INFO Matronas

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Noviembre 2017 Nº 20

INFO Matronas

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Noviembre 2017 Nº 20

Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas de matronas de España, de forma gratuita en formato "on line".
Con una periodicidad mensual buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

Los contenidos proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que, puedan ser didácticas o aleccionadoras para los demás, enviándolos a: INFOMATRONAS@gmail.com
Esperamos que todo el colectivo sea muy activo en este nuevo modelo de participar, compartir y divulgar.

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:
Mª Ángeles Rodríguez Rozalén
Consejo editorial:
Rosa Mª Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fragüas
Rosario Sánchez Garzón
Andrea Herrero Reyes
Pilar Medina Adán
Lucia Moya Ruiz

En éste número...

✓ **ESPECIAL I:**
- Sanciones de carácter deontológico ¿Conocemos las matronas el código deontológico?

✓ HEMOS LEÍDO QUE...
- ANDE presenta el primer consenso sobre la aplicación del Código Ético de Tecnología Sanitaria.
- Nace un nuevo 'bebé medicamento
- Relacionan una infección intestinal durante el embarazo con el riesgo de autismo en el feto.
- El embarazo es "uno de los momentos de mayor riesgo de conductas violentas"

✓ **MUY INTERESANTE:**
- La revista científica PLOS ONE publica los resultados del estudio San Carlos de prevención de la diabetes gestacional
- Plagiocefalia posicional.
- Más de 60 sociedades profesionales y científicas de Europa y América apoyan el manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2017.
- Matronas alertan sobre graves vulneraciones de derechos en casos de bebés fallecidos.
- Nacer en un lugar olvidado

✓ **BREVES:**
- OM que regulará el Registro estatal de profesionales sanitarios
- Indicadores de sospecha de violencia de generan los antecedentes y características de la mujer.
- Curso de emergencias en el parto extra-hospitalario.
- Continúan los problemas para las matronas de Vigo
- **Sabotaje en un "peachimetro".**

✓ **BUENAS NOTICIAS:**
- **Nuevo banco de leche materna para toda la Comunidad Valenciana.**
- **Un programa pionero del Hospital Gregorio Marañón enseña a los padres a cuidar a los grandes prematuros.**
- **Diseñan útero artificial para fetos prematuros**
- **Resolución de la CAM que regula el Protocolo de acoso laboral.**

✓ **PERLAS JURÍDICAS:**
- **Una matrona es absuelta de la condena por homicidio imprudente por la muerte de un bebé**

✓ **LECTURA RECOMENDADA:**
- Justo antes de la felicidad

✓ **AGENDA A.E.M.**
- XIX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS.

SANCIONES DE CARÁCTER DEONTOLÓGICO
¿CONOCEMOS LAS MATRONAS EL CÓGIGO DEONTOLÓGICO?

En varios números de Infomatronas hemos hablado de los diferentes aspectos éticos y deontológicos que se recogen en otros tantos códigos deontológicos, comunitarios o el de la Enfermería Española, así como el propio de las matronas. Pero ¿conocemos las sanciones que se derivan de su incumplimiento? Cierto que el elaborado por la Asociación Española de Matronas solo tiene la sanción moral y no punitivo tal y como reza en su preámbulo (*El Código Deontológico de las Matronas Españolas no obliga ni sanciona pero, su incumplimiento determina la autoexclusión personal del compromiso formal de la mayoría*).
Pero hoy por hoy somos enfermeras especialistas dentro del gran colectivo que forma la Enfermería Española y en su mayoría, pertenecemos a colegios profesionales que si tienen la potestad jurídica para la emisión de sanciones, por lo tanto creo que es pertinente conocerlas.

ANTECEDENTES

Aunque sea de forma indirecta, la primera mención a la ética enfermera en España la encontramos en los primeros Estatutos para los Colegios de Practicantes en Medicina y Cirugía de 1929. Desde entonces, y al hilo de la evolución de la regulación de las profesiones de practicantes, matronas y enfermeras, se fue desarrollando una regulación sobre la ética y la deontología enfermera que, hasta el momento, ha tenido cinco hitos: las "Reglas deontológicas" recogidas en el Reglamento de régimen interior del Colegio Oficial de Matronas de Cataluña, de corta vigencia pero relevante significación; el Código moral de los Ayudantes Técnicos Sanitarios de 1954, que incorporó el juramento de Florence Nightingale; el Código de Ética de Enfermería del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Barcelona de 1986; el Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989, aprobado por el entonces llamado Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería; y el Código Ético y Deontológico de la Enfermería de la Comunitat Valenciana, aprobado por el Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana en 2010.

A pesar de estas cinco normas, de las que tres están enteramente en vigor, podemos concluir que el interés por la ética y la deontología enfermera ha sido y sigue siendo insuficiente en España por parte de las organizaciones colegiales. Si bien la primera norma integral sobre deontología enfermera en España es de 1954, no hubo más inquietud por profundizar en la materia hasta 1986, con la iniciativa del Colegio de Enfermería de Barcelona, y en 1989, con la del Consejo General de Enfermería de España.

CONCEPTOS

Etimológicamente, el vocablo ***"deontología"*** (del griego δέον "debido" y λόγος "tratado") fue un término introducido por Jeremy Benthan, en su obra póstuma, Deontology or the Science of Morality, en 1834 (1). Hace referencia a la rama de la ética cuyo objeto de estudio son aquellos fundamentos del deber y las normas morales. La deontología es conocida también como "ciencia o tratado de los deberes" y así viene definida por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Se refiere, en consecuencia, al conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia.

En la misma obra, Jeremy Benthan dice: "*Se aplica a aquellas conductas del ser humano que no forman parte de las hipótesis normativas del derecho vigente, aquellas acciones que no están sometidas al control de la legislación pública*"

Así pues, ***"Código Deontológico"*** es: Conjunto de normas y deberes dirigidos a un colectivo de profesionales para guiar el ejercicio de su profesión desde una perspectiva ética.

Colegio Profesional: Son corporaciones de derecho público, amparadas por la ley y reconocidas por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, tal y como se recogen en los estatutos colegiales o del propio consejo general, entre los que se encuentra la ordenación del ejercicio de las profesiones y respecto al tema que nos ocupa, los responsables de "*Elaborar las normas deontológicas comunes a la profesión de la Enfermería y velar por su cumplimiento, sin perjuicio de las competencias de cada Colegio miembro* ".

FUNCIONES DE UN CÓDIGO DEONTOLÓGICO.

En general los Códigos deontológicos deben:

- ✓ Fijar una serie de criterios de carácter científico-funcional para el ejercicio de la profesión, con el objetivo de dar operatividad y eficacia a las actividades ejercidas en el ámbito cubierto por las normas establecidas
- ✓ Refundir orientaciones éticas para el ejercicio de la profesión y plasmarlas en códigos de deontología profesional.
- ✓ La posibilidad de los colegios profesionales imponer **sanciones disciplinarias** a los colegiados que incumplan los dictados de los códigos deontológicos. Esta función tiene la singularidad de conferir a éstos relevancia jurídica estatal.

SANCIONES DEONTOLÓGICAS

Aunque el Código Deontológico recoge la legislación vigente en determinadas materias que hasta la fecha están contempladas y reguladas, actualmente no hay ningún Código que lleve en su contenido un anexo o documento que contemple la sanción por el incumplimiento del mismo, o de uno u otro artículo. Es decir, no explicita el tipo de sanción correspondiente a leves, graves o muy graves.

Esto es debido al proceso que se debe seguir para la investigación, tanto a través del informe que emita la Comisión Deontológica como la decisión que en base a éste debe tomar la Junta del Colegio o del Consejo, únicos organismos con esta capacidad sancionadora.

"*Para la graduación de las sanciones se ponderará la existencia de intencionalidad, la naturaleza de los perjuicios ocasionados, la reincidencia y el resto de circunstancias del hecho y su autor, moderándose o agravándose la responsabilidad de éste, según la concurrencia de dichas circunstancias". (Estatutos CECOVA.Art.52)*

Así que, dado que tanto el Colegio como el Consejo tienen reflejados en sus estatutos los artículos referentes a esta cuestión, son las sanciones que allí vienen reflejadas las que en última instancia se aplicarían, siempre y cuando no formen parte de las sanciones civiles o penales, que vienen diferenciadas por el incumplimiento de leyes y que forman parte de la comisión de delitos. Para esta circunstancia debe existir un gabinete jurídico, un Código Penal y de Responsabilidad Civil que se aplicaría no solo a profesionales, de la rama que sea, sino también a todos los ciudadanos.
Para hacer más explícito plasmaremos aquí solo las relacionadas con el tema que nos ocupa, y también me referiré a los estatutos del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana pero que no distan de los del Consejo General de Enfermería.

Tipos de Sanciones:

A).- Faltas Leves:

Tanto en los Estatutos del CECOVA como del COEV, en sus artículos 51 y 65.1 se recogen las siguientes categorías para las faltas leves y sus repercusiones. Sólo se recogen las relacionadas con el tema ético y deontológico:

- *La falta de diligencia en el cumplimiento de las normas estatutarias reglamentarias*
- *Las infracciones leves de los deberes que la profesión impone*
- *Los actos u omisiones enumerados en los siguientes apartados cuando no tuviesen suficiente entidad para ser considerados como faltas graves*

La sanción correspondiente sería una amonestación privada (sin constancia en el expediente personal) y /o una reprensión privada

B).-Faltas Graves:

En el art.54 de los estatutos del CECOVA se recogen las siguientes:

- *El incumplimiento grave de las normas estatutarias y reglamentarias*
- *Los actos de desconsideración manifiesta hacia los compañeros en el ejercicio de la actividad profesional*
- *Los actos y omisiones que constituyan ofensa grave a la dignidad de la profesión o a las reglas éticas que la gobiernan.*
- *La competencia desleal*

Sin embargo el art. 65.2 del COEV, cumplimenta mucho mejor este apartado haciendo referencia a términos más específicos:

- *Los actos y omisiones que atenten a la moral, decoro, dignidad, prestigio y honorabilidad de la profesión*
- *El incumplimiento de las normas deontológicas de la profesión, cuando no tuviera entidad suficiente para ser considerada como falta muy grave.*
- *La embriaguez con ocasión del ejercicio profesional.*

Tanto los del CECOVA como los del COEV imponen entre otras, una sanción que conlleva:
"la suspensión de condición de colegiado y del ejercicio profesional por el plazo de uno a tres meses"

C).- Faltas muy graves:

En el art.53 del E.CECOVA se recoge:

- *Los actos y omisiones que constituyan ofensa grave a la dignidad de la profesión o a las reglas éticas que la gobiernan.*
- *La comisión de delitos dolosos, en cualquier grado de participación, como consecuencia del ejercicio de la profesión.*
- *La embriaguez o toxicomanía habitual que afecte gravemente al ejercicio de la profesión.*

- *La reiteración de falta grave en el plazo de cinco años.*
- *El intrusismo profesional y su encubrimiento.*

Sin embargo en el art.65.3 del E.COEV se especifica mucho más y se incluyen las personas que atendemos y cuidamos:

- *Los actos y omisiones que constituyan ofensa grave a la dignidad de la profesión o a las reglas éticas que la gobiernan*
- *La comisión de delitos dolosos, en cualquier grado de participación, como consecuencia del ejercicio de la profesión.*
- *El atentado contra la dignidad de las personas con ocasión del ejercicio profesional.*
- *La desatención maliciosa o intencionada de los enfermos.*
- *La comisión de infracciones que por su número o gravedad resulten moralmente incompatibles con el ejercicio de la Enfermería*

En esta situación, el CECOVA en su art.51 impone como sanción:

La suspensión de la condición de colegiado y del ejercicio profesional por el plazo de tres meses a un año
La expulsión como colegiado

Tanto los artículos 66.1 y 66.2 del E.COEV hacen pequeños matices en el tiempo de suspensión pero no deja de ser relevante la "gravedad de las consecuencias" por todo lo que supone no solo dejar de ser colegiado, sino dejar de ejercer tu profesión.
Así mismo impone que los miembros de la Comisión de Ética y Deontología deberán actuar con independencia de criterio, desinterés, rigor en sus argumentaciones y apertura hacia los puntos de vista de los demás, con el fin de lograr una deliberación ética colegial.

Y **¿por qué la importancia de conocer un Código Deontológico? ¿Qué aporta a nuestra profesión?**

Pues entre otros valores, suponen un reto que las enfermeras , especialistas o no, deben asumir como parte de su competencia por que desarrolla la capacidad de:

- Orientar los cuidados hacia la independencia y la autonomía de las personas.
- Optimizar la calidad de los cuidados y avanzar hacia la excelencia.
- Fomentar la seguridad de los pacientes y la personal.
- Desarrollar la investigación y generar conocimientos aplicables a la práctica.
- Mejorar la comunicación entre compañeros.
- Participar en la formación de los estudiantes o especialistas de enfermería transmitiéndoles, no solo nuestras habilidades técnicas, sino además los valores éticos de la profesión
- Integrarse en el equipo interdisciplinar desde una clara identificación de las competencias enfermeras.
- Respetar y proteger el medio ambiente.
- Utilizar de forma responsable los recursos existentes, con criterios de eficiencia.
- Prestar cuidados en base a modelos y métodos que aúnen la evidencia científica y la experiencia profesional.
- Fortalecer la consciencia de los valores profesionales de carácter humanista

Pues aunando lo anterior con la Sanción deontológica, la realidad es que el propio desconocimiento del Código hace que no se hagan denuncias cuando se incumplen o cuando alguien es testigo del incumplimiento de alguno de sus artículos por lo que son muy pocas las sanciones que se emiten y en su caso, con falta leve.

Quizá la cuestión sería si el conocimiento y aplicación del Código por parte de, no solo el colectivo general, sino de supervisores, coordinadores y adjuntos entre otros mandos, ayudaría a darle la relevancia que tiene para una profesión como la nuestra, cuando su incumplimiento pueda dar a lugar a sanciones, graves y muy graves, y las consecuencias para profesional de la Enfermería.

Queda, posiblemente, como meta de toda Comisión Deontológica, dar a conocer a nuestros profesionales lo que nos hace diferentes de cualquier otro empleado de la Sanidad. La ética y deontología profesional da lugar al grado de excelencia en el cuidado de las personas y por ende, de la sociedad en la que estamos, en cualquiera de sus etapas de vida.

Como siempre me gusta acabar con una frase, en este caso, las palabras de Gandhi a quien tanto admiro:

"Cuida tus pensamientos porque se volverán actos. Cuida tus actos porque se harán costumbre. Cuida tus costumbres porque formarán tu carácter. Cuida tu carácter porque formará tu destino y tu destino será tu vida"

Mª Isabel Castelló López
Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

ANDE presenta el primer consenso sobre la aplicación del Código Ético de Tecnología Sanitaria

La Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) y la compañía que desarrolla, fabrica y comercializa productos sanitarios para el cuidado de la ostomía y la incontinencia, Hollister, han presentado el primer documento de consenso nacional sobre la implementación del nuevo Código Ético de las empresas de Tecnología Sanitaria, que entrará en vigor el próximo 1 de Enero.

Bajo el título '*Relaciones Profesionales en Clave Ética*', en este documento se recogen las conclusiones y el acuerdo de más de 200 profesionales sanitarios de 11 comunidades autónomas, que pertenecen mayoritariamente al colectivo profesional de Enfermería.
El presidente de ANDE, Jesús Sanz, explica que "la participación de estos profesionales sanitarios permite dar un punto de vista clave, ya que son ellos los que mantienen una continua relación con diferentes empresas y productos, y dedican su día a día al cuidado del paciente".
La metodología aplicada para la realización de esta investigación se llevó a cabo en dos fases. Primero, se identificaron las posibles zonas de riesgo del nuevo Código Ético y, posteriormente, se desarrollaron grupos de discusión y consenso, mediante votación, para que los asistentes pudiesen expresar su opinión.

Metodología científica

Por su parte, la directora de Marketing de Hollister, Lucía Becerra, señala que impulsaron este documento de consenso de la mano de ANDE "para que sean los propios gestores sanitarios los que definan los problemas a los que se pueden enfrentar a partir de enero de 2018 y, de forma consensuada, decidan y acuerden cómo debe ser el procedimiento a seguir en cada caso".
Según los datos registrados en este informe, el 51 por ciento de los participantes considera conveniente establecer precios de referencia para fijar los pagos por servicios profesionales. Por otro lado, el 90 por ciento se opone a que asociaciones y fundaciones que reciben donaciones de empresas realicen formación a pacientes.
Asimismo, este estudio muestra que el 72 por ciento de los profesionales sanitarios cree que el criterio de transparencia fijada en el nuevo Código Ético es insuficiente y propone seguir el de Farmaindustria para que también se publiquen los datos personales de los profesionales que recibieron ayudas.

Nace un nuevo 'bebé medicamento' que permitirá salvar a su hermano de una enfermedad hematológica

El Hospital Virgen del Rocío de Sevilla ha acogido este miércoles el nacimiento de un bebé libre de la enfermedad genética que padece su hermano y compatible al 100% con él para un posible trasplante curativo. Se trata del tercer caso de 'bebé medicamento' que nace en instalaciones de la Sanidad andaluza. En todo el país, se han producido **al menos seis casos de 'hermanos salvadores'** desde que, en 2006, se aprobó la Ley de Reproducción Asistida.

La niña ha nacido este miércoles en el hospital y tiene un **perfil de histocompatibilidad (HLA) idéntico al de su hermano**, lo que la convierte en la donante idónea, al tener el mismo tipo de grupo sanguíneo y el mismo sistema de defensas, lo que reduce al mínimo las posibilidades de rechazo del trasplante. Según la evidencia científica disponible en estos momentos, un trasplante de sangre de cordón umbilical de estas características es la mejor opción terapéutica para la enfermedad que padece el hijo mayor de esta familia, el síndrome Shwachman-Diamond, un trastorno hematológico grave.

Según fuentes de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), desde 2006 la Comisión Nacional de Reproducción Asistida ha recibido 90 solicitudes de **selección embrionaria preimplantacional** para posible trasplante. Este procedimiento permite concebir un niño sano y genéticamente compatible con otro hijo gravemente enfermo. De ellas, la ONT ha dado el visto bueno a 67 casos, lo que supone **un 75% de las solicitudes**.

Sin embargo, no es posible conocer cuántos de estos bebés han nacido y en cuántos casos se ha realizado finalmente un trasplante, ya que no existe un registro nacional de estos llamados 'bebés medicamento'.

El proceso para obtener un embrión sano y compatible con un hermano es especialmente complicado en familias en cuyo ADN hay mutaciones que provocan enfermedades graves, como la anemia de Fanconi.

Se conocen **al menos seis casos de 'bebés milagro'** en España, aunque podría haber más que no han salido a la luz..

En 2012, de nuevo el Virgen del Rocío anunció el nacimiento de Estrella, que permitió la cura de su hermano Antonio, que padecía aplasia medular. Y también hay noticias de otro caso de anemia de Fanconi realizado en el Hospital Niño Jesús de Madrid.

El síndrome Shwachman-Diamond es una enfermedad hematológica hereditaria que afecta a muchas partes del cuerpo, especialmente la médula ósea, el páncreas y el sistema óseo. El trastorno no permite la adecuada producción de las células de la sangre, lo que además de incrementar su riesgo de infecciones y anemia, aumenta las posibilidades de desarrollar complicaciones graves, como el síndrome mielodisplásico. Además, estos niños también presentan una alteración en la función pancreática, por lo que la absorción de nutrientes que es necesaria para el crecimiento no es la adecuada. Por otro lado, en muchos casos, los afectados también presentan problemas con la formación y el crecimiento de los huesos.

Para este síndrome sólo hay un precedente de 'bebé medicamento' descrito en la bibliografía científica internacional, por lo que si el trasplante se realiza con éxito, **sería el segundo caso en el mundo** en el que un paciente afectado por este síndrome se cura con un trasplante de cordón umbilical de un hermano HLA compatible tras la aplicación del Diagnóstico Genético Preimplantacional.

Fuente: Cristina G. Lucio

Relacionan una infección intestinal durante el embarazo con el riesgo de autismo en el feto

Cada vez son más los estudios que alertan sobre el desarrollo en el feto de enfermedades del espectro autista durante la gestación. En las últimas décadas, la comunidad científica ha demostrado que distintos factores, como el uso de paracetamol en este periodo o el retraso de la maternidad, **afectan al desarrollo cerebral** y causan este tipo de trastornos en el futuro hijo.

A fin de conocer más a fondo cómo se producen estos procesos, un equipo de científicos del renombrado Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT) de EEUU y de la universidad de dicha ciudad ha centrado su investigación en **una proteína llamada Interleucina 17a** (IL-17a). Sin ser el único motivo que causa esta dolencia, en ella está la clave de una reacción inmune que va a alterar el desarrollo normal del bebé, que presentará una serie de síntomas comunes en el autismo.

Según los investigadores, la presencia de ciertas bacterias intestinales activa un **mecanismo inflamatorio de defensa materno (llamado MIA)** que incita a unas células del sistema inmune (los linfocitos T colaboradores) a producir la proteína Interleucina 17a. Esta proteína va a activar determinadas neuronas de la corteza cerebral que son las responsables de un **comportamiento social atípico y de conductas repetitivas**, dos características que se dan en personas autistas.

El trabajo se ha desarrollado en ratones reproduciendo tanto la infección como la cadena de efectos inmunológicos de forma análoga a como se produciría en humanos. Los resultados, publicados este miércoles en dos artículos de la revista *Nature*, incluyen además un esquema detallado de las regiones cerebrales en las que se produce este fenómeno.
Para ello han precisado de técnicas de optogenética, una novedosa metodología que modifica el ADN de las células para que reaccionen a estímulos de luz. Como si de un interruptor se tratase, los distintos pulsos lumínicos han permitido encender y apagar los genes de las neuronas que se localizan en las áreas del cerebro estudiadas.
Allí han visto que la respuesta inmune, en la que está involucrada la IL-17a, provoca la activación de una región cerebral que en ratones se llama **Zona Somatosensorial 1 Disgranular** (S1DZ, por sus siglas en inglés). Dicha activación va a ser la responsable del comportamiento social atípico y de las conductas repetitivas. Además, el estudio describe cómo el comportamiento social atípico está controlado también por otra región del córtex cerebral llamada **Área de Asociación Temporal** (TeA).

Por último, el grupo de científicos ha comprobado que el tipo de bacterias responsables de esta afección producida durante la gestación tienen una forma filamentosa y segmentada y que su control mediante **el suministro de un antibiótico** evita los síntomas del espectro autista descritos en la investigación.

Fuente:Mar de Miguel
Madrid

El embarazo es "uno de los momentos de mayor riesgo de conductas violentas"

La psicóloga forense de la Clínica Médico Forense de los Juzgados de Plaza de Castilla (Madrid) María Paz Ruiz Tejedor en su intervención en el encuentro 'Maltrato infantil y otras formas de violencia familiar', que ella misma dirige esta semana en los Cursos de Verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP). ha advertido que el embarazo representa "uno de los momentos con mayor riesgo de conductas violentas".

Según informa la UIMP en nota de prensa, Ruiz Tejedor lo atribuye a la "instrumentalización" que se hace de los hijos antes del nacimiento. "Muchas veces oímos decir a algunas parejas cosas como 'ya verás cómo tener un hijo va a ser la solución a nuestros problemas', cuando en realidad se convierte en uno de los principales elementos estresores", ha advertido.

Del mismo modo, la psicóloga forense ha destacado "el momento en el que la mujer inicia el proceso de divorcio" como otra fase en la que pueden suceder "episodios violentos", que, tal y como ha añadido Ruiz Tejedor, "a menudo, se agravan debido al consumo de sustancias como el alcohol".

"La familia es el factor determinante para que el niño socialice y se desarrolle a nivel emocional. El hecho de que haya conductas violentas en el hogar pone en riesgo que estos procesos se lleven a cabo de forma adecuada", ha explicado Ruiz Tejedor, prosigue la nota de la UIMP, en referencia a las consecuencias que puede generar en los menores presencias episodios de violencia en el hogar.

Igualmente, entre los factores que explican la incidencia de la violencia familiar, la experta ha mencionado "la composición familiar, el alto nivel de estrés y el carácter privado de las relaciones que en ocasiones tratan las conductas familiares como algo ajeno al control social".

En esta línea, otro de los elementos que puede condicionar el comportamiento de los niños se enmarca, según Ruiz Tejedor, en el contexto de la ruptura sentimental, "especialmente cuando el pequeño ha presenciado escenas violentas y genera el rechazo subconsciente hacia uno de los progenitores, incluso sin que haya ningún tipo de coacción o manipulación por parte del otro progenitor".

Finalmente, la directora del encuentro ha hecho referencia a los niños en edad preescolar como grupo expuesto a este tipo de violencia. "Al ser pequeños y tener menor capacidad de enfrentamiento y comprensión, es un tipo de violencia que muchos progenitores no ocultan", ha dicho, según señala la Universidad en su nota de prensa.

Fuente: Valdecilla , la Salud de Cantabria ,

LA REVISTA CIENTÍFICA PLOS ONE PUBLICA LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO SAN CARLOS DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL

Una dieta saludable suplementada con aceite de oliva virgen extra reduce el riesgo de desarrollar diabetes gestacional en un 30% y mejora la salud de los recién nacidos

También reduce el riesgo de partos prematuros, cesáreas, infecciones de orina y traumas perineales. Asimismo, mejora la salud de los niños Las participantes en el estudio tomaron más de cuatro cucharadas de aceite de oliva virgen extra al día y no ganaron más peso durante la gestación La Interprofesional del Aceite de Oliva Español ha apoyado el Estudio dentro de sus líneas de fomento de la I+D+i, a las que destina más de 11% de sus presupuestos.

La diabetes gestacional es una dolencia con una alta incidencia entre las españolas, con tasas que superan el 30% de los embarazos. Y sobre todo, que tiene un reflejo en la salud de la madre y en la del recién nacido, como explica el doctor Alfonso Calle Pascual, que ha liderado el Estudio San Carlos de Prevención de la Diabetes Gestacional, con la participación del Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) y financiado por el Instituto Carlos III.

Se trata de un evidente problema de salud pública (cada año afecta a más de 100.000 españolas), para el que el equipo de investigadores propuso un nuevo abordaje, desde una alimentación saludable suplementada con aceite de oliva virgen extra y frutos secos. Para ello, y a lo largo del año 2016 se distribuyeron a 1000 mujeres gestantes sanas en dos grupos de 500. Al grupo de intervención se le recomendó consumir más de cuatro cucharadas diarias de aceite de oliva virgen extra y pistachos. El resto de las recomendaciones sobre alimentación y ejercicio físico fueron idénticas para ambos grupos de mujeres. De igual forma, su seguimiento y número de vistas fueron también las mismas.

Un Estudio que acaba de culminar con la publicación de los resultados en la prestigiosa publicación científica Plos One confirma que la incidencia de la diabetes se redujo en un 30% en el grupo de gestantes alimentadas sin restricciones con aceite de oliva virgen extra y frutos secos. Además, la necesidad de tratamiento con insulina se redujo a la mitad. Al mismo tiempo, se constató una reducción significativa en las tasas de prematuridad, de cesáreas urgentes, de infecciones de orina y de traumas perineales en la madre y también de recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional. Además, las madres no ganaron más peso durante la gestación.

"Los efectos del consumo del aceite de oliva virgen extra son tanto directos, por su consumo, como indirectos. En nutrición, tan importante es lo que uno come, como lo que dejas de comer (sustitución de alimentos menos saludables). Las mujeres que han recibido el aceite de oliva virgen extra consumen con mayor frecuencia verduras y hortalizas, porque son más agradables a la hora de comer. Por otro lado, son más conscientes de lo que comen. A la hora de hacer salsas, sofritos o guisos emplean aceite de oliva virgen extra, que tienen un sabor mucho más agradable.

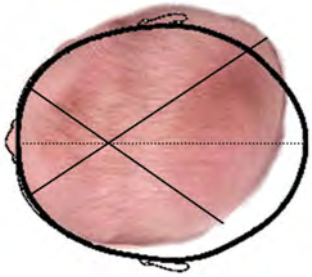
Aceite de oliva y diabetes

Eliminan otras salsas comerciales que son mucho menos saludables. Además, el aceite de oliva virgen extra tiene otros efectos beneficiosos que están demostrados, como es una mejor respuesta glucémica tras la comida, mejora la sensibilidad de la insulina y por lo tanto reduce las excursiones de la glucosa tras la ingesta de alimentos, un hecho muy relevante en la diabetes gestacional. Y no hay que olvidar otro elemento importantísimo: esta alimentación saludable de la embarazada se transmite a través de cambios epigenéticos al niño que favorecen la salud del recién nacido".
Aceites de Oliva de España, marca de promoción de la Interprofesional del Aceite de Oliva Español, ha prestado su apoyo al equipo del Estudio San Carlos de Prevención de la Diabetes Gestacional, en el marco de su ambicioso programa de fomento de la I+D+i.

Para más información consultar el artículo completo en español :

https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185873.s003
Fuente: Interprofesional Aceite de Oliva Español

PLAGIOCEFALIA POSICIONAL



La plagiocefalia es una lesión craneal, el termino deriva de griego "plagio "significa cráneo oblicuo" Esta lesión conlleva una deformidad craneofacial secundaria a la afectación de una o varias suturas del cráneo, que puede originarse durante el periodo intrauterino o extrauterino en los primeros meses de vida.
La plagiocefalia pertenece al grupo de las craneosinostosis o craneoestenosis, que significa cierre prematuro delas suturas del cráneo. En función de su naturaleza se distinguen dos entidades:
1) Plagiocefalia Sinostósica; osificación real por alteración en el crecimiento y desarrollo óseo craneal , debido a un defecto primario del tejido mesenquimatoso que se trasforma en tejido óseo de forma precoz
2) Plagiocefalia No Sinostosica; aplanamiento de los huesos craneales por compresión o posicional. Hay afectación de una o más suturas, más frecuentemente la hemicoronal " plagiocefalia anterior" o bien la sutura hemilamboidea "plagiocefalia posterior u occipital"

La incidencia de la Plagiocefalia posicional ha aumentado en los últimos años en relación con las recomendaciones sobre la posición para dormir "Back to Sleep", de la Academia Americana de Pediatría publicadas en 1992, destinadas a disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante, donde se recomienda poner "boca arriba" al

PLAGIOCEFALIA POSICIONAL

Autora: Magdalena Luque Díaz

recién nacido. Estas medidas tuvieron gran repercusión y se pusieron en práctica en muchos países tras su publicación, reduciendo los casos de muerte súbita del lactante en un 50%, sin embargo esta práctica se relaciono con un aumento en desarrollar ***"Plagiocefalia posicional posteriores u occipitales"*** es decir, aumento del aplanamiento craneal posicional, deformación que se atribuye a la acción de fuerzas externas que actúan sobre el cráneo moldeando su forma

Este tipo de deformidad se suele iniciar en el primer trimestre de vida, pues el bebé aun no ha adquirido el control de la cabeza, la cual no puede sostener, y suele permanecer apoyada continuamente en la misma posición si no se adoptan medidas preventivas. Es a partir del tercer y cuarto mes cuando inicia el control de la cabeza y el tronco lo que le permitirá cambiar de posición por él mismo

Durante el desarrollo y crecimiento del recién nacido, es adecuado seguir unas *pautas y cuidados* tanto para prevenir como corregir deformidades craneales posicionales leves o moderadas.

1) ***Tummi Time***: tiempo de juego o de barriguita: colocar al niño en posición prono, es decir sobre su tripita, mientras permanezca despierto y bajo la vigilancia de un adulto. Se comienzan por periodos cortos de tiempo, por ejemplo empezar con cinco minutos, y se van alargando el tiempo según su desarrollo y tolerancia. Aprovechamos el tiempo de juego para mostrarle juguetes que llamen su atención .
2) ***Estimulación sonora y luminosa***: Se ofrecen estímulos bien con juguetes luminosos o con sonidos o hablándole, para llamar su atención , desde el lado opuesto al que tiene apoyada o girada la cabeza.
1) ***Alternancia al coger en brazos***: tanto para acunarle como para darle de comer, de manera que alternamos la zona de apoyo de su cabeza.
2) ***Evitar superficies duras*:** colchones, cochecitos y asientos para el automóvil demasiado duros y precaución con las sillas con cabezal muy ajustado, evitar en todo lo posible las presiones constantes mantenidas sobre el occipucio que es donde apoya su cabeza.
3) ***Cambios de posición del niño en la cuna***: podemos usar rodetes o toallas, para alternar los punto de apoyo cuando está durmiendo, de igual forma alternar la posición a la hora del cambio de pañal.
4) ***Realizar cambios en la posición de la cuna*** en la habitación (el niño coloca su cabeza hacia el lado en que oye ruido)
5) ***Tener con frecuencia al niño en brazos*** para reducir el tiempo de apoyo. Actualmente también se han observado los beneficios del porteo ergonómico para la prevención de la deformidad craneal.

Todas estas medidas van encaminadas a favorecer los cambios frecuentes de posición de la cabeza para alternar los puntos de apoyo y evitar deformidades, siendo importante su conocimiento y ejecución por parte de padres , cuidadores y profesionales.

En los casos donde la deformidad sea más marcada e importante, será atendido por un equipo multidisciplinar para llevar a cabo un tratamiento más adecuado y personalizado. En algunos casos se recomienda el uso de" bandas o cascos" para corregir la deformidad recomendando su empleo antes del año ya que su aplicación después de los 12-16 meses, parece ser menos efectiva.

Más de 60 sociedades profesionales y científicas de Europa y América apoyan el manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2017.

Miles de especialistas respaldan el texto que insta medidas para evitar embarazos no deseados y combatir el aumento de las enfermedades de transmisión sexual

Cerca de 60 sociedades médicas y profesionales, nacionales e internacionales, **entre las que se encuentra la Asociación Española de Matronas,** son las adheridas al Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2017. La Federación Española de Contracepción (FEC) hizo público, recientemente, el texto que centra su atención en la persistencia de los embarazos no planificados o deseados y el aumento de las enfermedades de transmisión sexual. La FEC propugna el desarrollo de la legislación vigente en España desde 2010 y en especial todo lo referido a la formación-educación, prevención e igualdad en el acceso a los métodos anticonceptivos. Aconseja, a la vez, la inclusión de la asignatura de salud sexual y reproductiva en el curriculum escolar

.

Entre las sociedades de ámbito interestatal que se han sumado al citado manifiesto destacan la European Society of Contraception (ESC) a la que pertenecen miles de profesionalers de todo el continente europeo, así como la FLASOG. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología cuenta con más de 30.000 especialistas afiliados a sus programas y aborda campañas que repercuten en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Otra de las entidades que respaldan la propuesta de la FEC es la Confederación Iberoamericana de Contracepción, formada por nueve países. Además, resalta el apoyo de sociedades como la Federación de Planificación Familiar (FPFE), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación para la Defensa de la Salud Pública, además de las asociaciones de enfermería, sexología, tanatopraxia, biología de la reproducción, menopausia y clínicas acreditadas para la IVE. La ADEPS (Asociación de Educación para la Salud) y ASESA (Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva también se han mostrado favorables a las propuestas del manifiesto del Día Mundial.

El listado se completa con la SEC y todas sus sociedades regionales, además de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), Sociedad Española de Historia de la Medicina, Sociedad Interdisciplinaria del Sida y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2017

Los embarazos no planificados junto con las infecciones de transmisión sexual siguen siendo un grave problema de salud pública en todo el mundo, especialmente entre los más jóvenes, afectando no solo a su salud en el sentido más amplio, sino también a su bienestar futuro, o dicho de otra

manera, a su calidad de vida.
La solución a esta situación ha de venir desde la posibilidad de utilización de métodos anticonceptivos eficaces y seguros, que se ajusten a las características y necesidades de los usuarios.
Como cada 26 de septiembre desde el año 2007, se celebra el "Día Mundial de la Anticoncepción", efeméride dirigida especialmente a las nuevas generaciones, para concienciarles de la

importancia,. de tomar las decisiones que les permitan disfrutar de una actividad sexual segura, exenta de riesgos previniendo las Infecciones de transmisión sexual y los embarazos, no planificados El lema elegido este año ha sido "Es tu vida, es tu responsabilidad" , con él se pretende concienciar a los más jóvenes de que evitar los embarazos no planificados o las infecciones de transmisión sexual está en su mano, que pasa ecesariamente porque sean conscientes de los riesgos y hagan uso de las medidas a su alcance para evitarlos. Ya ue el futuro, su futuro, dependerá de las acciones que lleven a cabo en el presente.

Pero para que los jóvenes puedan ejercer esa responsabilidad es necesario que antes se les haya dotado de los medios necesarios. Empezando por la educación en salud sexual y reproductiva, que no solo contemple aspectos biológicos y el conocimiento de los métodos anticonceptivos, sino también una educación que considere la sexualidad como una parte esencial de la formación integral de los jóvenes. Una educación sexual basada en el desarrollo de la afectividad, en el respeto, en la corresponsabilidad y en la igualdad entre los miembros de la pareja y todo ello integrado en el curriculum escolar.

A este respecto disponemos de una de las legislaciones más avanzadas de nuestro entorno, y una Estrategia en SSyR ue contempla cada uno de estos aspectos, pero desgraciadamente no se ha desarrollado todo su articulado, a pesar e haber pasado más de siete años de la proclamación de la ley de salud sexual y reproductiva, en la cual se alude específicamente a la promoción de una sexualidad responsable.

Es necesario también facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos, y establecer los puntos de atención anticonceptiva necesarios que garanticen la calidad y la equidad entre los territorios de España, así como eliminar las barreras de acceso a ellos, fundamentalmente las económicas, mediante la financiación de todos los métodos anticonceptivos. Las peculiaridades administrativas de nuestro país, nos han llevado a una situación de desigualdad en servicios y atención de la SSyR entre las diferentes comunidades autónomas. Inequidades que afectan tanto a la facilidad de acceso a servicios especializados en contracepción e ITS como a la financiación desigual de los métodos más eficaces.

Por todo ello, hacemos un llamamiento a sumarse a esta celebración, que persigue conmemorar pero a la vez sensibilizar, y compartir con nosotros los actos del Día Mundial de la Anticoncepción.
Fundación Española de Contracepción

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

MATRONAS ALERTAN SOBRE GRAVES VULNERACIONES DE DERECHOS EN CASOS DE BEBÉS FALLECIDOS

El Colegio de Matronas y Matrones de Chile manifestó este domingo su preocupación y alerta ante graves casos de vulneración al derecho a la maternidad en el país, e hizo un llamado a las autoridades del Gobierno y del Ministerio de Salud a manifestarse en forma categórica sobre si les preocupa o no la protección de la atención del parto.

Lo anterior, al conocerse el dramático caso de una mujer de nacionalidad colombiana, que fue negligentemente abandonada por un taxista que no quiso trasladarla al hospital mientras comenzaba su trabajo de parto, por lo que se vio obligada a parir a su bebé aparentemente fallecido, en plena vía pública sólo con la ayuda de sus familiares.

"En el caso de la ciudadana colombiana, habría certeza pericial para determinar que el taxista no tuvo responsabilidad en el fallecimiento de la RN, pero de la misma forma no queda claro cómo esta mujer tuvo que llegar a este extremo y no pudo contar con una red de apoyo ante el inminente parto", dijo la presidenta nacional de la orden, Anita Román.

A esto se agrega –dijeron- dos casos donde eventualmente, por practicar el llamado "parto en casa", murieron dos lactantes, uno en Olmué y otro en Santiago, este último siendo asistido en forma remota por una partera a través de Facebook.

Según la dirigente, este tipo de situaciones podrían volverse recurrente. "Muchas mujeres por temor podrían no estar acercándose a los centros de atención de salud. Hay que garantizar pleno acceso a la salud maternal para las migrantes, y en eso el Gobierno ha hecho avances, pero hay que hacer campañas de control maternal y cuidados durante el embarazo en esta población más vulnerable", explicó.

No obstante, la alerta más grave viene de los llamados "partos en casa". "Lo venimos diciendo hace años, pero nos han acusado de que no queremos el parto humanizado y que debemos estar más acorde con los nuevos tiempos. Todo lo contrario, abogamos por un parto lo más natural posible y siempre acompañado, pero nunca dejando de lado la seguridad sanitaria", agregó la presidenta de la Orden.

El taxista hizo bajar a la mujer de su automovil a una mujer en trabajo de parto y su RN murió en plena calle. Queda por determinar si el RN venía con complicaciones o perdió la vida producto de las condiciones en las que se produjo el parto.

Para Anita Román, "el Minsal no ha sido claro respecto de esta práctica y no ha hecho nada para evitarlas. Hay hasta colegas matronas que lamentablemente se han sumado a esta tendencia o moda, y la principal autoridad en salud ha hecho vista gorda al respecto. Asimismo, el Ministerio de Desarrollo Social avala a las doulas en el marco del Chile Crece Contigo, esas mismas que en forma irresponsable dan instrucciones para un parto a través de redes sociales".

"¿Deberemos seguir lamentando más muertes de guaguas y a madres frustradas viviendo ese dolor porque fueron literalmente engañadas por supuestas expertas de dar a luz en el domicilio? Nosotros seguiremos alertando y condenando estas malas prácticas, pero es la autoridad de Gobienro la que debe poner atajo a esta labor irresponsable y riesgosa", concluyó la presidenta del Colegio de Matronas y Matrones.

Fuente ***www.lanacion.cl***

Nacer en un lugar olvidado

Cuando los saharauis llegaron a Tinduf en el año 1975, no podían imaginar que un terreno árido y pedregoso iba a convertirse en su lugar de asentamiento durante algo más de 40 años. Venir al mundo en plena hamada argelina es el primer gran reto para aquellos que nacen en uno de esos lugares del mundo ocultos al progreso. Ante la escasez de materiales y de personal sanitario, la asociación local CARYSA (Carmona y Sahara) ha impulsado una escuela de matronas en Dajla -una de los cinco campamentos en los que se organiza el asentamiento de refugiados de Tinduf en colaboración con el Ayuntamiento de Carmona y la Diputación de Sevilla.

Cada tres semanas, dos matronas voluntarias procedentes de distintas ciudades de España viajan hasta Dajla para formar a los enfermeros saharauis en obstetricia. El proyecto se inició en 2015 con la habilitación oficial de la escuela y, al año siguiente, comenzaron a impartir los cursos teóricos. Este año se ha desarrollado la fase de formación práctica, en la que los matrones locales ya graduados -cuatro mujeres y un hombre- han asistido varios partos en la escuela de enfermería de Smara.

LAS MUJERES RECORREN 200 KILÓMETROS PARA RECIBIR ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA

En Dajla sólo existen dos matronas cualificadas y una partera para atender a una población de más de 30.000 refugiados. Cuando un parto se complica y es necesario practicar una cesárea, las embarazadas se ven obligadas a recorrer unos 200 kilómetros por carretera para recibir atención en el hospital de referencia, que se encuentra en Rabuni, a dos horas de Dajla. *"En esos casos existe un riesgo para la vida del feto y de la madre",* explica Fátima León, coordinadora del equipo de matronas y profesora en la Universidad de Sevilla.

Como en cualquier universidad, la escuela de Smara exige a los titulados haber completado una fase de prácticas para obtener el título

. En el caso de los matrones, el requisito es atender 40 partos bajo la supervisión de una matrona española encargada de su formación. La situación se complica porque a las 19:00 h. hay un toque de queda que las voluntarias deben acatar. Eso significa que no pueden desplazarse sin un permiso específico y que cualquier práctica que se haga por la noche no contabiliza. *"Si el parto es por la noche, la matrona española no puede estar presente y no le convalidan la intervención"*, comenta María José Pérez, presidenta de Carysa.

Hanaza Chej es una de las cuatro mujeres enfermeras que se forman en esta escuela de matronas. Nació en 1972 en el Sahara Occidental, apenas tres años antes de que los saharauis emprendieran la huida hacia la frontera argelina. Cuando llegaron los ochenta, tuvo la oportunidad de marcharse a Cuba para estudiar enfermería. Al otro lado del teléfono, subraya que el problema de los partos en Dajla es un problema de déficit de matronas. Y añade que a esta carencia se le suma el hecho de que muchas mujeres embarazadas llegan al dispensario con un problema muy grave de anemia derivado de la desnutrición. "Las matronas tradicionales desconocen muchas complicaciones, por eso es importante contar con la figura de la matrona", explica. Luego, añade: "Ojalá haya al menos una partera en cada daira".

Las matronas españolas han observado que las parteras ponían en práctica algunas técnicas basándose únicamente en la cultura o en la tradición. "La lactancia materna está muy poco extendida en el campamento y resulta muy importante para que el bebé desarrolle buenas defensas", explica Fátima León. En 2015 y el año pasado, el proyecto contó con la financiación

El concejal de Cooperación del Ayuntamiento de Carmona Juan Carlos Ramos (a la izquierda) junto a varios integrantes de la delegación y niños de Dajla.

conjunta del Ayuntamiento de Carmona y la Diputación de Sevilla. Este año, sólo ha recibido el respaldo económico del Ayuntamiento. De momento, se desconoce con certeza si el proyecto continuará los próximos años. Lo que sí se sabe es que, en caso de continuarse, habrá que replantear las condiciones en las que se desarrolla el programa debido a la escasez de recursos económicos. El concejal de Servicios Sociales, Cooperación y Fiestas de la localidad, Juan Carlos Ramos, afirma que existe una voluntad por continuar con el programa el próximo año, aunque se hará "de otra forma". *"Cuando estuvimos allí, las autoridades saharauis nos manifestaron la necesidad de continuar con este proyecto"*, comenta.

Todo lo que existe en Tinduf es transitorio. Las jaimas y las casas de adobe que hoy se levantan en las hamadas argelinas, tal vez algún día dejen de estar. Aquel páramo es para los refugiados a la vez su lugar de vida y de destierro. Un lugar creado en medio de la nada con el único propósito de desaparecer. La población saharaui espera poder regresar algún día a una tierra ocupada por Marruecos. "No perdemos la esperanza", comenta Hanaza Chej.

Fuente: Diario de Sevilla

REGISTRO ESTATAL DE PROFESIONALES SANITARIOS

Orden SSI/890/2017, de 15 de septiembre, por la que se desarrolla el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

El Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, reguló el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, configurándolo como un instrumento para facilitar la adecuada planificación de las necesidades de profesionales sanitarios del Estado y para coordinar las políticas de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud..

En su disposición final segunda recoge una habilitación a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para dictar las disposiciones que sean necesarias para su desarrollo, así como para modificar, delimitar o concretar el contenido de sus anexos.

El artículo 12.2 de esta norma establece que, mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se determinará el soporte, formato y otras características de la transferencia de datos, previo Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En su artículo 15.2 se establece además que el acceso a los datos que no tengan carácter público se realizará en los términos que acuerde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en su reunión del 14 de enero de 2015 un Acuerdo sobre el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios que recoge ambos extremos.

Para la puesta en funcionamiento del registro, es necesario desarrollar el citado Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, lo que se lleva a cabo mediante esta orden.

Esta orden se ha sometido a informe de la Agencia Española de Protección de Datos, de las Comunidades Autónomas, de las Ciudades de Ceuta y Melilla, de la Federación Española de Municipios y Provincias, de los Consejos Generales de las organizaciones colegiales de profesionales sanitarios, así como de las organizaciones empresariales y sindicales del ámbito sanitario.

Asimismo, ha sido informada por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Indicadores de sospecha de violencia de generan los antecedentes y características de la mujer

1. Antecedentes de violencia:
- Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja
- Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.

2. Antecedentes personales y de hábitos de vida
- Lesiones frecuentes.
- Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación.
- Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.

3. Problemas gineco-obstétricos:
- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.
- Historia de abortos repetidos.
- Hijos con bajo peso al nacer.
- Retraso en la solicitud de atención prenatal.

4. Síntomas psicológicos
- Insomnio.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Intentos de suicidio.
- Baja autoestima.
- Agotamiento psíquico.
- Irritabilidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Labilidad emocional.

5. Aspectos Sociales

Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.

6.Síntomas físicos frecuentes
- Cefalea.
- Cervicalgia.
- Dolor crónico en general.
- Mareos.
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
- Molestias pélvicas.
- Dificultades respiratorias.

7. Utilización de servicios sanitarios
- Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
- Incumplimiento de citas o tratamientos.
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.

8. **Situaciones de mayor vulnerabilidad**

Situaciones de cambio vital:
- Embarazo y puerperio.
- Noviazgo.
- Separación.
- Jubilación propia o de la pareja.

Situaciones que aumentan la vulnerabilidad:
- Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.
- Aislamiento tanto familiar como social.
- Migración, tanto interna o nacional como extranjera.
- Enfermedad discapacitante.
- Dependencia física o económica.
- Dificultades laborales y desempleo.
- Ausencia de habilidades sociales.
- Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza)ç
- Infección por el VIH.

9. Información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de:

- Familiares.
- Amistades.
- Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.

Indicadores de sospecha durante la consulta

1. Características de las lesiones

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos.
- Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- Lesiones en genitales.
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
- Lesión típica: rotura de tímpano.

2. Actitud de la mujer:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
- Autoestima baja.
- Sentimientos de culpa.
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
- Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.

Si está presente su pareja:

Temerosa en las respuestas.

Busca constantemente su aprobación.

3. Actitud de la pareja

- Solicita estar presente en toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

Durante el embarazo:

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su
- importancia.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Embarazo en la adolescencia.
- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.
- Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.

Durante el puerperio:

- Desgarros y deshiscencia de la episiotomía.
- Mala o lenta recuperación post parto.
- Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.
- Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
- Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre – bebé.
- Retraso en la visita neonatal.

- FUENTE: MINISTERIO SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Curso de emergencias en el parto extrahospitalario.

Desde la Secretaría Técnica de la Asociación de Matronas de la Comunidad Valenciana, es un placer enviarle la información del "Curso de emergencias en el parto extrahospitalario", impartido por la comadrona Helena Eyimi, University of East Anglia y su equipo docente.

Objetivo general:

Facilitar a los participantes las habilidades prácticas necesarias para mejorar su respuesta a las emergencias tanto en el parto extrahospitalario como intrahospitalario y la reanimación neonatal.

Contenidos:

- Hemorragia posparto y colapso materno
- Resucitación neonatal
- Prolapso de cordón
- Distocia de hombros
- Factores humanos en casos de emergencia
- Comunicación (SHIVAR), documentación y registro
- Quik práctico de estimación de pérdida sangre
- Estrategias cuando se traslada al hospital
- El cuidado de la comadrona.

Fechas:
15 y 16 de diciembre (el curso dura un día, podrá elegir entre el día 15 o el día 16)
http://www.matronas-cv.org/

Lugar:
C/Previsora 23 (Jesús) 46017 Valencia.

Acreditación:
Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada

Inscripción:
Durante los próximos días les enviaremos un link para que pueda inscribirse en el curso. Este link estará también publicado en la web de la ACCV en los próximos días
Preinscripción antes del 1 de diciembre de 2017
La admisión al curso será por riguroso orden de preinscripción donde tendrán preferencia las socias, hasta cubrir plazas.

Cuotas:
Socios de la ACCV: 175,00€
Residentes de Matrona1: 175,00€ (acreditación Formación continuada no válida para residentes)
No Socios de la ACCV: 230,00€
¡Asóciate ahora! y benefíciate de la cuota reducida: 48,00€ (cuota anual socio ACCV desde oct. 2017 hasta feb. 2019) + 175,00€ inscripción curso

CONTINUAN LOS PROBLEMAS PARA LAS MATRONAS DE VIGO

Hace pocos meses, concretamente en agosto de este año las matronas de Vigo se reunían con el alcalde al de ciudad, Abel Caballero, para informarle del problema del bajo número de matronas en la provincia para ofrecer una correcta y completa cobertura sanitaria a sus mujeres. Los centros de salud de la ciudad tienen en plantilla de diez matronas. Según cifras de 2014, hay unas 110.000 viguesas entre 15 y 69 años. Lo que resulta en una media de 11.000 usuarias por cada una de las profesionales, aunque la Xunta estima equivocados estos datos ya que sus cuentas las hace en base únicamente a mujeres en edad fértil, lo que por una parte, rebaja el número de mujeres asignadas a cada matrona y por otra resulta una falsedad, ya que las matronas atienden a las mujeres a lo largo de todo su ciclo reproductivo y eso significa que no hay límite de edad para las mujeres que demanden sus servicios . El alcalde de **Vigo**, ha exigido al Servizo Galego de Saúde (**Sergas**) que dote "inmediatamente" al área sanitaria viguesa de **más matronas**.

Así estaban las cosas cuando los noticiarios locales del día 27 de Octubre abrian la edición con titulares similares: **Noche "caótica" en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo: 5 matronas para 18 partos y "sin camas".** Este hospital inaugurado en 2015 ya abrió sus puertas entre polémicas y manifestaciones ciudadanas porque además de otros problemas importantes, en la práctica no había aumentado el número de camas hospitalarias, algo que esta pasada noche que mencionamos, supuso un problema sobreañadido al pico asistencial en el paritorio que puso a prueba la capacidad de las 5 matronas de turno para atender los 18 partos concentrados en esa noche .

El Colegio de Enfermería denuncia la **falta de medios y de personal** que padece el área de **maternidad** del hospital vigués "muy por debajo de las recomendaciones de la OMS". La nota hace referencia a "la inexistencia de camas en esa planta, ni para las mujeres que acaban de parir, ni para las gestantes, ni para otros casos".

Las matronas hablan de **"una noche complicada"** con 18 partos, cinco matronas (desde el Sergas indican que fueron seis) y sin camas**.** Según explican, la OMS

establece una ratio máxima de una matrona por cada dos parturientas. Dicho de otro modo, "la pasada noche tendrían que haber asistido a esas 18 mujeres un mínimo de 9 matronas", si bien es "habitual" que no se encuentren "más de cuatro en turno de noche". Por su parte, desde el Sergas sí reconocen este "pico asistencial" pero señalan también que "emplearon los recursos necesarios para dar cobertura a la situación", reforzando el personal del turno de mañana, donde aseguran se produjo la situación más compleja, con un total de 7 matronas. Este ha sido uno de los caballos de batalla, el otro, la falta de camas. Las circunstancias las llevaron a pasar "a cinco familias (mujeres con sus **bebés** y parejas) a la zona de anteparto, un área de **cinco camas separadas por cortinas y sin baño,** el aseo más cercano está en urgencias", remachan.

Para el presidente del Colegio, Carlos Fernández, "resulta **vergonzoso** la forma en que se está obligando a trabajar a las matronas y que incide directamente en la calidad asistencial a la paciente". "Mientras tanto, la gerencia parece contar el número de partos al año como una mera estadística, pero el trabajo para las matronas no es el mismo, **están sobrecargadas**" , concluye.

La enfermería pide **soluciones** antes de que el "colapso" se repita.

Fuente : El Faro de Vigo

SABOTAJE EN UN HOSPITAL

Hospital Materno Infantil de las Palmas de Gran Canaria.

¡¡¡¡¡¡LO QUE HAY QUE VER!!!!!

La Policía investiga un presunto sabotaje en el Hospital Materno- Infantil de Canarias

Agentes del Cuerpo Nacional de Policía se personaron el pasado sábado por la tarde en el servicio de Paritorios del Hospital Materno-Infantil de la capital gran canaria en el marco de una investigación sobre un presunto sabotaje que pondría en riesgo la vida de bebés recién nacidos en estado crítico.

Según las fuentes consultadas por este periódico, los agentes se centraron en chequear los "peachímetros", sensores utilizados para medir el pH de una disolución. En concreto, los agentes tomaron huellas para determinar quiénes habían entrado en contacto con ese equipamiento.

El origen de la investigación es una denuncia presentada por un profesional del centro hospitalario que habría detectado, al requerir uno de estos aparatos para un neonato, que los "peachímetro"s daban valores muy alejados de la realidad, lo que provocaba errores en el tratamiento a aplicar. Este tipo de aparataje se mantiene guardado en un cuarto bajo llave en el área de Paritorios, y al sospechar el supuesto sabotaje tras comprobar varios "peachímetro"s, se solicitó la presencia de la Policía Nacional.

Nuevo banco de leche materna para toda la Comunidad Valenciana

El Centro de Transfusiones acoge el nuevo servicio y ya cuenta con 38 donantes para facilitar el alimento a lactantes enfermos

La figura de las nodrizas, aquellas mujeres que tiempo atrás se ofrecían para amamantar a los hijos de otras madres, parece volver a la actualidad valenciana y con deseos de expansión. Pero ahora con todas las garantías que ofrece la medicina y la tecnología del siglo XXI. Ha nacido el banco de leche de la Comunitat, con sede en el Centro de Transfusiones (CT), y con el objetivo de recibir donaciones de las madres que deseen regalar tan nutritivo alimento a bebés cuyas madres no pueden amamantar. Tan valioso regalo requerirá un examen médico previo que conceda el visto bueno para ser donante. La leche se preservará bajo los controles más estrictos en el banco y servirá para alimentar a bebés cuyo estado de salud la requiera, siempre bajo prescripción de los pediatras. La Fe era el único centro que disponía del nutritivo banco. Pero beneficiarse de las bondades de este servicio se va a extender a los lactantes de toda la Comunitat. La Consellera de Sanidad, Carmen Montón, y la directora del CT, Cristina Arbona, presentaron ayer la iniciativa ante «la creciente demanda de otros departamentos de salud». El banco de La Fe, en 2016 registró 115 donantes que permitieron la distribución de 619,82 litros de leche de la que se beneficiaron 219 bebés. El banco del CT ya tiene 38 donantes. Además, se han distribuido 789 biberones a la Fe y siete al General de Castellón. En Alicante están a la espera de la puesta en marcha. El CT tiene 48.250 mililitros de leche pasteurizada y pendiente para pasteurizar 45.365 mililitros. Así, para «centralizar recursos se decidió crear un banco en el Centro de Transfusión», señalaron. Será el CT el encargado de recibir, evaluar, procesar y distribuir la leche a los bebés hospitalizados. La promoción de la donación contará con La Fe, Hospital General de Alicante

y Hospital General de Castellón

Las unidades de neonatología impulsarán la búsqueda de donantes y se encargarán de resolver las dudas. El mismo servicio estudiará la idoneidad de las donantes y dará el material de extracción. Arbona explicó que para recoger y distribuir la leche se aprovechará el sistema de recogida de la sangre. Además, las donantes que residan a menos de 30 kilómetros de Valencia se les recogerá en su domicilio. Cuando «la leche llega al centro se comprueba que los recipientes son los adecuados, que están en buenas condiciones. Se mantendrá en el congelador a 20 grados bajo cero hasta su pasteurización antes de tres meses», señaló Cristina Arbona. Una vez pasteurizada se congela a 80 bajo cero hasta su dispensación.

Fuente: Laura Garcés.

Un programa pionero del Hospital Gregorio Marañón enseña a los padres a cuidar a los grandes prematuros

El hospital Gregorio Marañón ha presentado en el marco de la II Jornadas de Lactancia Materna que organiza el centro el Servicio de Neonatología que enseña a los padres de los grandes prematuros a cuidar de sus hijos hospitalizados. El hospital Gregorio Marañón ha presentado en el marco de la II Jornadas de Lactancia Materna que organiza el centro el Servicio de Neonatología que enseña a los padres de los grandes prematuros a cuidar de sus hijos hospitalizados.

Según ha explicado el hospital en un comunicado, estos bebés son los nacidos entre las semanas 28 y 32 de gestación y suelen presentar un peso por debajo de los 800 gramos.
Estos niños suelen precisar de unos cuidados y manejos "muy especiales" que despiertan "temor "en algunos padres lo que les lleva a una actitud pasiva con sus hijos, ha señalado el centro.
Para ello, el Hospital Gregorio Marañón ha desarrollado un programa que incluye tanto clases teóricas como prácticas para enseñar a los padres de los grandes prematuros cómo deben realizar los cuidados básicos de sus hijos. Son cuidados que se llevan a cabo primero durante el ingreso en el hospital y posteriormente en su casa.

La evaluación de este proyecto ha puesto de manifiesto la gran satisfacción de los padres y utilidad del mismo, ya que los participantes han conseguido perder el miedo a manejar a sus hijos, se sienten útiles y aprenden las técnicas y maniobras necesarias para el cuidado de sus pequeños.

En estas jornadas también se han presentado los protocolos para el fomento de la lactancia materna del Hospital Gregorio Marañón. Un ejemplo es el cambio de paradigma en la alimentación de los lactantes durante el ingreso, actualmente en el centro se apuesta por mantener la lactancia materna y evitar los biberones siempre que el estado del paciente lo permita.

Asimismo, se evita en lo posible el uso de esos biberones en los prematuros para que el niño no olvide cómo mamar. Por otro lado, a los 400 profesionales asistentes a este encuentro se les ha explicado los proyectos de coordinación con Atención Primara para que las madres que necesitan apoyo en la lactancia salgan con una cita concertada desde el propio hospital gracias a las enfermeras de enlace.
Además, se ha instaurado un programa de extracción del calostro en mujeres ingresadas en la Unidad de Reanimación Postoperatoria, para que pese a su estado de recuperación continúen participando en la alimentación de sus hijos.
Esta jornada, además de talleres prácticos, ha dado voz a las madres y padres, para que expliquen a los sanitarios sus necesidades y expongan distintos casos en los que el apoyo a la lactancia les ha ayudado en la alimentación de sus hijos, bien por problemas de la madre o bien por circunstancias específicas de los niños.

Fuente: La Vanguardia ,

Diseñan útero artificial para fetos prematuros

El innovador sistema utiliza un único contenedor lleno de fluido unido a máquinas hechas a medida que proporcionan apoyo fisiológico

Un ambiente único parecido a un útero diseñado por investigadores pediátricos podría transformar el cuidado de bebés extremadamente prematuros ya que imita el ambiente lleno de líquido prenatal con el fin de dar a los recién nacidos más pequeños unas semanas más para desarrollar sus pulmones y otros órganos. Nuestro sistema podría prevenir la morbilidad severa sufrida por los bebés extremadamente prematuros potencialmente ofreciendo una tecnología médica que no existe actualmente», dice el líder del estudio, Alan W. Flake, cirujano fetal y director del Centro de Investigación Fetal en el Centro para el Diagnóstico y Tratamiento Fetal en el Hospital Infantil de Filadelfia (CHOP, por sus siglas en inglés), en Estados Unidos. Flake y sus colegas informan sobre los estudios preclínicos de su dispositivo de apoyo extrauterino en Nature Communications. Estos investigadores probaron y monitorearon los efectos en corderos fetales, en los cuales el desarrollo pulmonar prenatal es muy similar al que ocurre en los seres humanos. El innovador sistema utiliza un único contenedor lleno de fluido unido a máquinas hechas a medida que proporcionan apoyo fisiológico. Los corderos fetales crecen en un ambiente casi estéril con control de la temperatura, respirando el líquido amniótico como hacen normalmente en el útero, con sus corazones bombeando sangre a través de su cordón umbilical en una máquina de intercambio de gas fuera de la bolsa. Los monitores electrónicos miden los signos vitales, el flujo sanguíneo y otras funciones cruciales.

Útero artificial

Recreación del útero con el feto prematuro de un animal. Recreación del útero con el feto prematuro de un animal. WWW.NATURE.COM De uno de cada diez nacimientos en Estados Unidos que son prematuros (menos de 37 semanas de edad gestacional), alrededor de 30.000 por año nacen con menos de 26 semanas de gestación. Ser extremadamente prematuro es la principal causa de mortalidad y morbilidad infantil en la nación, representando un tercio de todas las muertes infantiles y la mitad de todos los casos de parálisis cerebral atribuidos a la prematuridad. Las prácticas de cuidado neonatal han mejorado la supervivencia general de los bebés prematuros y han llevado los límites de viabilidad a las entre 22 y 23 semanas de gestación. A esa edad un bebé pesa menos de 600 gramos y tiene entre un 30 y un 50 % de posibilidades de supervivencia. Pero esta supervivencia conlleva un alto precio en la calidad de vida, con un 90 % de riesgo de morbilidad, de enfermedad pulmonar crónica u otras complicaciones por la inmadurez de órganos. Los sobrevivientes se enfrentan a discapacidad de por vida. Bebés con necesidad de un «puente» entre el útero y el exterior. Estos niños tienen una necesidad urgente de un puente entre el vientre de la madre y el mundo exterior -señala Flake. Si podemos desarrollar un sistema extra-uterino para apoyar el crecimiento y la maduración de órganos durante sólo unas pocas semanas, podemos mejorar dramáticamente los resultados de los bebés extremadamente prematuros». El objetivo es respaldar a los bebés de entre 23 y 28 semanas de edad gestacional; ya que a las 28 semanas cruzan el umbral lejos de los resultados más graves.
En el presente estudio, los investigadores describen la evolución de su sistema durante tres años, a través de una serie de cuatro prototipos, comenzando con un tanque de incubadora de vidrio y avanzando hasta el dispositivo actual. Los ocho corderos prematuros probados en el prototipo más reciente eran fisiológicamente equivalentes a un bebé humano de 23 ó 24 semanas de gestación.
El sistema actual imita la vida en el útero de la manera más cercana posible, aprovechando los conocimientos de la investigación neonatal previa.
No hay una bomba externa que impulse la circulación, porque incluso una presión artificial suave puede sobrecargar fatalmente un corazón subdesarrollado, y no hay ventilador, porque los pulmones inmaduros aún no están listos para hacer su trabajo de respirar el oxígeno atmosférico. En cambio, el corazón del bebé bombea sangre a través del cordón umbilical conectado al oxigenador externo de baja resistencia del sistema que sustituye a la placenta de la madre en el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. Además, el líquido amniótico, producido en el laboratorio, fluye dentro y fuera de la bolsa. «Los pulmones fetales están diseñados para funcionar en fluidos y simulamos ese ambiente aquí, permitiendo que los pulmones y otros órganos se desarrollen, al tiempo que aportan nutrientes y factores de crecimiento», detalla el fisiólogo fetal Marcus G. Davey, quien diseñó y rediseñó el sistema de entrada y salida. El ambiente sellado y estéril dentro del sistema está aislado de las variaciones de temperatura, presión y luz, y particularmente de infecciones peligrosas. Investigadores anteriores han estudiado versiones de una placenta artificial en modelos animales, pero los sistemas sin bombeo han alcanzado una duración máxima de 60 horas, y los animales han sufrido daño cerebral.

El nuevo sistema, por el contrario, ha funcionado hasta 670 horas (28 días) con algunos animales, que se mantuvieron sanos. Los corderos mostraban respiración normal y deglución, abrían los ojos, desarrollaban lana, se hacían más activos, tenían crecimiento normal, así como función neurológica y maduración orgánica.

Fuente: Europa Press

BOCM BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

B.O.C.M. Núm. 249 JUEVES 19 DE OCTUBRE DE 2017 Pág. 63

16 RESOLUCIÓN de 26 de septiembre de 2017, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

El Acuerdo de 9 de mayo de 2017, del Consejo de Gobierno, aprueba expresa y formalmente el Acuerdo de 19 de abril de 2017, de la Mesa General de Negociación de los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid, por el que se aprueba el Protocolo General de Prevención y Actuación frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en la Administración de la Comunidad de Madrid y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella.

El objeto del Protocolo General es establecer un procedimiento común de actuación ante situaciones que pudieran constituir cualquiera de las modalidades de acoso que se establecen más adelante, en el apartado de "Definiciones", estableciendo un plazo de seis meses, desde su aprobación, para que cada organismo de la Comunidad de Madrid realice la adaptación del mismo que resulte procedente por razones funcionales u organizativas, con participación de los sindicatos en el respectivo ámbito de negociación.

Las relaciones interpersonales en el medio sanitario con usuarios y entre los distintos profesionales son complejas y diversas, pudiendo desembocar en situaciones conflictivas. Los conflictos internos de un centro sanitario afectan a sus trabajadores de manera horizontal, entre compañeros de la propia unidad o de otras, o vertical, entre superiores y subordinados, generando, en casi todos los casos, consecuencias a los propios trabajadores y a los usuarios. Además se producen otras consecuencias negativas para la organización como es un clima laboral enrarecido y, en el peor de los casos, dan origen a situaciones de violencia interna o de acoso.
Por este motivo, es necesario elaborar una política preventiva contra la violencia en los lugares de trabajo en colaboración con los interlocutores sociales, a fin de promover prácticas para que este tipo de conductas se elimine en los centros sanitarios, estimulando la no tolerancia de tal violencia e incluyendo un sistema de intervención ante conflictos internos.

El presente documento aporta el procedimiento para realizar una actuación temprana de los conflictos internos, evitando situaciones más complejas o escaladas de violencia en los centros sanitarios de gestión directa por parte del Servicio Madrileño de Salud.
Obviamente, pueden subyacer multitud de causas y existirá gran diversidad entre las personas implicadas en los distintos conflictos. Ello obliga a cierta flexibilidad en el tratamiento de las situaciones, pero es ineludible el compromiso de toda la estructura jerárquica de la organización, ejercitando cada cual sus posibilidades de intervención correspondientes, en función de su cargo y responsabilidad, bajo la premisa del compromiso de intervención y adopción de soluciones por las partes implicadas.

La notificación de conflictos internos por parte de los trabajadores puede ser un valioso indicador de funcionamiento y una oportunidad de mejora. Ante cualquier conflicto interno, los trabajadores deben comunicar

BOCM BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID
B.O.C.M. Núm. 249 JUEVES 19 DE OCTUBRE DE 2017 Pág. 63

el problema a sus superiores, como primer paso para su solución, debiendo abordarse todas las posibilidades de búsqueda de solución inmediata mediante la comunicación directa y el diálogo entre las partes afectadas, antes de apelar a terceras personas o instancias superiores.
Como norma general, cualquier conflicto generado en el centro deberá abordarse con profesionalidad, siguiendo criterios de empatía, asertividad, humanidad y respeto al otro, evitando a toda costa la confrontación y la invasión del terreno personal, tratando de averiguar qué ha generado esa situación con el fin de aplicar las medidas

necesarias. La implantación de este procedimiento requiere el compromiso de los equipos directivos de los centros sanitarios, de los mandos intermedios, de los trabajadores, de sus representantes y de todos los demás agentes implicados, para la erradicación del acoso y la violencia interna en los centros de trabajo. Todos deben ser conscientes de que solo con su implicación activa se alcanzará este logro.

El fundamento normativo y los principios que inspiran el presente protocolo se corresponden con los referidos en el Protocolo General de Prevención y Actuación frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en la Administración de la Comunidad de Madrid y los organismos públicos vinculados a dependientes de ella, aprobado por Acuerdo, de 9 de mayo de 2017, del Consejo de Gobierno.
El presente Protocolo de Prevención y Actuación ante situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud se elabora en cumplimiento del mandato de adaptación del Protocolo General.
Además, este protocolo integra también el procedimiento de actuación ante conflictos internos en los centros de trabajo, así como un Código de Buenas Prácticas frente a la violencia interna.
Por lo expuesto, en uso de las competencias establecidas en el artículo 3.2 del Decreto 195/2015, de 4 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y en el artículo 1 del Decreto 196/2015, de 4 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud y previa negociación con las organizaciones sindicales en la Comisión Central de Salud Laboral, de la Mesa Sectorial del Personal de las Instituciones Sanitarias Públicas del Servicio Madrileño de Salud, esta Dirección General del Servicio Madrileño de Salud.

RESUELVE
1. Aprobar el protocolo de prevención y actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, que se adjunta como anexo a la presente Resolución.
2. Ordenar su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID y en la página web madrid.org
3. Declarar que la fecha de efectividad del protocolo será la del día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Madrid, a 26 de septiembre de 2017.—El Viceconsejero de Sanidad, Manuel Molina

Una matrona es absuelta de la condena por homicidio imprudente por la muerte de un bebé

Esta noticia fue motivo de inclusión en este boletín en marzo del año pasado para llamar la atención sobre la necesidad de conocer y manejar a la perfección todos aquellos procedimientos de uso profesional y de igual forma detectar cuando un parto deja de ser normal y requiere la intervención del obstetra.

La sentencia consideraba entonces, que había indicios suficientes de que el feto estuvo sufriendo y de que la matrona actuó de forma imprudente al no avisar a la ginecóloga, siendo así que el bebé murió media hora después de nacer. El juez del caso afirmaba que ", entre las funciones de una matrona se encuentran las medidas preventivas, la promoción de un nacimiento normal, la detección de las complicaciones en la madre y el niño, así como la ejecución de medidas de emergencia. «Ha habido una falta de diligencia actuante por parte de la acusada, una omisión de los cuidados y de la atención más elementales que se traduce en una impericia inexplicable», concluía el texto y el juez condenaba a la matrona a un año y medio de cárcel por un delito de homicidio por imprudencia por la muerte del RN e inhabilitación para el ejercicio de la profesión durante tres años y medio.

Como Asociación Científica creíamos y seguimos creyendo, que no es bueno sobrevalorar el riesgo porque crea estados de ansiedad y temor innecesarios así como diagnósticos erróneos, pero infravalorar el riesgo, en nuestra profesión, el riesgo obstétrico puede acarrear consecuencias desastrosas e irreversibles. La formación de la matrona no finaliza con la obtención del titulo de especialista, sino que debe ser su objetivo ***en cualquier etapa laboral en la que se encuentre, continuar formándose y adquiriendo pericia y experiencia, lo que le convertirá en un auténtico profesional y lo que implica su*** esfuerzo proactivo , tanto mayor cuanto más novel sea .

Para forjarse una carrera profesional bien asentada, los profesionales debemos adquirir competencias fundamentales en áreas específicas que son las aplicables en la profesión.)

La adquisición de estas competencias especificas y el esfuerzo realizado para adquirirlas, son los factores que distinguen a un novato de un experto en una profesión.

Por fortuna, hoy podemos comunicar que esa sentencia fue recurrida y revocada ya que en el texto de la sentencia definitiva se especifica que, " ***No aparece corroborado la infracción del deber objetivo de cuidado y de los factores psicológicos de imprevisión del hecho con la entidad suficiente, superior en su caso a la culpa civil, ni tampoco que el resultado final típico sea consecuencia directa, material y eficiente de la conducta negligente atribuida a la matrona a modo de ausencia de incidencia de otros factores ajenos a su conducta que puedan desplazar las eventuales responsabilidades fuera del ámbito penal"*** , por lo tanto nuestra colega matrona fue absuelta.

Enhorabuena a nuestra compañera y familia que disfrute del merecido sosiego tras este angustioso proceso. Cuando se sufre "pena de banquillo" se produce un antes y un después en el cada día profesional que nunca se olvida, aunque finalice en absolución.

Fuente: (*Centro de Documentación Judicial (CENDOJ*

...

Justo antes de la felicidad

Como cada mes desde hace ya más de un año, estaba en la tarea de encontrar libros de ficción en el que la matrona sea la protagonista cuando me topé con esta novela escrita por una matrona. De entrada me cautivó la sencillez de su portada, a renglón seguido, quise describir quien era esa persona de la que *Le Figaro Magazine* en la crítica de su libro decía «Hay que tener un profundo conocimiento de la vida para expresar con tanta sensibilidad, sinceridad y madurez ese instinto que nos permite seguir adelante. Un himno a la esperanza.»

Esta escritora, antes matrona (y lo sigue siendo por el día y escribe por la noche) es Agnès Ledig, (Estrasburgo, 1973),**una matrona liberal en Alsacia (Francia) que atiende a las parturientas de Obernai**, la pequeña localidad donde reside, muy cerca de Estrasburgo. Madre de tres hijos, se inicia en el 2005 en el arte de la literatura de una forma casual a raíz de la enfermedad (leucemia) de uno de sus hijos ; ella redactaba cada domingo una especie de boletín semanal en el que contaba a sus allegados la evolución del estado de salud de su hijo que, finalmente fallecería. Un médico del hospital seducido por estos textos alejados del patetismo, del afecto innecesario o la victimización , le empuja a publicar, no solo porque escribir fuera una salida formidable para una madre afligida, sino porque el testimonio de Agnes, su energía comunicativa, podría hacer bien a muchas personas.

Así publica su primera novela en 2011 con gran acogida entre el público y en 2013, esta que estamos comentado que obtiene el gran premio de la Prensa 2013. Este año 2017 ha publicado su quinta novela.

Sinceramente me ha conmovido esta novela a ratos triste pero amena, llena de vitalidad y que en tantos pasajes hace sonreír; no tiene por protagonista a una matrona, pero sí hay espacio para destacar la figura y la labor de la matrona en atención primaria; se ve bien fácil que la autora sabe qué y cómo trabajan las matronas, transmite el sentimiento que cualquiera de nosotras hubiera puesto si estuviéramos dotadas para la literatura, porque lo que es cierto es que de matronas, las matronas,sabemos todo de forma directa " porque lo sufrimos en nuestras propias carnes"- no hay forma más clara de expresarlo y así es explicable lo

Justo antes de la felicidad

bien descrita que esta la intervención de la matrona de esta novela en un problema de salud de la protagonista derivado de la somatización tras un grave problema .

La matrona sin prisas, con seguridad y dedicación escucha, diagnostica y sabe que después de esto necesitará ganar la confianza de su interlocutora, para redimirla de su problema. La protagonista es , una joven de poso más de 20 años que ha dejado de creer en los cuentos de hadas, en la bondad y todas esas patrañas. Con Es cajera de un supermercado donde aguanta las impertinencias y el acoso de su jefe por miedo a perder su puesto. No se lo puede permitir, necesita ese trabajo. Es madre soltera y tiene que valerse por sí misma, ya que su familia le dio la espalda cuando se quedó embarazada del pequeño Lulú, un niño de tres años adorable. Pero un día un desconocido le tiende una mano por pura generosidad. Conmovido por su situación familiar, Paul, un cliente del supermercado, la invita espontáneamente a pasar con el niño unos días en la costa bretona junto a él y su hijo Jérôme. Reacia en un primer momento, la joven madre acaba aceptando la propuesta sin saber que estas vacaciones van a cambiar sus destinos para siempre. Un viaje de no retorno y una cadena de sucesos inesperados mostrarán a Julie la cara más triste pero también la más amable de la vida.

Despacio a autora va dando a conocer a los protagonistas de esta historia dura, pero llena de esperanza, y en la que que el dolor y la tristeza se atenúan con algún guiño fruto del interesante y profundo sentido del humor de la autora.
En "Justo antes de la felicidad" cada uno de los intervinientes llegan a la costa bretona portando sus heridas, tirando de una vida rota o a punto de quebrarse Por una parte y de forma individual son personas frágiles y faltos de color, pero cuando se suman , se unen se vuelven fuertes y llenos de color , y así Agnes, inventa una historia con final feliz a partir de los jirones de vida de los protagonistas.
Superada la primera mitad del libro, un hecho dramático que cambiará la vida de todos para siempre empuja a la autora a dar un giro en el tono y el ritmo de la novela.....

El final.....¡ perfectamente feliz ! mientras por el camino esta novela nos deja infinidad de reflexiones y y mensajes positivos sobre la esperanza, la lucha, la amistad...
Sin duda merece la pena leer esta novela , engancha desde el primer momento por otra parte creo merecido afirmar de nuestra colega, como otros han hecho antes que, en los últimos hace seis años es **uno de esos jóvenes talentos que están contribuyendo a la renovación de la literatura francesa.**

EN BREVE TODA LA INFORMACIÓN EN WWW.aesmatronas.com

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

MESA UNIDADES DOCENTES.

- **Fortalezas y debilidades de las UUDD:** 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. Protocolo de estudio de la paciente con exposición de riesgo para 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**
- **ESPACIO COMUNICACIONES**

CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
SANTANDER 24/26 Mayo 2018

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

¡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 currículo 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 valoraran 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

- Temas científicos relacionada 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.
- Temas relacionados con aspectos sociológicos, antropológicos, jurídicos y de genero.
- Temas relacionados 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

CURSO BÁSICO DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS. MADRID, días 16 y 17 NOVIEMBRE 2017

PROGRAMAS DE FORMACION CONTINUADA AEM

COMPLETO

ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

IMPARTE 4D ECOGRAFÍAS 4D

LUGAR:

Avda. Menéndez Pelayo, 93.
Planta 3ª

HORARIO:

Día 16: de 9:00h. a 14:00h
Día 16: de 16:00h. a 20:00h.
Día 17: de 9:00h. a 14:00h
Día 17: de 16:00h. a 20:00h

Carga lectiva presencial 18 horas.
Carga no presencial 12 horas.

PROFESORES:

Dr. Manuel Sánchez Seiz.
Dr. José Luis Aparicio Bustos

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

INSCRIPCIÓN:

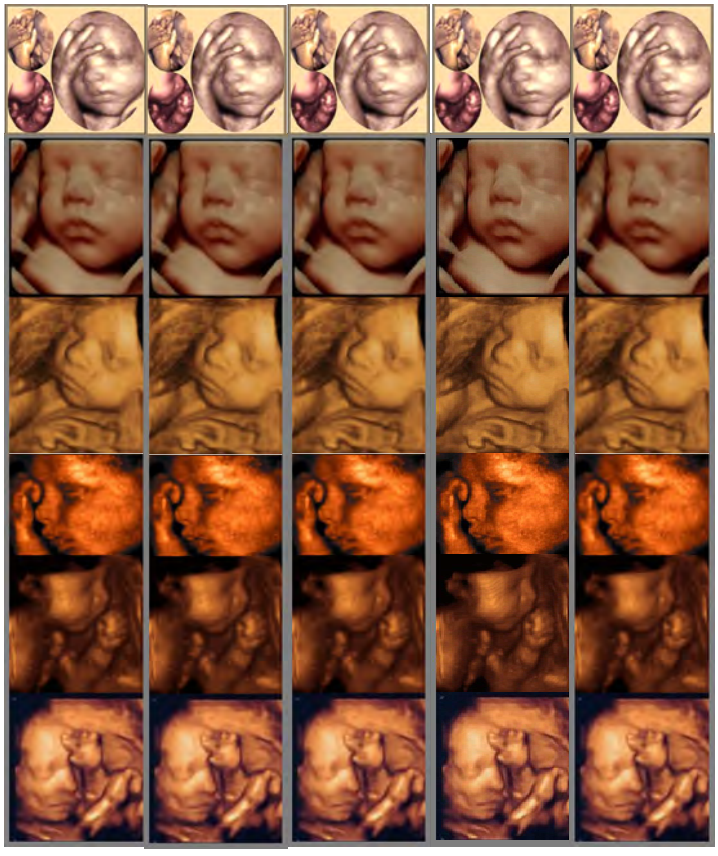
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
Mediante solicitud vía mail:

matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS:..... 20 €
NO SOCIOS: ..... 100 €
EIR: ..... 80 €

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



CONSIGUE TU BONO

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
Titular:.....

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 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..

www.aesmatronas.com