas cosas que ver...

Os proponemos que en vuestros planes de ocio, fuera de las actividades congresuales y si el tiempo lo permite, algún que otro baño de sol y/o de mar en las numerosas playas de la ciudad, no dejéis de ver el recién inaugurado Centro BOTIN :

Con permiso de las Cuevas de Altamira, el Centro Botín es la nueva joya de Cantabria.

Parafraseando a Renzo Piano («el arte nos hace mejores»), Este centro de arte diseñado por el arquitecto y premio Pritzker Renzo Piano, está situado en un lugar privilegiado de Santander, asentado en el enclave central del puerto, además de manera discreta, integrándose en un paisaje que rompe la barrera entre los Jardines de Pereda y la bahía, con el agua y la luz de la ciudad, en constante metamorfosis, como vínculo. No buscaron levantar un icono, pero sí un edificio que despertara orgullo de pertenencia entre sus habitantes . Perfectamente integrado en el centro de la ciudad y los históricos Jardines de Pereda con su bahía.

Para entonces no sabemos qué exposiciones estarán en cartel, pero aseguramos que cualquiera será excelente y digna de ser contemplada . P ero Además una simple visita para contemplar la

Muestra permanente y degustar un café con la mirada puesta en el horizonte , aseguramos que es una experiencia inolvidable.

También por qué no, para quien se quiera dar un capricho , y disfrutar de eso que llamamos “ turismo de experiencia.” puede pasar una noche en una de las salas del Centro Botín, probando de primera mano una de las obras de Carsten Höller, la ‘Elevator Bed’ o Cama Ascensor que creó en 2010.

Es una cama redonda que se puede elevar hasta 3,5 metros por encima del suelo y que está equipada con las comodidades de una habitación de hotel de lujo en la que el visitante, junto a un acompañante, podrá dormir con vistas a la bahía de Santander por un precio que oscila entre 250 y 350 euros. La reserva corre a cuenta del Hotel Real .

La pareja de huéspedes también podrá hacer uso de la obra ‘High Psycho Tank’ (2014) situada en la misma sala. Es un tanque lleno de agua saturada de sal de Epsom, que se mantiene de manera constante a la temperatura del cuerpo. Se flota con facilidad, por lo que llegar a un estado pleno de relajación es sencillo. También contarán con la pasta de dientes ‘Insensatus’, creada específicamente por el mismo autor. ■



## LA TESIS DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

### Su aplicación procesal y unas obligadas reflexiones

La pérdida de oportunidad es una tesis invocada ocasionalmente como fundamento de la responsabilidad en muy variados campos de la medicina. El campo más frecuente de invocación de la pérdida de oportunidad es en aquellos casos en los que se omitió una prueba que pudo ser decisiva para evitar el daño, aunque a veces, en su formulación más excesiva, se aplica a aquellos casos en los que aun teniendo elementos de juicio suficientes para colegir que el daño podía ser inevitable, debió de haberse procurado esa oportunidad al paciente.

#### INTRODUCCION

Cada uno somos hijos de nuestros propios actos, se dice. Existen, sin embargo, numerosas situaciones en las que alguien tiene la probabilidad de obtener una ventaja o evitar una pérdida, pero por hechos provenientes de un tercero y este último con su conducta es quien hace que esa oportunidad se malogre. En definitiva su destino estuvo en manos de ese tercero. ¿Será ese tercero responsable, por su conducta activa u omisiva, de la frustración de la esperanza positiva mencionada? Siguiendo este criterio ¿debería indemnizarse a una de las partes de un proceso judicial que en segunda instancia no tuvo la oportunidad de revocar una decisión adversa porque su abogado no interpuso el respectivo recurso?; ¿o a una candidata en un concurso de belleza que, posicionada para ganarlo, no fue informada de haber quedado entre las semifinalistas y por tal razón no siguió

participando?; ¿o la persona injustamente suspendida en un examen de conducir, de cuyo resultado positivo dependía su oportunidad de empleo? ¿o al oferente de una licitación en un concurso público, que no pudo seguir participando por un infundado rechazo de su propuesta? etc.

#### En qué consiste esta construcción jurídica

El llamado "caso Perruche" abrió una controvertida teoría, asumida en principio por la Corte Francesa de Casación, que afirmaba la responsabilidad de la Administración Sanitaria por la no detección de malformaciones en un feto.

Es criterio jurisprudencial asentado, desde hace tiempo en España que el hecho de no haber realizado un barrido integral durante el embarazo puede llevar a la declaración de responsabilidad de la Administración Sanitaria y de su personal por no detectar las taras del feto, si tienen lugar, y haber podido informar a sus progenitores. La clave es que la falta de información genera responsabilidad, sobre todo si esta carencia motiva la imposibilidad de ejercer derechos en la esfera de la autonomía de la voluntad, concretamente el decidir si se interrumpe, o no, el embarazo con un feto bajo esas condiciones. Lo que se arrebató no es la posibilidad de abortar, en definitiva, sino la de decidir si se lleva a cabo o no dicha conducta, que puede, finalmente, no llevarse a cabo por variadas razones morales, creenciales, éticas, antropológicas, sociales, familiares...

El mecanismo ordinario de declaración de responsabilidad sanitaria supone que se produzca un daño y pueda probarse una relación causal entre

Esta lesión jurídica y la acción u omisión del medio sanitario o de los profesionales integrados en el mismo. El fundamento de la atribución de responsabilidad al medio asistencial, sin embargo, conforme a la tesis que ahora analizamos, reside en que no se le dieron acceso, al paciente, a posibilidades diagnósticas o terapéuticas con cuya concurrencia pudo no haberse producido el daño. No se trata de la constatación del daño y de la relación de causalidad mencionados, sino de no haber puesto en escena ciertas condiciones favorables al paciente. Basta con que pueda determinarse cierta probabilidad de que la intervención asistencial hubiese podido evitar el daño, para que se declare la responsabilidad, aun cuando esa probabilidad no pueda valorarse más que como tal y no como una certeza. Este planteamiento de "la perte d'une chance" importado de la doctrina francesa ha supuesto un giro importante en el análisis del siempre complejo asunto de las llamadas negligencias sanitarias. Supone orientar la atención (y la valoración) no a la existencia del daño probado, sino a una mera presunción de hecho de que existieron posibilidades de haberlo evitado y no se utilizaron.

### Una visión en los tribunales del complejo escenario de la Obstetricia

Quiero traer a colación, en este sentido, una sentencia del Tribunal Supremo cuyo fallo obligaba a indemnizar a una gestante por un retraso en la práctica de una ecografía, que podría haber detectado la acondroplasia de la que era portador el feto. La condena, de 62.000 euros se fundamentó, precisamente, en la pérdida de oportunidad de decidir, que se le ocasionó a la madre, por la falta de información a tiempo, respecto de la continuidad, o no, del embarazo que podría, de haberlo querido así, haber continuado (si era esa su decisión) pero en cuya decisión se le impidió situarse. La causa material directa, en este asunto, fue un error en la apreciación de la ecografía tardía, practicada a una mujer con

obesidad mórbida y deficiente visualización fetal, que no detectó la antes mencionada malformación en el fruto de la gestación ni advirtió, consiguientemente de ello a la gestante.

En este mismo campo de la Obstetricia, la Audiencia Nacional, había valorado la tesis de la pérdida de oportunidad cuando declaró la responsabilidad por el fallecimiento de una criatura a causa de una abruptio placentae grave. Ingresó la mujer en la Unidad de Urgencias de un centro sanitario a causa de molestias propias de su estado de gestación. Una vez reconocida fue devuelta a su domicilio, del que volvió horas más tarde ante la persistencia de las molestias. Fue trasladada a la sala de dilatación y tras el parto el feto nació muerto por la causa antes expresada.

El motivo de la condena residió, según la resolución judicial, en el hecho de que no estuvo monitorizada durante la dilatación y por tanto no pudo ser detectada la patología que presentaba. Recoge la sentencia que un seguimiento más cercano de la paciente durante el lapso de tiempo indicado, incluso un diagnóstico correcto, no garantizaban la vida del feto, pero es evidente que hubieran situado al feto ante la posibilidad de nacer con vida, al menos en el porcentaje probable manejado por las estadísticas para estas patologías (mortalidad del 50 por ciento).

Quedó recogido, también, que a la gestante no se le realizaron auscultación, por estetoscopio o ultrasonidos, ni se le hizo palpación alguna, pues tales operaciones no constan documentadas.

Declara, la citada Audiencia Nacional, en otro orden de cosas, de esta forma la extrema importancia de registrar documentalmente todas las actuaciones, pues de no hacerse así pueden ser estimadas como no realizadas, con lo cual a la imputación de responsabilidad por pérdida de oportunidad podrían los demandantes añadir un argumentario de praxis deficiente, con la expedita vía que abre este título a la defensa de la parte perjudicada.

■  
**Juan Siso Martin.**  
**Doctor en Derecho Público**

## “BIENVENIDA A LA VIDA”

Seguro que tendréis algún momento para relajarnos con una película que, sin ambiciones, tiene como protagonista una matrona. Se trata de una serie alemana que se inició en 2015 y hasta el momento, dado el éxito obtenido, han rodado 10 episodios.

Cada episodio es una historia que transcurre entre la familia y los amigos de Lena e historias individuales completas relacionadas con su actividad como matrona. Esta película (disponible on-line) corresponde al primer capítulo de la serie.

Lo que Lena Lorenz hace todos los días nunca es común y, sin embargo, su trabajo es uno de los más antiguos de la historia de la humanidad: ella es matrona, trabaja en un hospital de Berlín, con una gran carga asistencial. Al tiempo que Lena está sosteniendo a un bebé recién nacido en sus manos ya la reclaman para atender a una mujer embarazada, víctima de un accidente de tráfico. Desafortunadamente, Lena no puede salvar al feto. Agotada regresa a casa donde su prometido Alex la espera con impaciencia. El ambicioso abogado le recuerda la cita con amigos e insta a Lena a que le acompañe.

Cansada de condicionamientos, toma su maleta, se sube al coche y se marcha. A la mañana siguiente, es recibida por un hermoso amanecer y un fascinante panorama de montaña en su ciudad natal de Baviera, Himmelsruh. ¿Dónde más podría pasar unos días de descanso, más que en su casa familiar, en la granja de su madre? Pero Eva Lorenz (su madre) de ninguna manera está entusiasmada con la visita de su hija. Desde la muerte de su esposo ella tiene que atender la granja sola. La existencia de la granja está en peligro porque ya no es rentable. Y Leo, el abuelo discute constantemente con su nuera, que nunca podrá complacerlo realmente. La máquina de ordeño se rompió, el ejecutor se ha roto de nuevo y el abuelo Leo vaga más frecuencia desorientado a través de la zona..... Por lo tanto, Lena no está en un paraíso de vacaciones, debe ser capaz de abordar los problemas adecuadamente.



En el pueblo, conoce a una embarazada menor de edad, María Brandner. Lena no duda y la ayuda a dar a luz a una niña sana, en el "Almwirt", el pub del pueblo. Ersun, un maestro de la escuela secundaria cercana, está impresionado por el impulso de Lena. Lena también se siente espontáneamente atraída por él, pero no hay tiempo para conocerse. María Brandner no sabe qué hacer a continuación. Por desesperación, ella desaparece del hospital y deja a su bebé atrás. Lena recurre a su amiga de antaño con la que ha tenido profundas diferencias, Julia, para que le ayude en búsqueda, porque Lena sospecha que María está en una cabaña de montaña y necesitará ayuda.■

EN BREVE TODA LA INFORMACIÓN EN [WWW.aesmatronas.com](http://WWW.aesmatronas.com)

SANTANDER 24-26 MAYO 2018

# XIX CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE MATRONAS

40 Aniversario haciendo profesión



SOLICITADA ACREDITACIÓN



24 Mayo 2018  
 16:00h. Acreditación de congresistas  
 Sesión inaugural. Conferencia de apertura.



### MESA UNIDADES DOCENTES.

- **Fortalezas y debilidades de las UDD:** Inquietudes del EIR. Inquietudes del profesorado. Inquietudes del experto

### MESA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Relación del uso de oxitocina y la ictericia del RN**
- **Desafíos actuales en la predicción, prevención y tratamiento de la prematuridad:** Prevención de nacimiento pretérmino: abordaje basado en evidencia. Manejo integral después de la inhibición del trabajo de parto pretérmino
- **Avances en predicción, prevención y manejo de preeclampsia..**
- **Indicaciones frecuentes y controvertidas para decidir la resolución del embarazo: una decisión peligrosa**  
 Criterios sonográficos: oligohidramnios, circular de cordón, placenta calcificada. Registro cardiotocográfico e hipomotilidad fetal: el problema de su interpretación. Las indicaciones de las pruebas de madurez pulmonar (bioquímicas y sonográficas). Complicaciones en la evolución del parto.
- **RCIU: unificando criterios para el diagnóstico y manejo.** Utilidad del Doppler en bajo riesgo . Arteria umbilical, ¿sola o combinada?: diagnóstico y predicción de riesgo.. Evaluación del deterioro fetal: manejo e interrupción según las diferencias fisiopatológicas y clínicas
- **Obesidad: epidemia que complica el embarazo:** Sobrepeso, obesidad y embarazo: combinación mortal
- Control nutricional para la prevención y tratamiento de la obesidad y sus consecuencias en el embarazo
- **Diabetes y expectativas de futuro**

### MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- ...
  - **Controversias en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria:** Protocolo diagnóstico en incontinencia urinaria, ¿quién necesita urodinamia?. Manejo conservador: tendencias actuales
  - **Problemas relacionados con la menopausia, cómo aliviar / tratar de forma efectiva basándose en la evidencia actual.**
  - **La patología de la vulva, identificar los problemas, tratamiento dentro de las competencias de la matrona y signos de derivación.**
  - **Las ETS, identificar los problemas, tratamiento dentro de las competencias de la matrona y signos de derivación:** Nuevos escenarios de riesgo de infecciones de transmisión sexual.
  - **Efectos del embarazo y la vía del nacimiento en el piso pélvico: análisis de la evidencia:**  
 De qué depende el daño al piso pélvico: ¿puede predecirse o prevenirse?. Intervenciones durante el periodo expulsivo que afecta el piso pélvico . Tratamiento y rehabilitación del daño al piso pélvico
  - **Estrategias para el desarrollo de las competencias de las matronas.**
  - **Prescripción, situación actual, riesgos en la práctica diaria, etc.**
  - **MESA MISCELANEA: Terapia cráneo-sacral para madres/hijos.**
  - **ESPACIO COMUNICACIONES**

LOW COST	CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	
	Hasta 28/2/18	Hasta 21/5/18
SOCIOS	A... 130,00 €	A... 180,00 €
	B... 160,00 €	B... 210,00 €
	C... 250,00 €	C... 300,00 €
NO SOCIOS	A... 160,00 €	A... 210,00 €
	B... 190,00 €	B... 240,00 €
	C... 300,00 €	C... 350,00 €
EIR Y JUBILADAS	A... 120,00 €	A... 170,00 €
	B... 150,00 €	B... 200,00 €
	C... 240,00 €	C... 290,00 €

LA INSCRIPCIÓN INCLUYE:

- A** Asistencia a sesiones.  
Cartera de documentación.  
Certificados de asistencia y créditos.
- B** Asistencia a sesiones.  
Cartera de documentación.  
Certificados de asistencia y créditos  
Cafés.
- C** Asistencia a sesiones.  
Cartera de documentación.  
Certificados de asistencia y créditos  
Cafés. Almuerzo. Cena

En breve, toda la información en [www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)

¡ANÍMATE Y PARTICIPA CON UN TRABAJO!

**NORMAS GENERALES:**

Los congresistas que lo deseen podrán presentar sus trabajos a este evento científico, esfuerzo que favorece el enriquecimiento general y a la vez sirve de estímulo y recompensa personal al sumar méritos en el currículum de quienes finalmente sean seleccionados por el Comité Científico del XIX Congreso Nacional de Matronas.

Se establecen los dos tipos habituales de participación:

**Comunicaciones orales.**

**Pósteres.**

...

Se valorarán prioritariamente los trabajos de investigación y revisión que aporten datos significativos.

**PLAZOS DE PRESENTACIÓN RESÚMENES**

- **10 de marzo 2018:** Fecha límite para la recepción de los resúmenes de los trabajos científicos que se presenten.
- **NOTIFICACIÓN ACEPTACIÓN: 10 de abril 2018:** Fecha límite para la comunicación de la aceptación o no de los trabajos
- **PRESENTACIÓN TRABAJO: 30 de abril 2018:** Fecha límite para la presentación completa del trabajo aceptado.

**TEMÁTICA**

- Temáticas científicas relacionadas con la actividad profesional y otras ciencias.
- Atención y cuidados a la mujer en su maternidad y cuidados del RN.
- Atención y cuidados en general a la mujer en la salud sexual y reproductiva.
- Temáticas relacionadas con aspectos sociológicos, antropológicos, jurídicos y de género.
- Temáticas relacionadas con las áreas de gestión y docencia.

**ESTRUCTURA**

Introducción. Material. Método. Resultados. Conclusiones. Bibliografía.

Los resúmenes de las comunicaciones (orales y pósteres) serán enviados en las hojas plantilla de resúmenes oficiales que, en breve, puedes encontrar en la página Web del Congreso



## AVISO IMPORTANTE

La agenda y programas de formación continuada de la Asociación Española de Matronas se publicarán en el numero de ENERO DE INFOMATRONAS

Ecografía básica para matronas.  
Actualización de nudos y suturas  
Valoración de bienestar fetal.



CONSIGUETU  
BONO



## PREMIO A LA COLABORACIÓN

**Infomatronas**, 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: [infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com) 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..

