



INFORM



Matronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS DICIEMBRE 2018 N.º 31

COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN QUE ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS
 HEMOS LEIDO INFORMACION
 DICEN QUE ESTÁ PASANDO
 INFORMACION NOTICIAS BREVES
 PASANDO NOTICIAS
 CUENTAN O LEIDO ESTÁ
 NOTICIAS DICEN QUE
 ESTÁ PASANDO HEMOS LEIDO
 QUE CUE S DICEN
 COMPARTIM INFORMACION SANDO
 NOTICIAS B ENTAN
 COMPARTIM ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS B COMPARTIMOS
 COMPARTIM NOTICIAS BREVES
 NOTICIA NOTICIAS
 HEMOS LEIDO ESTÁ
 DICEN QUE COM LEIDO ESTÁ
 INFORMACION NOTICIAS DICEN QUE
 PASANDO NOTICIAS B
 CUENTAN QUE INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 NOTICIAS
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN
 QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE
 QUE NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO
 DICEN QUE CUENTAN





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:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M^a Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fragüas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Andrea Herrero Reyes
Pilar Medina Adán
Lucía Moya Ruiz

En éste número...

✓ ESPECIAL I:

- **ACOMPAÑANDO EN EL NACIMIENTO A LA VIDA.**

✓ HEMOS LEÍDO QUE:

- **EL DIÁMETRO BIACROMIAL FETAL COMO UNA NUEVA MEDIDA DE ULTRASONIDO PARA LA PREDICCIÓN DE LA MACROSOMÍA EN EL EMBARAZO A TÉRMINO.**
- **LA PREDICCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA, UNA REALIDAD CERCANA.**
- **EL TABAQUISMO MATERNO Y EL ALTO IMC INTERFIEREN EN EL DESARROLLO DE LA GLÁNDULA TIROIDES.**
- **NO TE OLVIDES DEL PADRE!**

✓ MUY INTERESANTE:

- **FACTORES PATERNOS EN LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: EL CASO DE LA EDAD PATERNA.**

✓ BREVES:

- **CONFERENCIA SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS.**
- **MARÍA PAZ MOMPART, NOMBRADA MIEMBRO DE HONOR DE LA ACADEMIA DE ENFERMERÍA DE VALENCIA.**
- **NOTICIAS DE SIMAES.**

✓ BUENAS NOTICIAS:

- **LA MATRONA ALICANTINA BEATRIZ DELGADO GARCÍA HA SIDO PREMIADA.**
- **50 BECAS PARA MATRONAS DE LA AEM EN EL CONGRESO SAMEN 2019.**
- **PREMIOS MARIBEL BAYÓN.**

✓ PERLAS JURÍDICAS:

- **EL SERVICIO CANTABRO DE SALUD DEBERÁ PAGAR 132.000 EUROS POR LAS LESIONES A UN BEBÉ EN EL PARTO.**

✓ LECTURA RECOMENDADA:

- **THE MIDWIFE.**
- **INFORME DE UNA PARTERA DE AUSCHWITZ.**

✓ AGENDA A.E.M.

- **FORMACIÓN CONTINUADA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS: NUEVOS CURSOS 2019.**

✓ ESPECIAL 40 ANIVERSARIO.



ACOMPAÑANDO EN EL NACIMIENTO A LA VIDA

INTRODUCCIÓN

Habitualmente, y como complemento a mi formación en bioética, acudo a diferentes jornadas, cursos o seminarios relacionados con la bioética o la ética aplicada en el ámbito sanitario. Recientemente asistí a unas jornadas en las que se hablaba de los aspectos éticos del acompañamiento al final de la vida, o cómo acompañar en pediatría, a niños o adolescentes cuando por enfermedad terminal se acerca el final de sus vidas.

Si es duro acompañar a un adulto y a sus familiares, en esos días finales, podéis imaginaros lo que supone hacerlo con niños o adolescentes. No se está nunca preparado porque culturalmente y biológicamente es "contra natura". No se siguen las leyes naturales pero dicen que cada uno tiene una hora asignada aunque no estemos preparados para ello.

Se habla poco de la muerte y lo que la rodea, claro que también se habla poco de la vida y de sus valores, pero parece que de cara a la vida tenemos tiempo de aprender a vivirla mientras que cuando nos llega el final, muchas veces no tenemos tiempo, ni recursos de cómo afrontarla, y esto si es que es por un proceso de enfermedad.

Bueno pues estando escuchando a diferentes ponentes y de la importancia de saber acompañar en estos procesos me planteé que a las matronas y matrones se nos llena la boca cuando nos adjudicamos el papel o la competencia de ser los profesionales que acompañamos en el nacimiento a la vida y me pregunté: ¿Realmente sabemos acompañar en ese momento? ¿Tenemos los mínimos conocimientos para hacer un buen acompañamiento? ¿Y si tenemos que acompañar a un nacimiento sin vida? ¿Tenemos la formación necesaria para desarrollar esta competencia?. Contestaros vosotras/os mismas/os.



MARCO CONCEPTUAL

Como siempre, voy a intentar aclarar el concepto que voy a manejar para que nos situemos: Acompañar viene de la misma raíz latina que compañero, "comedere" (comer) y "panis" (pan), "comer del mismo pan" pero más concretamente viene de "compañio" "el que come su pan con" y también significa "al mismo tiempo que".

Así pues, parece lógico pensar que acompañamiento puede ser el acto y resultado de acompañar, encontrarse en compañía de otros individuos al mismo tiempo que se le proporciona apoyo o sostén.

Existen diferentes contextos, por ejemplo, el *acompañamiento pedagógico*, que se da entre profesores para fortalecer los recursos docentes mediante un diálogo e intercambio de ideas. También el *acompañamiento terapéutico*, como asistencia que un profesional ofrece a una persona que está bajo tratamiento. Pero me gustó mucho el término que utiliza Mónica Cavallé de "*acompañamiento filosófico*" y que a mí me gustaría rebautizar como "*acompañamiento ético*".



Acompañamiento ético

“Estar al lado de” o “junto a” no es suficiente para que realmente el acompañamiento al que me refería al inicio, como competencia de la matrona, sea efectivo. Hay una serie de requisitos que se deben cumplir:

- Debe ofrecerse desde una actitud de cuidado, como herramienta, y atención hacia el otro, en nuestro caso, hacia la gestante (y su pareja).
- Debe ser respetuoso con las ideas y/o creencias, con la dignidad de la persona.
- Debe hacerse desde la escucha activa que pueda orientarnos hacia las necesidades reales o percibidas por la mujer en los momentos que más vulnerabilidad tiene.
- Se debe respetar lo que haya solicitado en su plan de parto, mientras no sea incompatible con su salud o la de su hijo/a.
- Nos debemos dirigir hacia ella con un lenguaje claro y comprensible a la hora de proporcionarle la información. Los tecnicismos en esos momentos o en otros, son una barrera para poder hacer una buena toma de decisiones.



- Se le deben ofrecer todos los recursos disponibles para asegurar un proceso fuera de riesgos innecesarios.
- Se debe tener una actitud empática, pasar por un hospital donde no se mira y no se ve a “personas” puede ser un sufrimiento añadido al dolor que puedan ocasionar las contracciones del parto.
- Debemos respetar la intimidad, cuando hagamos exploraciones en la dilatación o la mujer opte por diferentes posiciones en el parto y eso pasa por cerrar puertas, minimizar el número de personas en dilatación o paritorio.
- Debemos estar suficientemente cercanas, cálidas y afectivas pero lo suficientemente distantes para mantener la objetividad profesional.

CONCLUSIONES:

El término “obstare” de donde procede obstetricia, significa *“restar a la espera”*. Y es que precisamente se trata de esto, de no “hacer” nada, sino simplemente esperar, estar allí, velando por la salud y el bienestar... eso sí, con la antena puesta y un radar para detectar las posibles complicaciones que podrían surgir.

Habréis visto muchos “debería” o “deberíamos”, que ya sabemos significa exigencia u obligación, y así es, es una obligación ética, deontológica y profesional el garantizar unos mínimos éticos, que son exigibles como profesionales sanitarios buscando siempre los máximos deseables que nos acerquen a la excelencia profesional.

Somos enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología y “saber estar presente” con actitud proactiva pasa por un aprendizaje durante la formación. Es difícil acompañar desde otra habitación o desde una mesa al otro lado con monitores centralizados, en los que, abogando al respeto a la pareja, lo que se hace es estar en otros asuntos.



No es la cantidad de veces que estamos con la gestante, entrando o saliendo, haciendo una exploración u otra, es como estamos y como hacemos, como conectamos con la mujer y su pareja para que sepan que estamos allí para ayudarlas a vivir la mejor experiencia de su vida, el nacimiento de su hijo/a. Ofrecer un buen recibimiento es la mejor manera de venir a esta vida. Toda madre feliz y satisfecha, que no sufre, es más capaz de amar y generar un buen vínculo afectivo en esos primeros minutos.

No somos su amiga, ni su hermana, ni su madre pero si somos la profesional que mejor la puede atender,

ayudar, sostener, guiar, en definitiva cuidar. Un buen acompañamiento es, posiblemente, lo que todo el mundo desearía en el inicio o en el final de la vida.

Y para seguir con las buenas costumbres, la frase de Carl G. Jung: **“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana”**

Felices Fiestas y que el año que viene nos proporcione la sabiduría necesaria para ser mejores personas y así poder ser mejores profesionales!!!

M^a Isabel Castelló López

Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

EL DIÁMETRO BIACROMIAL FETAL COMO UNA NUEVA MEDIDA DE ULTRASONIDO PARA LA PREDICCIÓN DE LA MACROSOMÍA EN EL EMBARAZO A TÉRMINO

El objetivo de los investigadores de estudio tiene ha sido evaluar el valor de la medición ecográfica del diámetro biacromial fetal para la predicción de la macrosomía fetal en el embarazo de término.

Materiales y métodos: El estudio actual fue un estudio observacional prospectivo de un solo centro realizado en un hospital universitario terciario de enero de 2015 a mayo de 2017. Incluimos a todas las mujeres embarazadas de término consecutivo (37-42 semanas) presentadas en la sala de parto para el parto. Los parámetros de ultrasonido se midieron como el diámetro biparietal, la circunferencia de la cabeza, el diámetro torácico transverso, el diámetro medio del brazo, la circunferencia abdominal, la longitud del fémur, el peso fetal estimado y el índice de líquido amniótico.

La fórmula de ultrasonido propuesta "Fórmula de Youssef" para medir el diámetro biacromial fetal es: [Diámetro torácico transversal +2 × diámetro del brazo medio]. La precisión de la fórmula propuesta se comparó con el diámetro biacromial real del recién nacido después del parto.

El estudio incluyó 600 participantes; 49 (8,2%) de ellos dieron a luz a neonatos macrosómicos y 551 (91,8%) dieron a luz neonatos de peso promedio.

Conclusiones: la medición ecográfica del diámetro biacromial fetal parece ser un nuevo método simple y preciso para la predicción de la macrosomía fetal y la disticia de hombros al nacer.

Fuente: [J Matern Fetal Neonatal Med.](#) 2018

LA PREDICCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA, UNA REALIDAD CERCANA

La preeclampsia (PE) es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal. Probablemente, el diseño de pruebas analíticas eficaces y la elaboración de un programa adecuado proporcionen ventajas sanitarias y sociales para las embarazadas.

El objetivo del proyecto ASPRE (Combined multi-marker screening and randomised patient treatment with aspirin for evidence-based preeclampsia prevention), financiado con fondos europeos, es trasladar los resultados obtenidos en estudios previos al ámbito prenatal para una atención sanitaria eficaz. Actualmente se han identificado varios biomarcadores para la detección precoz de embarazos con riesgo de PE. Los experimentos in vitro indican que el ácido acetil-salicílico (aspirina) constituye el fármaco más eficaz para la prevención de la esta enfermedad. Los estudios clínicos de pequeñas dimensiones sugieren que la profilaxis con bajas dosis de aspirina administradas antes de la semana dieciséis de embarazo reduce la prevalencia de PE en un 50 %.

Los modelos de predicción de PE creados en ASPRE estiman los riesgos de cada paciente en particular que requieren un parto prematuro por PE. Estos modelos combinan el riesgo por antecedentes de la madre con marcadores biofísicos y bioquímicos. Se estima que en el estudio aleatorizado participarán más de 33.600 embarazadas y 1.600 mujeres con un riesgo elevado de padecer PE. Se evaluará la eficacia de la administración diaria de aspirina (150 mg) entre las once y trece semanas de embarazo hasta las treinta y seis frente al placebo.

Durante la primera mitad del proyecto (de tres años de duración), se elaboró un modelo de evaluación del riesgo para estimar el riesgo de cada paciente de sufrir PE. En un estudio piloto se examinaron la exactitud del modelo de predicción y los aspectos organizativos de esta técnica.



Se están desarrollando varios kit de predicción de PE basados en la inmunodetección con anticuerpos monoclonales y el análisis de polimorfismos de ADN.

El siguiente paso consistirá en trasladar los datos clínicos y científicos obtenidos a la práctica médica.

La reducción de la prevalencia de PE constituirá un importante avance, ya que salvará la vida de muchas mujeres y evitará la pérdida del feto y la aparición de complicaciones neonatales.

Se estima que en los cinco años posteriores a la finalización del proyecto se habrán analizado entre dos y tres millones de mujeres con el protocolo de ASPRE. Estas embarazadas recibirán aspirina, lo que evitará al menos once mil casos de PE salvando así muchas vidas. Los gastos sanitarios inmediatos se estimaron en, al menos, 803 millones de euros. Esta cantidad aumenta considerablemente para los tratamientos de larga duración.

Fuente: CORDIS. Servicio de Información Comunitario sobre investigación y Desarrollo.

EL TABAQUISMO MATERNO Y EL ALTO IMC INTERFIEREN EN EL DESARROLLO DE LA GLÁNDULA TIROIDES

Los factores del estilo de vida materna, incluidos el tabaquismo y el aumento de peso corporal, aumentan los riesgos de enfermedades en los adultos, como el síndrome metabólico y la infertilidad. La glándula tiroides fetal es esencial para el control de la tasa metabólica fetal, el gasto cardíaco y el desarrollo cerebral. La alteración de la función tiroidea fetal puede contribuir a un aumento de la aparición de la enfermedad en el futuro. En este artículo se investiga el impacto del tabaquismo y el alto peso maternos en la función tiroidea fetal humana durante el segundo trimestre.

Resultados

El tabaquismo materno se asoció con cambios significativos en los niveles plasmáticos fetales de T₄ y TSH durante el segundo trimestre. En el caso de la exposición al humo, los cambios en la expresión de la tiroides fetal *ESR1* transcripciones en madres con sobrepeso pueden haber afectado a la capacidad de respuesta a los esteroides sexuales y pueden, por lo tanto, contribuir a sexo-específica Respuestas al IMC materno. El aumento de los niveles de TSH en circulación, con niveles de hormona tiroidea no afectados, en fetos femeninos de madres con IMC ≥ 25 es consistente con los datos que se han reportado para adultos con sobrepeso y tomados en conjunto, esto sugiere una función hipotalámica-hipofisaria alterada y / o una reducción de la sensibilidad de la tiroides fetal a la TSH en fetos femeninos. El IMC materno > 25 se asoció con aumento del peso de la tiroides fetal, aumento de los niveles plasmáticos de TSH e histología anormal de la tiroides en fetos femeninos. Los cambios normales de desarrollo en



la expresión de transcripción de AHR y ESR1 también se eliminaron en las tiroides fetales de madres con IMC > 25 .

Conclusiones

Por primera vez, mostramos que el tabaquismo materno y el alto IMC materno se asocian con un desarrollo alterado de la glándula tiroides fetal y la función endocrina de una manera específica del sexo durante el segundo trimestre.

La glándula tiroides fetal desempeña un papel esencial en el control de la tasa metabólica fetal, el gasto cardíaco y el desarrollo cerebral, mientras que la función normal de la glándula tiroides es esencial para la salud postnatal. Los factores del estilo de vida materno, como el tabaquismo y el aumento del IMC, se asocian con resultados adversos para el niño, y aquí examinamos los efectos de esos factores en el sistema tiroideo fetal humano.

Desafortunadamente, este estudio carece del conocimiento del estado de la tiroides de las mujeres que lo consienten, lo que podría haber explicado, al menos en parte, las alteraciones de la tiroides fetal observadas aquí en respuesta al hábito de fumar y al IMC. Sin embargo, este es el primer estudio que demuestra efectos adversos en el desarrollo del sistema tiroideo asociado con el estilo de vida materno durante el segundo trimestre.

Estos hallazgos sugieren que la predisposición a la enfermedad postnatal está mediada, en parte, por el desarrollo alterado de la glándula tiroides fetal.

Fuente: BMC Medicine

¡NO TE OLVIDES DEL PADRE!

Bajo este título los urólogos Yash Khandwala (Residente) y Michael Eisenberg del Hospital de Stanford, escribían una editorial en la prestigiosa British Medical Journal el 31 de octubre de 2018, que ha sido la premisa de su recién publicado artículo que a continuación incluimos y que viene a confirmar las hipótesis que se plasman en esta editorial y la necesidad de incluir en la atención preconcepcional al padre también, como explica la segunda editorial que incluimos.

El éxito y la seguridad crecientes de la tecnología de reproducción asistida han abierto la ventana reproductiva de hombres y mujeres, desafortunadamente, este triunfo de la medicina moderna, la tecnología que permite a los padres retrasar la maternidad hasta una edad más avanzada, no ha estado exento de riesgos. La edad materna avanzada ha sido fuertemente vinculada con la morbilidad infantil y materna durante el embarazo. Y aunque se sabe poco sobre los efectos del padre en los resultados del nacimiento, él es responsable de la mitad del ADN de la descendencia y es probable que tenga un efecto medible en la salud de la descendencia exitosa.

Como urólogos, con frecuencia nos encontramos con hombres de 50, 60 y, ocasionalmente, 70 que están interesados en tener hijos. Asesorar a estos pacientes sobre los riesgos del embarazo debido a la edad paterna avanzada ha sido un desafío debido a la escasez de datos disponibles en la actualidad. Cuando inicialmente nos propusimos evaluar estos riesgos, comenzamos con la pregunta: "¿Está aumentando realmente la edad paterna?" Queríamos determinar primero si este aumento anecdótico en padres mayores que intentaban concebir hijos era una tendencia nacional en todo Estados Unidos o era limitada a nuestra clínica, en



otras palabras, ¿valía la pena estudiar esto? Si bien existían amplios datos sobre la edad materna, no se disponía de un análisis paterno a nivel poblacional en los Estados Unidos.

Al examinar los certificados de nacimiento de casi 169 millones de nacimientos ocurridos en los Estados Unidos desde 1972, un obstáculo importante que observamos fue la cantidad de datos paternos faltantes en los certificados de nacimiento, especialmente para ciertos grupos demográficos. Como los datos de nacimiento se recopilan a nivel materno, faltan datos paternos en aproximadamente el 10% de los casos. Esta es una de las razones por las que ha sido un reto para los investigadores estudiar los efectos paternos en la descendencia y la salud materna.

Después de confirmar que los padres, al igual que las madres, han estado envejeciendo desde la década de 1970, nuestro enfoque cambió de nuevo a la pregunta original de si esto planteaba o no algún riesgo para el embarazo en general, el tema de nuestro estudio actual.

El rol del padre en el parto es a menudo ignorado u olvidado, especialmente en los embarazos que involucran a madres de mayor edad que se someten a una detección meticulosa para detectar la pérdida fetal temprana y las anomalías cromosómicas.

Descubrimos que quizás ya no podemos ignorar el impacto potencial que los padres mayores tienen en sus descendientes. El estudio de estos autores acaba de salir (lo incluimos seguidamente).

FACTORES PATERNOS EN LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: EL CASO DE LA EDAD PATERNA

Por su parte Hilary K Brown, profesora asistente Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, nos invita a la reflexión sobre el mismo tema con esta reciente editorial también publicada en el British American Journal.

El enfoque estándar para la atención previa a la concepción debe incluir a ambos sexos

La edad promedio en el primer parto entre mujeres y hombres en los países desarrollados ha aumentado en las últimas cuatro décadas y es atribuible a un aumento en el primer parto en mujeres de 35 años o más y hombres de 40 años o más. La investigación se ha centrado en los efectos de la edad materna avanzada en los resultados perinatales adversos, incluida la pérdida fetal, las anomalías congénitas y el parto prematuro, pero la evidencia está aumentando en relación a la contribución potencial de la edad paterna avanzada a estos resultados, por cambios epigenéticos de los espermatozoides como mecanismo responsable propuesto.

En un artículo vinculado, Khandwala y sus colegas examinaron la asociación entre la edad paterna y los resultados perinatales en los Estados Unidos utilizando registros de estadísticas vitales de 40 529 905 nacimientos vivos entre 2007 y 2016.

Encontraron que la edad paterna se asoció con mayores probabilidades de diabetes gestacional, parto prematuro, bajo peso al nacer, morbilidad neonatal y puntajes de Apgar bajos. Los resultados para la preeclampsia y la eclampsia no alcanzaron significación estadística.

Tres consideraciones

Aunque estos datos contribuyen a una mejor comprensión del papel de la edad paterna en la salud perinatal, hay que considerar tres cosas.

- En primer lugar, aunque las mujeres tienden a ser más jóvenes que sus parejas masculinas, la edad de la madre y paterna están correlacionadas, lo que dificulta la separación de sus efectos.

Khandwala y sus colegas trataron este tema ajustando la edad materna en modelos multivariados y estratificando los análisis en todos los grupos de edad materna: menos de 25, 25 a 34 y 35 años o más. Los resultados siguieron siendo estadísticamente significativos, pero los grupos de edad para los cuales se estratificaron los análisis fueron amplios. Debido a que el riesgo de resultados perinatales adversos dentro de estos grupos de edad podría ser variable (por ejemplo, 30-34 v 25-29 años). La confusión residual por edad materna sigue siendo posible.

- En segundo lugar, aunque los autores postularon que las asociaciones observadas eran atribuibles a cambios relacionados con la edad en el ADN del espermatozoide, otras explicaciones también son plausibles. Los estudios han demostrado que la edad paterna avanzada se asocia con conductas de salud negativas, como fumar y el consumo frecuente de alcohol, la obesidad, las enfermedades crónicas, las enfermedades mentales y la subfertilidad. Estos factores también se han relacionado con resultados perinatales adversos. Por lo tanto, aunque la asociación observada entre la edad paterna y los resultados perinatales adversos podría ser real, podría no ser causal. Como lo describieron autores anteriores, la edad es tanto un "hecho biológico" como un "constructo social", y se deben reconocer las razones para retrasar la maternidad, y sus posibles influencias en los resultados perinatales.

- En tercer lugar, los riesgos relativos y absolutos de resultados perinatales adversos asociados con la edad paterna avanzada fueron bajos. Ninguna de las proporciones de probabilidades excedió 1.5, y los bebés de padres de 45 años o más nacieron solo con 12 semanas antes y pesaron 20 g menos que los bebés de padres más jóvenes. Los autores estimaron que hasta el 18% de los resultados perinatales adversos en la última década podrían atribuirse a un aumento en los padres de 45 años o



más. Sin embargo, dado que el riesgo atribuible a la población está impulsado no solo por la fuerza de la asociación entre la exposición y el resultado, sino también por la prevalencia de la exposición, se espera que la importancia de la edad paterna avanzada a nivel de la población aumente a medida que su prevalencia siga aumentando. Ya sea impulsado por factores biológicos o de selección, el impacto merece atención.

Salud preconcepcional.

Los hallazgos de Khandwala y sus colegas subrayan la importancia de incluir a los hombres en la atención médica previa a la concepción. Hasta hace poco, la salud preconcepcional ha sido un tema dirigido principalmente a las mujeres. Sin embargo, debido a la creciente comprensión de la importancia de las contribuciones de los hombres a la salud perinatal, la salud preconcepcional se define cada vez más como la salud de todas las personas en edad reproductiva, sin importar el sexo. Un componente clave de la salud preconcepcional es tener un plan de vida reproductiva, definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU. como un plan para “las intenciones de una persona con respecto al número y el calendario de embarazos en el contexto de sus valores personales y metas de vida”. Dado que muchas parejas pueden no ser conscientes del impacto potencial de la edad paterna en la salud perinatal, los hallazgos actuales subrayan la importancia de incluir, en los planes de vida reproductiva, discusiones sobre la edad paterna y la disminución de la calidad del espermatozoides, y otros factores de riesgo como la enfermedad crónica. Enfermedades, que están relacionadas con la edad. Actualmente, el mejor método para involucrar a los hombres en la atención preconcepcional sigue siendo difícil de alcanzar. En muchos lugares se necesitan cambios en los

contenido relevantes (para los hombres) y cambios en la atención primaria (para incluir la asesoría previa a la concepción de los hombres en la capacitación de los médicos y en las estructuras de facturación). Tales cambios podrían contribuir al desarrollo de un enfoque estándar para la atención previa a la concepción que incluya tanto a mujeres como a hombres y promueva el conocimiento del papel de los factores masculinos, incluida la edad paterna, en los resultados perinatales.

Fuente : Brithis Medical Journal

Artículo completo disponible en :

BMJ 2018 ; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4466> (publicado el 31 de octubre de 2018)

Asociación de la edad paterna con resultados perinatales entre 2007 y 2016 en los Estados Unidos: estudio de cohorte basado en la población

La edad a la que las parejas tienen hijos en los Estados Unidos sigue aumentando. El número de primeros partos en mujeres mayores de 35 años ha aumentado en aproximadamente un 2% anual desde la década de 1970, y el porcentaje de todos los nacimientos en los EE. UU. de padres de más de 40 años se ha duplicado, hasta el 9%, en el mismo período. Aunque los efectos de la edad materna avanzada en los resultados perinatales se han estudiado ampliamente, la investigación sobre el impacto de los padres mayores en la salud de los hijos se ha limitado principalmente al riesgo de enfermedad congénita.

El alto número de divisiones de células germinales masculinas en padres de edad avanzada ha sido propuesto como responsable del aumento de riesgo de autismo, anomalías genéticas, morbilidad psiquiátrica y neoplasia en los hijos, pero estudios recientes también han sugerido un posible efecto paterno sobre la morbilidad perinatal. Una explicación común surge de los cambios epigenéticos

mensajes de salud pública (para incluir enfoques y que ocurren dentro de los espermatozoides, específicamente modificaciones en la histona y la metilación del ADN en espermatozoides de hombres mayores. Estas alteraciones ocurren en regiones del genoma que son responsables de varias enfermedades en la descendencia. La interrupción de la metilación de las histonas en el desarrollo de células germinales masculinas podría ser un precursor del desarrollo embrionario y placentario aberrante, y los estudios sugieren que la huella paterna del envejecimiento podría afectar el crecimiento fetal y la salud materna durante el embarazo.

Mediante el uso de registros de nacimiento, varios grupos han intentado caracterizar el riesgo de la edad paterna avanzada en eventos de nacimiento adversos, como el parto prematuro, el bajo peso al nacer y la pre-eclampsia.

Sin embargo, los hallazgos siguen sin ser concluyentes, debido a tamaños de muestra insuficientes, cortos períodos de estudio y dificultad para obtener datos confiables sobre la edad paterna. Por lo tanto, la asociación potencial entre la edad paterna avanzada y la salud de la madre y la descendencia sigue estando mal definida. Examinamos la asociación de la edad paterna en la salud materna y neonatal y estimamos el impacto del avance de la edad paterna en los Estados Unidos.

Resultados

Una mayor edad paterna se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y bajo puntaje de Apgar. Después del ajuste por la edad materna, los bebés nacidos de padres de 45 años o más tuvieron probabilidades 14% más altas de parto prematuro (razón de probabilidades 1.14, intervalo de confianza del 95% 1.13 a 1.15), independientemente de la edad gestacional, y 18% más probabilidades de convulsiones (1.18, 0.97 a 1.44) en comparación con los bebés de padres de 25 a 34 años.



Las probabilidades de diabetes gestacional fueron 34% más altas (1.34, 1.29 a 1.38) en las madres con las parejas de mayor edad. Se estimó que el 13.2% (intervalo de confianza del 95%, 12.5% a 13.9%) de los nacimientos prematuros y el 18.2% (17.5% a 18.9%) de la diabetes gestacional en los nacimientos asociados con padres mayores se atribuye a la edad paterna avanzada.

Conclusiones

La edad paterna avanzada se asocia con efectos negativos tanto para las madres como para los hijos. Dada la prevalencia relativamente baja de la edad paterna avanzada en los EE. UU., los impactos a nivel de la población son actualmente modestos. Sin embargo, a medida que la edad paterna avanzada se ha duplicado en los Estados Unidos en la última generación, se justifica una investigación más profunda sobre el impacto en los resultados del nacimiento y la salud pública.

Fuente. British Medical Journal.

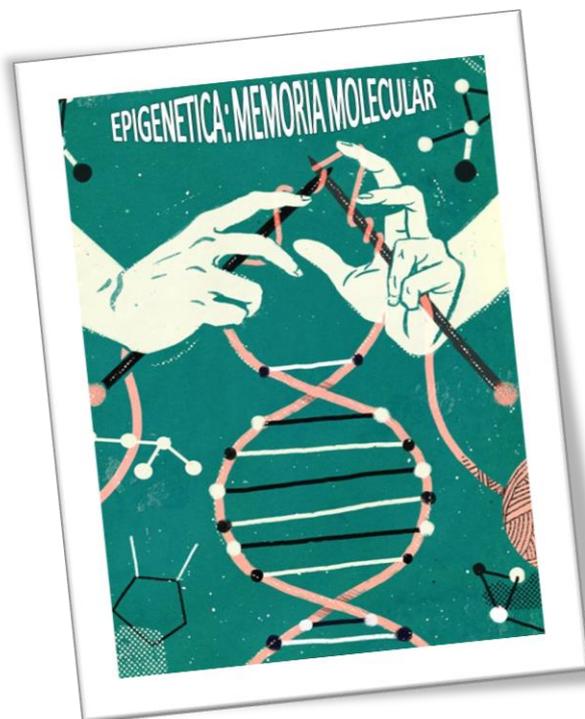
Artículo completo disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4372> (publicado el 31 de octubre de 2018)

Qué es lo que ya se sabe sobre este tema

- La edad paterna media en los Estados Unidos ha aumentado durante los últimos 40 años.
- Aunque se han realizado investigaciones exhaustivas sobre los riesgos de infertilidad, diabetes gestacional, pre-eclampsia y parto por cesárea para madres mayores, se sabe poco sobre la influencia de los padres mayores en los resultados del parto.
- Estudios recientes han sugerido que los cambios epigenéticos en el espermatozoides de los hombres mayores podrían afectar negativamente el crecimiento placentario y embrionario.

Lo que agrega este estudio

- Los hombres de 45 años o más tuvieron mayores probabilidades de engendrar bebés prematuros, de bajo peso al nacer y con una puntuación de Apgar baja en comparación con sus contrapartes más jóvenes; los hijos de padres mayores de 55 años también tenían más probabilidades de requerir ventilación asistida y el ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Las probabilidades de diabetes gestacional también fueron mayores en los embarazos con padres mayores de 45 años.
- Se estimó que el 13.2% de los nacimientos prematuros y el 14.5% de los bebés con bajo peso al nacer de padres mayores se evitarían si todos los hombres eligieran tener hijos antes de los 45 años.



**CONFERENCIA
SOBRE LAS
RECOMENDACIONES
DE LA OMS SOBRE
INTERVENCIONES
NO CLÍNICAS PARA
REDUCIR LA
CESÁREA
INNECESARIA**

**13 y 14 de diciembre
2018
en TBILISI, GEORGIA**



Foto:WHO/Olga Kireeva

En un intento por reducir las cesáreas innecesarias (CS), la OMS / Europa convocó una conferencia internacional de partes interesadas clave que trabajan en salud materna y perinatal, formulación de políticas de salud y sistemas de salud.

Este es un seguimiento de la adopción de las nuevas recomendaciones de la OMS sobre intervenciones no clínicas para reducir las cesáreas innecesarias. La tasa óptima de CS de la OMS se recomendó inicialmente como 10-15% en 1985, y se reiteró en 2015. Sin embargo, la tasa promedio de CS en la Región de Europa es del 25%; con un tercio de los países que tienen tasas CS más del 25%

Los asistentes discutirán las nuevas recomendaciones de la OMS y evaluarán la situación actual del país, identificando los principales factores en el uso innecesario de CS, incluidos los relacionados con los sistemas de salud. La conferencia también dará como resultado la identificación de brechas en la investigación, el intercambio de políticas y modelos innovadores y la adopción de una declaración que afirme el compromiso de los países de utilizar la CS por razones médicamente justificadas.

En 2016, los países de la Región adoptaron el Plan de Acción para la Salud Sexual y Reproductiva. Se deben seguir realizando esfuerzos para eliminar las muertes y enfermedades evitables maternas y perinatales.

**MARÍA PAZ MOMPART, NOMBRADA
MIEMBRO DE HONOR DE LA ACADEMIA DE
ENFERMERÍA DE VALENCIA**



ACADEMIA
ENFERMERÍA
COMUNITAT
VALENCIANA



M^a Paz Mompart con José Antonio Ávila Olivares, Presidente de la Academia

El pasado 22 de noviembre de 2018 fue nombrada M^a Paz Mompart García Académica de Honor de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana en un solemne acto en el Auditorio del Jardín Botánico de València.

M.^a Paz Mompart García, es Licenciada en Humanidades, Máster en Investigación Cualitativa en Salud y Especialista en Administración de Servicios de Enfermería.

Luchadora incansable en pro del progreso de la enfermería es un referente en España y Latinoamérica. En su brillante trayectoria profesional fue pieza clave en la transformación de la formación del antiguo título de ATS en enseñanza universitaria en 1977.

Cabe destacar muy especialmente su labor en gestión y docencia así como sus aportaciones como fundadora de la AED (Asociación de Enfermería Docente)

Desde INFOMATRONAS la felicitamos por el muy merecido reconocimiento





NOTICIAS DE SIMAES

EL SINDICATO DE MATRONAS CONDENA LA AGRESIÓN SUFRIDA POR UNA MATRONA Y SU AUXILIAR EN ALMERIA.

El Sindicato de Matronas Españolas manifiesta su absoluta condena por los hechos acontecidos en la madrugada del 19 al 20 de noviembre en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas, donde una Matrona y su auxiliar fueron agredidas física y psicológicamente por los acompañantes de una paciente que fue ingresada para dar a luz. Constatado que los hechos han sido denunciados en comisaría, SIMAES espera que recaiga sobre los responsables todo el peso de la Ley y transmite a las sanitarias nuestra solidaridad y el apoyo y cariño del colectivo de Matronas al que representamos.

Según diversas fuentes, los acontecimientos tuvieron lugar después de que una mujer, en avanzado estado de gestación, llegará al Área de Tocoginecología del Hospital Torrecárdenas con una docena de acompañantes (10 más que los permitidos), y según palabras de la Matrona afectada, *"en ese momento estábamos de servicio mi compañera, auxiliar de matrona, y yo. Cuando la paciente ingresó, pedimos a sus familiares que, por favor, se marchasen.*

Ante la negativa fuimos flexibles pero, durante varias horas, tuvimos que llamarles la atención, porque estaban haciendo mucho ruido en un lugar con gestantes y niños recién nacidos en el que debe reinar el silencio". Fue precisamente en ese momento *"cuando les advertimos de que, en caso de no respetar las normas, llamaríamos a seguridad, una señora agredió físicamente a mi compañera, golpeándome a mí contra la puerta. Al llamar a los vigilantes, empezaron los insultos y las amenazas.*

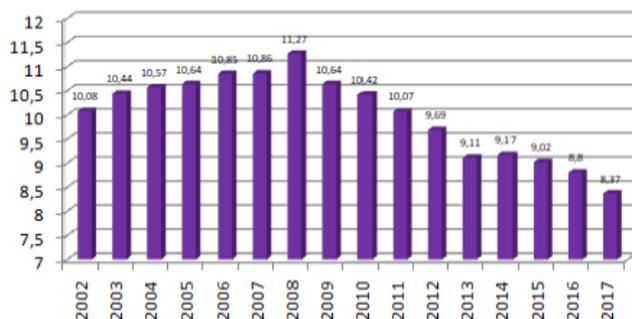
Entonces, contactamos con la Policía Nacional". El suceso no terminó aquí pues, poco antes de que los Cuerpos de Seguridad llegasen, la Matrona afectada y la auxiliar, tuvieron que volver al pasillo para asistir a otra paciente. *"Al regresar, una menor empezó a amenazarnos y a insultarnos, llegando a romper mobiliario del centro. Tras eso, agredió físicamente a mi compañera. Todo ello, con varios familiares alentándola a hacerlo".* Según informa el COE, la Policía Nacional detuvo a 3 personas, incluida la menor de edad, acusadas de delito de atentado y haciendo frente a un orden de alejamiento que las obligaría a cambiar de centro y esa misma mañana se presentó denuncia en comisaría. Como hemos indicado en otras ocasiones, denunciar ante las autoridades competentes es la clave para terminar con esta lacra repugnante, puesto que se trata de agresiones a personas que dedican su vida a cuidar a los demás.

En SIMAES creemos necesaria una campaña permanente de concienciación social que persuada a esa parte de la población que no entiende que, en los hospitales y centros de salud, hay normas que cumplir y profesionales a los que se les debe respetar.

Los hechos mencionados han sido extraídos del comunicado del Colegio Oficial de Enfermería de Almería que puedes consultar en: <https://www.colegioenfermeriaalmeria.org/colegiioenfermeria->

NOTICIAS DE SIMAES

NACIDOS/1000 Hab.



LA NATALIDAD EN ESPAÑA EN CAIDA LIBRE

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) son alarmantes, la natalidad en España no solo lleva 10 años cayendo sino que no muestra tendencia a la recuperación. La edad de las madres primerizas es cada vez mayor y el número de hijos disminuye.

Haciendo un poco de historia, a finales del siglo XX las mujeres españolas solían tener su primer hijo aproximadamente a los 26 años. El año pasado este dato alcanza la edad de los 31 años.

La Encuesta de Fecundidad de 2018 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y que se ha publicado esta semana, concluye que las razones laborales o de conciliación de la vida familiar y laboral, junto con las económicas, son las principales responsables de tener menos hijos de los deseados. Como puede verse en el gráfico, hasta el año 2008 (año de inicio de la crisis) se mantenía una tendencia al alza, pero desde entonces la tasa de natalidad cae vertiginosamente.

La encuesta refleja que casi la mitad de las mujeres de edades comprendidas entre 18 y 55 años, incluidas aquellas que ya tienen hijos, desean tener dos hijos en total. Los porcentajes más elevados, del 48,0%, se dan entre las de 25 a 29 años y en las de 40 y más. Por su parte, el porcentaje de mujeres que quieren tener tres hijos ronda el 25%, aunque supera el 27,0% en las mayores de 35 años. Si se suman estos dos grupos, resulta que casi tres de cada cuatro mujeres quieren tener al menos dos hijos.

La mayor parte de las mujeres menores de 35 años todavía espera tener más hijos. A partir de los 35 años, las *razones laborales o de conciliación de la vida familiar y laboral* y las *económicas* son las más importantes por las que las mujeres han tenido menos hijos de los deseados.

Según la Encuesta, el principal incentivo a la natalidad que demandan las mujeres al Estado es el aumento de la duración del permiso de maternidad/paternidad. Por grupos de edad, los mayores porcentajes se dan entre las mujeres de 30 a 34 años (31,1%) y de 35 a 39 años (29,1%). El segundo incentivo a la natalidad más importante para las mujeres menores de 40 años es la flexibilidad en el horario de trabajo para padres y madres con niños pequeños. Y, para las de 40 años y más, la segunda medida más importante es una asignación para las familias con hijos a cargo menores de 18 años.

El 5,4% de las mujeres de entre 18 y 55 años residentes en España se ha sometido alguna vez a un tratamiento de reproducción asistida. Este porcentaje aumenta con la edad, y alcanza un máximo del 8,8% en las que tienen entre 40 y 44 años.

No obstante, no hay grandes diferencias entre el número de hijos deseado por hombres y mujeres. La mayor discrepancia se da en los porcentajes de hombres que desean tener tres hijos, que son inferiores a los de las mujeres. Como ocurre con las mujeres, la mayoría de los hombres desean tener en total dos hijos (casi la mitad de los que tienen entre 25 y 39 años y más de la mitad para el resto).



INSCRIPCIÓN

Midwives – Residents €165,00 €225,00 (según fechas)

Other (Including Medical and Midwifery Students) €105,00 €125,00 (según fechas)

FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Course €65,00

HANDS ON sessions €85

La inscripción incluye:

- Acreditación UEMS
- Acceso a todas las sesiones científicas
- Acceso al recinto ferial
- Kit de congresos
- Distintivo de asistencia
- Programa científico final electrónico
- Certificado de asistencia
- Coffee breaks

INFORMACIÓN GENERAL

info@eciccongress.eu

Registrations:

registration@eciccongress.eu

Abstracts:

Abstract@eciccongress.eu

LA MATRONA ALICANTINA BEATRIZ DELGADO GARCÍA HA SIDO PREMIADA POR LA COMUNICACIÓN CON MAYOR IMPACTO CLÍNICO DEL XXII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS.

Celebrado en Córdoba los días 14-16 de noviembre de 2018.



El premio ha sido otorgado al trabajo "Estudio experimental controlado y aleatorizado sobre la efectividad y seguridad del uso de la pelota de parto durante el trabajo de parto " basado en la su tesis doctoral.

El objetivo principal es determinar y evaluar la efectividad del uso de la Pelota de Parto durante el trabajo de parto en relación a la percepción de la intensidad del dolor por la mujer, la satisfacción materna, la integridad perineal, la duración de los periodos de dilatación y expulsivo y la seguridad respecto a la salud de la madre y el recién nacido, en comparación con la práctica habitual.

El objetivo secundario es la obtención de la escala de satisfacción materna con la vivencia del parto MCSRS-E, mediante la traducción, adaptación transcultural al español de la ¿Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale ¿y describir las propiedades psicométricas a través del análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC), así como validar su fiabilidad y validez de constructo.

Según los resultados del trabajo, la afirmación de que la Pelota de Partos acorta el tiempo de

dilatación o disminuye el dolor no solo queda cuestionada, sino que la Pelota de Partos parece resultar perjudicial e implicar más tiempo de duración de la dilatación, peor puntuación en la satisfacción materna con la vivencia del parto y en cuanto a la influencia en el dolor solo parece beneficiar en las ultima fases de la dilatación a aquellas mujeres que afronten el parto sin empleo de métodos farmacológicos de alivio del dolor.

En el resto de variables resultado el uso de la Pelota durante el parto no influye. A pesar de que se puede considerar una intervención segura, su indicación como herramienta para el afrontamiento y manejo del parto no parece adecuada.



XIX Encuentro
Nacional de
Salud y Medicina de la
Mujer

SAMEM

13 AL 15
FEBRERO
2019

Sede:
Museo de la Real
Casa de la Moneda
Madrid

ORGANIZA:
Centro Médico
Instituto Palacios
Salud de la Mujer

Antonio Acuña, 9 • 28009 Madrid
Tel: 91 578 05 17 • Fax: 91 432 42 41
samem@institutopalacios.com
www.institutopalacios.com

19

La Asociación Española de Matronas dispone de 50 becas para matronas, con prioridad absoluta, para socios de: Asociación Española de Matronas, Asociaciones Aragonesa, Extremeña y Gallega.

INCRIPCIÓN EN : matronas@asociación-nacional.com



SAMEM

XIX Encuentro Nacional de
Salud y Medicina
de la Mujer

PREPROGRAMA



- Indicaciones y expectativas del láser en medicina dermatológica
- Prasterona: un nuevo enfoque en el manejo del síndrome genitourinario de la menopausia.
- Anillo vaginal, su indicación en anticoncepción
- ¿Es posible aumentar el deseo sexual femenino?
- Atrofia vaginal, actualización en su tratamiento
- Aprendiendo el uso de probióticos en patología intestinal
- Tratamiento en vaginosis bacterianas
- Breca risk: un test genético para la selección de mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- Epigenética, metilación, detoxicación, ¿de qué estamos hablando?
- ¿Por qué debemos prescribir la Vit D?
- Eficacia y fidelización en el tratamiento de la osteoporosis
- Tratamiento y prevención del vph y condilomas
- Cloruro de decualinio, alternativa consolidada para el tratamiento de la vaginosis bacteriana
- Nueva opción terapéutica en el abordaje de las cistitis de repetición
- Avances en el tratamiento del síndrome genitourinario
- Experiencia actual con el láser vaginal
- Abordaje y actualización del tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia
- Hidratación responsable con bebidas bajas en azúcar
- Nutrición y control prenatal en el embarazo normal
- Importancia del tratamiento ortomolecular en la artrosis de la mujer
- Remarcando la importancia del aporte adecuado de calcio para la salud ósea
- Probióticos en el embarazo, una asignatura pendiente
- La coenzima Q10 y sus beneficios.
- Hipercolesterolemia; lo que debemos hacer
- La insuficiencia venosa crónica
- Vacuna nonavalente del hpv, experiencia, resultados e indicaciones
- Artritis reumatoide y psoriasis, dos enfermedades autoinmunes con diferenciación de género
- La determinación del ph urinario como prevención en enfermedades renales
- Nutrición y salud en la mujer



La Asociación Española de Matronas anuncia la convocatoria del PREMIO MARIBEL BAYÓN al mejor trabajo científico/ investigación del periodo 2018- 2019.

Los objetivos de este premio son motivar e incentivar al colectivo de matronas españolas en el ámbito de la investigación y difundir el trabajo que están realizando en su área asistencial, docente o investigadora sobre el cuidado de la salud de la mujer, en el marco de sus competencias.

Participantes.

Individual: todas las matronas tituladas de nacionalidad española.

Residentes: de las unidades docentes de España a condición de que en el trabajo presentado participe directamente, como mínimo, una matrona titulada.

Grupo de trabajo: profesionales de distintas titulaciones relacionadas con la salud de la mujer, siempre que participen en el mismo un mínimo del 50% matronas.

Dotación.

La dotación del PREMIO es de un total de 4.000 €, dividido en 3 partes:

- 1 primer premio de 2.500 €
- 1 segundo premio de 1.000 €
- 1 tercer premio de 500 €

En caso de que alguno de los premios sea declarado desierto, el jurado podrá proponer la utilización de la cantidad a otra actividad científica de la Asociación Española de Matronas.

Plazos.

Las fechas de presentación de los trabajos se inicia el día 30 de septiembre de 2018 y finaliza el 30 de junio de 2019.





El Jurado.

- El Jurado estará compuesto por 7 matronas que desarrollan su trabajo en hospitales, centros de atención primaria, en docencia y gestión de reconocido prestigio. Todos serán designados por la Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas.
- El jurado valorará, entre otros aspectos, la calidad científica; la concreción y claridad expositiva; el interés académico y práctico; la originalidad y actualidad del tema.
- El fallo del jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto el premio convocado si, a su juicio, los trabajos presentados no reúnen la calidad científica necesaria.

Fallo y entrega de los premios.

El fallo se dará a conocer antes del día 30 de septiembre de 2019.

La entrega de los premios se realizará en un acto público y en el lugar que acuerde la Asociación Española de Matronas

Normas generales.

- Los trabajos, deberán ser inéditos y escritos en lengua española, podrán tratar sobre cualquier área de trabajo en el cuidado de la salud de la mujer.
- Se presentarán de forma anónima o bajo seudónimo, incluyendo en el envío un sobre cerrado donde constarán los datos de la/s persona/s autoras (nombre y apellidos, domicilio completo actual, centro y puesto de trabajo, teléfono/s de contacto y e-mail); como única referencia externa, el sobre podrá llevar, en su caso, el seudónimo elegido para personalizar el trabajo,(en archivo y pagina impresa aparte).
- Los trabajos premiados en éste certamen podrán ser publicados por la Asociación Española de Matronas así como los trabajos presentados al concurso que reúnan los requisitos para ello, citando siempre la autoría, e informando previamente a los autores/as de las posibles modificaciones que pudieran, en su caso, ser necesarias.
- La presentación de los trabajos a concurso implica la aceptación de las presentes normas.

Estructura y formato

Los trabajos se estructurarán en el siguiente orden: Introducción. Objetivos. Material y método. Resultados. Discusión. Conclusiones. Bibliografía.

Deberán presentarse en lengua castellana, a 1½ espacio entre líneas con tamaño mínimo





de letra 12 pt., en papel blanco DIN A-4 y su extensión no superará las 25 páginas incluyendo tablas, figuras y bibliografía.

Las referencias bibliográficas deberán ser numeradas consecutivamente en el orden en que se citan por primera vez en el texto e identificadas mediante números arábigos entre paréntesis siguiendo la última versión de las normas de Vancouver.

El número máximo de citas será de 40.

Los trabajos se enviarán en soporte informático (CD o dispositivo de memoria/pendrive), realizados con un editor de texto tipo Word o PDF, especificando el nombre del archivo/s adjuntando, además, dos ejemplares impresos en tamaño DIN-A4.

Dirección de envío:

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS.
"PREMIO MARIBEL BAYÓN".
Avda. Menéndez Pelayo, 93. 3º 28007-MADRID**

Páginas.

1. En la primera página constará únicamente el título del trabajo.
2. En la segunda página el título del trabajo y resumen del mismo, no superior a 300 palabras, en inglés y castellano (abstract).
3. En la tercera página inicio del trabajo (máximo 25).

En archivo Word aparte debe especificarse:

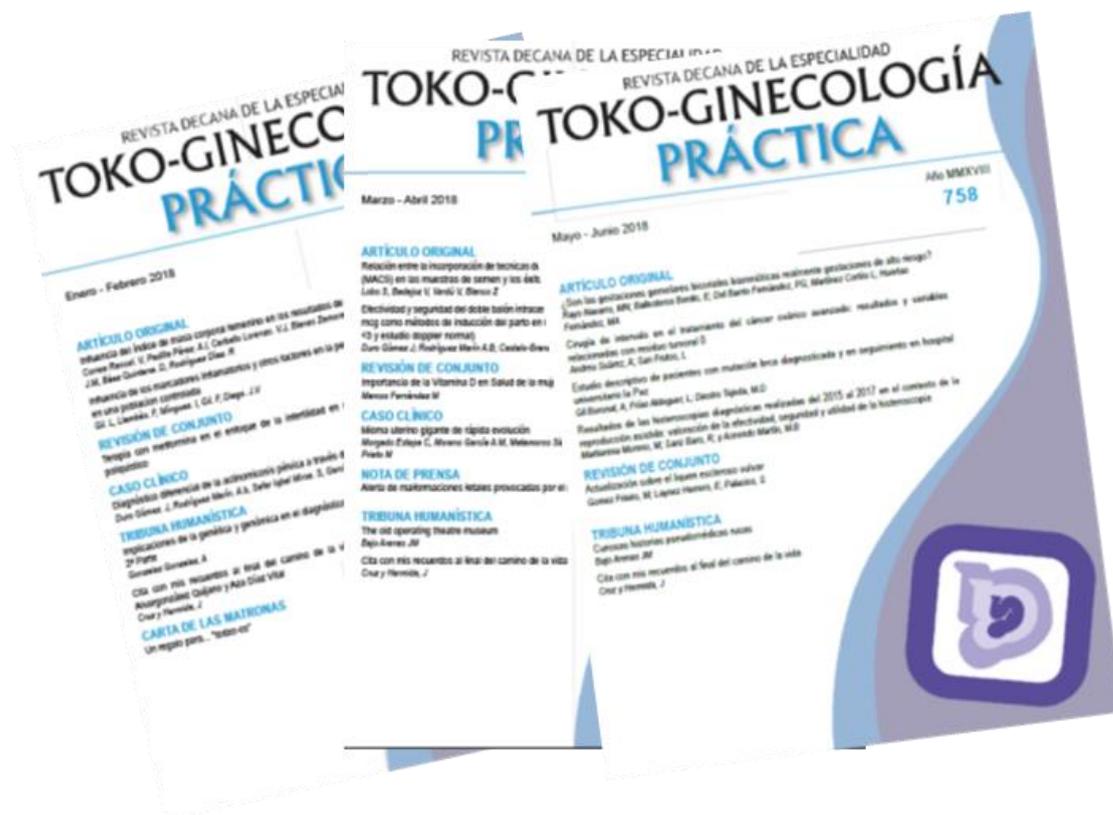
- Título del trabajo.
- Nombre de los autores.
- Profesión y cargo de todos los autores.
- Lugar de trabajo.
- Dirección para correspondencia, teléfono y correo electrónico habitual de contacto.

A efecto curricular se considerará como autor/a principal al primer firmante del trabajo.

El resto de autores será colaboradores. ■

¡ Participa!

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



Desde enero de 2018 la Asociación Española de Matronas suscribió un acuerdo con los editores de la revista TOKOGINECOLOGIA PRÁCTICA por el cual, todas las matronas españolas pueden suscribirse gratuitamente, a través de **INFOMATRONAS** y también la posibilidad de **publicar artículos en la misma.**

Para recibir los 6 números que se editan anualmente solo hay que solicitarla en:

infomatronas@gmail.com



ATENCIÓN A LOS RESIDENTES DE TODA ESPAÑA

¿QUIERES QUE TU OPINIÓN CUENTE?

UN BUEN PROGRAMA FORMATIVO ES LA BASE PARA FORMAR UN/A BUEN
PROFESIONAL **PARA SER MATRONA ES IMPRESCINDIBLE**

TIENES UN BUEN PROGRAMA FORMATIVO. LAS BASES ESTÁN ESTABLECIDAS.
PERO TODO ES MEJORABLE

Buscando mejorar las cosas...queremos escucharte.

Seguro que puedes aportar ideas que sirvan para corregir lo que no funcione y alcanzar la excelencia en lo que funciones bien.

Solo tienes que mandar 5 ideas que sirvan para mejorar el modelo formativo actual a mail:
infomatronas@gmail.com

Envía tu opinión o sugerencias.

Formato Word o PDF

Extensión: máximo 300 palabras

Anónimo.



EL SERVICIO CANTABRO DE SALUD DEBERÁ PAGAR 132.000 EUROS POR LAS LESIONES A UN BEBÉ EN EL PARTO

La titular del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 3 de Santander ha reconocido la responsabilidad patrimonial del Servicio Cántabro de Salud (SCS) por las lesiones del plexo braquial que sufrió un bebé en su nacimiento y ha fijado una indemnización de 132.000 euros. La sentencia, que no es firme y contra la que cabe recurso de apelación ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, estima parcialmente el recurso presentado por los progenitores, que reclamaban una indemnización de 350.000 euros.

Los hechos tuvieron lugar en octubre de 2015 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Durante el parto, se produjo una distocia de hombros grave, esto es, una «complicación grave del parto que debe resolverse en el menor tiempo posible» y que se produce cuando los hombros tienen dificultad para atravesar la pelvis después de la salida de la cabeza del bebé.

Las asistentes al parto trataron de solucionar la situación tras dar la voz de alarma, por lo que entiende la juez que «las matronas no se precipitan, sino que proceden a solventar la situación», ya que sólo disponen de cinco o siete minutos para extraer al bebé, «puesto que en caso contrario la falta de oxígeno haría peligrar su vida».

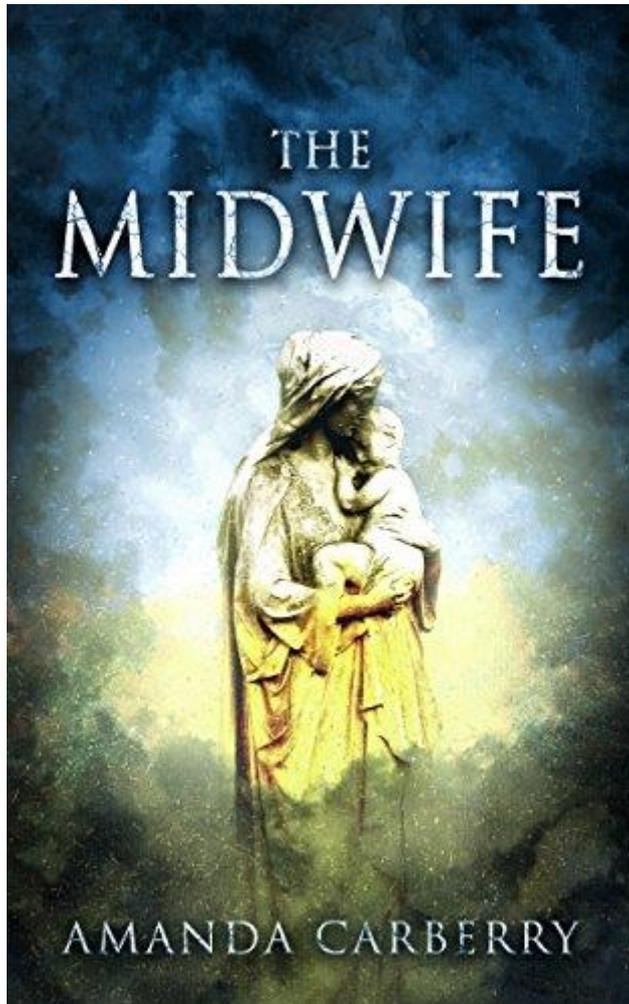
Ocurre, sin embargo --continúa la sentencia-- que durante dichas maniobras se ejerció una tracción excesiva de la cabeza fetal que produjo la lesión del plexo braquial. Por otra parte, la ginecóloga «fue avisada inmediatamente y, sin embargo, cuando acude la niña ya ha nacido». «En la actualidad aún se desconoce dónde se encontraba la doctora en el momento en el que fue avisada y por qué no acudió inmediatamente como marca el protocolo», dice la resolución.

LESIÓN. En definitiva, «se consigue la extracción, pero se produce la lesión por las causas ya citadas: excesiva tracción por parte de la matrona y, fundamentalmente, entiende esta juzgadora, por la ausencia de la ginecóloga». La magistrada considera, por tanto, que las lesiones que sufre la menor responden a las maniobras en el parto y descarta que, tal y como alegaba el SCS y sus aseguradoras, sean consecuencia de malas posiciones fetales o las propias contracciones del útero..

En este sentido, alude a los informes periciales presentados por las dos partes y señala que «deben prevalecer las conclusiones» del perito de los demandantes, ya que «ha logrado despejar las dudas existentes sobre la cuestión de debate».

La literatura médica califica de «mito» y la magistrada lo considera «anecdótico» que la lesión de plexo braquial se produzca dentro del útero. Por el contrario, «reconoce causalidad» entre la distocia de hombros y la lesión de plexo braquial.

Fuente: Diario Alerta. Noviembre 2018



The Midwife

Junio 2017

Autora: Amanda Carberry

Un libro en el que se cruzan las historias de una partera polaca encarcelada en un campo de concentración nazi y de una estudiante universitaria que vive en la Alemania de posguerra cuando la búsqueda de alguien para encontrar consuelo después del horror de la guerra y la búsqueda para descubrir el significado de una "marca de nacimiento" críptica culmina en un descubrimiento impactante.

El libro está basado en la increíble historia real de Stanisława Leszczyńska como se muestra en el informe "Raport położnej z Oświęcimia" (Informe de una matrona de Auschwitz) que la AEM ha traducido y presenta a continuación para ampliar la información sobre esta mujer que es un orgullo para la profesión.

Este libro en versión inglesa está disponible gratuitamente en el siguiente link:
<https://www.inkitt.com/stories/other/140621>

La AEM ha hecho una traducción (sin ánimo de lucro) del mismo para facilitar a quienes lo deseen la lectura del mismo que, sin duda es interesante y nos muestra de forma novelada la cruel realidad de los que fueron reclusos en los campos de exterminio junto a esta gran mujer Stanisława cuya gran bondad y compromiso con la profesión la empujó a cuidar y dar esperanza a unas mujeres en el momento de su maternidad.

Podéis solicitar la traducción a través del correo asociacionnacionalmatronas@gmail.com

INFORME DE UNA PARTERA DE AUSCHWITZ

Raport położnej z Oświęcimia

Documento originalmente hecho público el 2 de marzo de 1957 durante un aniversario de matronas polacas celebrado en el departamento de salud del distrito de Bałuty de la ciudad de Łódź.



Pasé dos de los treinta y ocho años de mi vida profesional trabajando como matrona, prisionera en el campo de concentración de mujeres en Auschwitz-Birkenau.

Había muchas mujeres embarazadas en los transportes que llegaban a este campo de concentración. Trabajé como matrona en tres bloques que eran todos iguales en términos de estructura y mobiliario interior, excepto por un detalle: uno de ellos tenía piso de ladrillo. Los tres bloques eran barracones de madera de unos 40 metros de largo, con numerosos huecos en las paredes roídas por las ratas.

El campamento estaba ubicado en una zona de tierras bajas sobre tierra arcillosa, por lo que cada vez que llovía mucho, el agua inundaba los barracones y había hasta veinte centímetros de agua estancada en el suelo, o incluso más en los barracones de la parte más baja.

Las literas de tres pisos se alineaban dentro del barracón a lo largo de las dos paredes largas. Cada litera tenía que acomodar a tres o incluso a cuatro mujeres enfermas en un colchón de paja sucia lleno de vestigios de sangre seca y excrementos. Estaba abarrotado; las prisioneras tenían que dejar que sus piernas colgando de su litera o llevarse las rodillas hasta la barbilla. Las literas eran duras e incómodas, ya que la paja que llenaba los colchones se había desintegrado hacía tiempo, y las mujeres enfermas yacían sobre tablas desnudas, que no eran para nada lisas, ya que eran partes de puertas viejas o persianas provenientes de la demolición edificios, con "resaltes" que se incrustaban y cortaban su carne y huesos.

Una estufa de ladrillos en forma de artesa corría longitudinalmente a lo largo del centro del barracón. Tenía una chimenea en cada extremo, pero casi nunca se usaban para calentar. En cambio, la "estufa" servía como único lugar viable para el parto, ya que no se había proporcionado ninguna otra instalación, por improvisada que fuera, para este propósito. Como no había calefacción, las instalaciones eran salvajemente frías, especialmente en invierno, con largos carámbanos colgando del techo, o más precisamente desde el techo.

Las treinta literas más cercanas a la estufa conformaban lo que se conocía como la "sala de maternidad". El bloque estaba abarrotado de enfermedades infecciosas y un olor desagradable, y estaba lleno de gusanos de todo tipo y ratas que mordían las narices, los oídos, los dedos de las manos y los talones de las mujeres que estaban tan enfermas y agotadas que no podían moverse.

Yo hice todo lo posible para ahuyentar las ratas de encima de las pacientes, turnándome con una mujer en Nachtwache (servicio nocturno). Fuimos ayudadas por mujeres convalecientes, turnándonos para dormir un par de horas. Las ratas, que habían engordado a base de cadáveres humanos, eran tan grandes como enormes gatos. No tenían miedo de los humanos, y si las ahuyentábamos con un palo, lo único que harían sería agachar



la cabeza, esconderse en una litera y prepararse para su próximo ataque. Se sentían atraídas por el olor pestilente de las mujeres seriamente enfermas, para quienes no teníamos agua para lavar ni una muda de ropa limpia. Cuando una mujer estaba en trabajo de parto tenía que ir yo misma a buscar el agua para lavarla a ella y al bebé. Me llevaba unos veinte minutos llevar un balde de agua.

La gran cantidad de gusanos de todo tipo explotaba su supremacía biológica sobre la menguante vitalidad de las humanas. No solo las mujeres enfermas sino también los bebés recién nacidos fueron víctimas del ataque constante lanzado por las ratas y los bichos. La muerte llegaba rápidamente a estos cuerpos humanos debilitados por el hambre y el frío y atormentados por pruebas y enfermedades. Había un total de mil a mil doscientos pacientes en el bloque y todos los días de diez a veinte morían. Sus cadáveres eran sacados al frente del bloque y su muerte era inscrita en un informe diario que documentaba su tragedia. Las mujeres que tenían que dar a luz en tales condiciones se encontraban en una situación espantosa y la posición de su matrona era extremadamente difícil. No había suministros médicos asépticos, ni apósitos ni medicamentos; toda la medicación asignada para todo el bloque era una ración diaria de algunas tabletas de aspirina.

Al principio estaba completamente sola. Cada vez que surgían complicaciones, como tener que extraer manualmente la placenta, lo que requería la atención de un médico especialista, tenía que manejarme lo mejor que podía. Los médicos alemanes del campo, Rhode, Koenig y Mengele, difícilmente podían "empañar" su vocación médica asistiendo a personas que no eran alemanes, por lo que no tenía posibilidad de pedirles ayuda. Más tarde, en varias ocasiones utilicé los servicios de una doctora polaca, la doctora Janina Węgieńska, que trabajaba en otro pabellón pero que estaba totalmente dedicada a los pacientes, posteriormente encontré otra doctora polaca muy generosa, la Dra. Irena Konieczka.

Cuando tuve un ataque de tifus, me atendió la muy útil Dra. Irena Białówna, que cuidó de mis pacientes y de mí con mucha diligencia y preocupación. No escribiré sobre el trabajo de los médicos que estuvieron recluidos en Auschwitz como prisioneros, porque lo que observé supera mi capacidad de decir lo que realmente siento sobre la tremenda dignidad de la vocación del médico y el heroísmo con el que cumplieron con sus deberes. La magnificencia de estos médicos y su dedicación fue lo último que vieron sus pacientes pobres y agonizantes, pero nunca podrán contar lo que vieron. Estos médicos lucharon para salvar vidas que estaban condenadas a la muerte, y por

aquellos condenados, dieron sus propias vidas . Todo lo que tenían para tratar era un puñado de aspirinas y su propio gran corazón. No estuvieron trabajando en busca de gran reputación o complacencia, ni para satisfacer su ambición profesional; todos estos incentivos se habían desvanecido.

La principal enfermedad que diezmó a las mujeres fue la disentería. A menudo, sus sueltas deposiciones caían en las literas de debajo de ellas. Otras enfermedades graves incluían tifus y fiebre tifoidea, así como péñfigo, que cubría el cuerpo de los pacientes con llagas y ampollas desagradables. La aparición de algunas de estas pústulas, algunas tan grandes como platos de comida, anunciaba la muerte. Hicimos todo lo posible para ocultar los casos de tifus al Lagerarzt (a saber, el médico jefe de SS) escribiendo en el registro médico de la paciente que estaba sufriendo de "gripe", porque los pacientes con tifus eran enviadas automáticamente al crematorio. En la práctica, nadie logró librarse de contraer el tifus, porque había tal masa de piojos en el campamento que era inevitable la infección.

No sería exagerado decir que alrededor del 20% de las pútridas y recocidas sopas que componían la dieta básica de las prisionera estaban compuestas de heces de rata.

Estas son las condiciones en las que trabajé día y noche durante dos años, sin nadie que me sustituyera . A veces, mi hija Sylwia me ayudaba, pero las enfermedades graves que eran su debilidad también la dejaban fuera de servicio la mayor parte del tiempo.

Las mujeres en trabajo de parto se colocaban sobre la chimenea para dar a luz. Asistí a más de 3 mil bebés. A pesar de la espantosa inmundicia, las alimañas y las ratas, a pesar de las enfermedades infecciosas, la falta de agua y otras cosas terribles e indescriptibles, algo extraordinario sucedió allí.



Un día, Lagerarzt me dijo que presentara un informe sobre las infecciones posparto y la tasa de mortalidad de las madres y los recién nacidos. Le dije que no había tenido ni una sola muerte de madre o recién nacido. Me miró con incredulidad y dijo que incluso los mejores hospitales universitarios alemanes no podían alardear de tal éxito. En sus ojos pude ver enojo y odio. Quizás los cuerpos extremadamente debilitados de mis pacientes eran un medio de cultivo demasiado pobre para que prosperasen las bacterias.

Una mujer a punto de dar a luz se veía obligada a renunciar a su ración de pan durante algún tiempo antes para cambiarla por una sábana (o como solían decir, "organizar una sábana"), que luego podría romper para hacer pañales. y ropa de bebé, porque por supuesto no había tales cosas en el campamento.

La sala no tenía agua, por lo que lavar los pañales era un gran problema, especialmente porque había una prohibición estricta de que las presas salieran del bloque y una restricción para trasladarse de un lugar a otro en el local. Las madres secaban los pañales sobre su espalda o en los muslos porque colgarlos donde pudieran verlos estaba estrictamente prohibido y castigado con la muerte.

La regla era que no había una ración de alimentos

para los bebés, ni siquiera una gota de leche. Los recién nacidos estaban irritados por los pechos de sus madres que se habían secado por inanición. La lactancia solo les frustraba y agravaba su hambre.

Hasta mayo de 1943, todos los niños nacidos en Auschwitz fueron asesinados de la manera más cruel: fueron ahogados en un barril de agua. Esto fue hecho por dos mujeres alemanas, Schwester Klara y Schwester Pfani. Schwester Klara era matrona de profesión, y la enviaron a Auschwitz por infanticidio. Cuando fui nombrada matrona le fue impuesta un mandato que le prohibía asistir en los partos porque era una *Berufsverbreherin* (a saber, que había cometido un delito profesional).

Ella fue nombrada para realizar un trabajo para el cual estaba mucho mejor preparada. Ella fue designada para un trabajo de gestión como *Blockälteste* (oficial superior de bloque). Le dieron una asistente, Schwester Pfani, una prostituta pelirroja pecosa. Cada nacimiento era seguido por un fuerte ruido de algo gorgoteante que provenía de la habitación de estas dos, y luego el sonido de agua salpicando, a veces durante un tiempo bastante largo. No mucho después, la madre podía ver el cuerpo de su bebé tirado frente al barracón siendo despedazado por las ratas.

En mayo de 1943, la situación cambió para algunos niños. Los rubios de ojos azules les eran arrebatados a sus madres y enviados a Naklo para ser germanizados. Cada vez que un transporte de bebés salía del bloque era acompañado por las madres que lloraban a gritos despidiéndose de sus recién nacidos.

Durante el tiempo que la madre tenía a su bebé con ella, el hecho mismo de la maternidad era un rayo de esperanza para ella, pero separarse del bebé era terrible.

Para asegurar una oportunidad de identificar a los niños secuestrados en algún momento en el futuro y devolvérselos a sus madres, ideé una forma de tatuar a los bebés que debían ser deportados. Lo hice de una manera que los hombres de las SS no lo notaron. Muchas madres se consolaban con la idea de que algún día encontraría a su hijo perdido.

Los niños judíos continuaban siendo ahogados. Esto era hecho con implacable crueldad. No había ninguna posibilidad de ocultar a un bebé judío o esconderlo entre niños no judíos. "Schwesters" Klara y Pfani se turnaban para vigilar a las mujeres judías en trabajo de parto, lo que hacía imposible mantener en secreto el nacimiento de un bebé judío. Tan pronto como nacía, se tatuaba con el número de prisionera de la madre, se ahogaba en el barril y se echaba fuera del bloque.

Los niños restantes sufrieron el peor destino: murieron lentamente de inanición. Su piel se volvía delgada y apergaminada, y a través de ella podían verse sus tendones, venas, arterias y huesos. Los bebés soviéticos sobrevivieron más tiempo; aproximadamente el 50% de las mujeres eran de la Unión Soviética.

De todas las tragedias que vi, tengo una que recuerdo más vívidamente: la historia de una mujer de Vilnius, enviada a Auschwitz por ayudar a los combatientes de la



Stanisława Leszczyńska

resistencia.

Tan pronto como dio a luz, fue llamada por su número (cuando los presos eran requeridos se les llamaba por su número de prisioneros). Fui a disculparla, pero eso no ayudó, solo enfureció al personal de las SS. Me di cuenta de que iba a ser enviada al crematorio. Envolvió a su bebé en una hoja de papel sucia y se lo apretó contra su pecho. Sus labios se movieron en silencio, tal vez estaba tratando de cantar una canción de cuna para su bebé, como hacían las madres a menudo para compensar el frío, el hambre y los tormentos que sus bebés tenían que sufrir. A la vilniense no le quedaban fuerzas para cantar, solo le salieron las lágrimas por debajo de los párpados y cayó sobre la cabeza del bebé condenado. Es difícil decir qué fue lo más trágico: la muerte simultánea de estos dos seres tan queridos entre sí, o la agonía de la madre al ver la muerte de su hijo.

Entre todos estos recuerdos espantosos hay un pensamiento que perdura en mi mente. Todos los bebés nacieron vivos. Todos querían vivir. Solo treinta sobrevivieron. Unos pocos cientos fueron enviados a Nakło para la germanización. Klara y Pfani ahogaron más de mil quinientos. Más de mil murieron de frío y hambre. Estas son cifras aproximadas, pero no incluyen el período hasta fines de abril de 1943. Contrario a todas las expectativas y a pesar de las condiciones extremadamente desfavorables, todos los bebés nacidos en el campo de concentración nacieron vivos y parecían saludables al nacer.

La naturaleza desafió el odio y el exterminio y obstinadamente luchó por sus derechos, aprovechando una reserva desconocida de vitalidad. "Si en mi patria, se generaran fuerzas dirigidas contra la vida de un niño, yo confío en que se alzaría la voz de todas las matronas, la voz de todos los padres y madres honestos, y la voz de todos los honorables ciudadanos, la voz que apoya la vida de

los niños. En el campo de concentración todos los niños, contra viento y marea, nacieron vivos, hermosos y gorditos. La Naturaleza, contra todo odio, luchaba por sus derechos con una fuerza de vida desconocida.

La naturaleza es una maestra para la matrona. Juntas luchan por la vida y juntas aprecian lo más hermoso de este mundo: la sonrisa de un niño."

Hasta el momento no he tenido la oportunidad de entregar el informe de una partera de Auschwitz. Presento ahora mi crónica en nombre de las madres y los niños: aquellos que no pudieron contarle al mundo sobre el mal que les hicieron.

Traducido por la AEM de la traducción inglesa del artículo original: Leszczyńska S.: Raport położnej z Oświęcimia. Przegląd Lekarski - Oświęcim, 1965.

Autora: Stanisława Leszczyńska, 1896-1974, matrona. Ex-prisionera del campo de concentración de Auschwitz-Birkenau nº 41335.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN PRACTICA DEL TRABAJO DE LA MATRONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA



FECHAS: días 10/11 y 14/15/16 de enero 2019

HORARIO: de 9:00 a 14:00h

LUGAR: COLEGIO DE ENFERMERIA

Aula C-01 del local de la c/ Cavanilles, 3. 28007 -Madrid

MATRICULA:

SOCIOS:..... 20 €

NO SOCIOS..... 70 €

EIR.....50 €

SOLICITUD en : matronas@asociacion-nacional.com

PAGO MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA:

BANKIA: ES29-2038-1015-94-6000817750

CONCEPTO: Curso actualización A.P.

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

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

PASOS.

- 1 Mail solicitando matricula: matronas@asociacion-nacional.com
- 2 Esperar respuesta. En caso ADMITIDA/O, proceder al pago y enviar resguardo
- 3 Presentarse en la oficina de la Asociación Española de Matronas a las 9:00h del día 9 de enero de 2019. Llevar una fotografía de carné para la ficha de alumnos.

PROGRAMA ➤

CURSO DE ACTUALIZACIÓN PRACTICA DEL TRABAJO DE LA MATRONAS EN A. PRIMARIA

Objetivo General: Actualizar, desde la perspectiva teórica y práctica, las intervenciones de la matrona en el ámbito de la Atención Primaria.

CONTENIDOS

- 1.- Introducción
- 2.- Cartera de Servicios
- 3.- Agenda de matrona
- 4.- Atención de la Matrona en la gestación
 - Captación
 - Seguimiento
 - Registro
- 5.- Atención de la Matrona en el puerperio
 - Visitas
 - Registro
- 6.- Atención de la Matrona al Recién Nacido
- 7.- Atención de la Matrona a la Lactancia Materna
Lactancia materna
IHAN. Acreditación de los Centros de Salud
- 8.- Atención de la Matrona a mujeres con problemas ginecológicos
 - Prevención Ca Cx y mama
 - ITS e infecciones genitales
 - Menopausia
 - Consulta ginecológica
 - Suelo pélvico
- 9.- El papel de la Matrona en Educación para la salud
 - Introducción
 - Registro
 - Programas educativos
- 10.- Los programas de educación para la Maternidad-Paternidad
 - Primer nivel, antes de las 28 semanas de gestación
 - Segundo nivel, después de las 28 semanas de gestación
 - Tercer nivel, Puerperio
- 11.- Principales programas de Educación para Salud de la Mujer y la Familia
- 12.- Principales Intervenciones comunitarias en el ámbito de la mujer.



CURSO-TALLER (2) DE ACTUALIZACIÓN EN SUTURA PERINEAL PARA MATRONAS

Fechas: primer trimestre 2019. Días 20 y 21 de febrero
 Día 20 CURSO I Horario: de 15:00 a 21:00h.
 Día 21 CURSO II Horario :de 9:00 a 15:00h.

Lugar: Madrid.
c/ Cavanilles, 3. 28007 -Madrid

Metro: Menéndez Pelayo

INSCRIPCIÓN Y PAGO SOLO EN: matronasenformación@gmail.com

ASOCIADOS: (Asociación Española, Aragonesa, Extremeña Gallega y Cantabria).....20 €
NO ASOCIADOS:..... 40 €
RESIDENTES:..... 30 €

FORMA DE INSCRIPCIÓN Y PAGO: CUANDO CONFIRMEN ADMISIÓN ENVIAR DATOS, LUGAR DE TRABAJO Y JUSTIFICANTE DE PAGO EN LA CUENTA QUE TE INDIQUEN A:
matronasenformación@gmail.com

Avalado por la Asociación Española de Matronas



CURSO-TALLER DE ACTUALIZACIÓN EN SUTURA PERINEAL PARA MATRONAS

OBJETIVOS

Actualizar los conocimientos teórico-prácticos sobre la sutura perineal habitual en el parto y manejo de los desgarros que afectan al esfínter anal.
Profundizar en las características del material de sutura. Análisis y elección del mismo.
Implementar en la práctica las técnicas de perineorrafia basadas en el mejor conocimiento disponible en la actualidad, así como la técnica del anudado correcto.

CONTENIDOS

- Breve recuerdo de la evolución de la sutura.
- Propiedades de A. Poliglicólico y Poligractina 910.
- Principios básicos de la perineorrafia.
- El proceso de cicatrización y reabsorción.
- Comportamiento de los diferentes tipos de sutura en el organismo.
- Análisis del material de sutura y los diversos tipos de agujas.
- Valoración crítica de las diferentes técnicas de sutura discontinua y continua.
- Técnicas de sutura más apropiadas. Reflexiones para la práctica cotidiana.
- Diagnóstico, clasificación y técnica de sutura en los desgarros perineales III/IV.
- Anudado correcto en adecuación a las características del material de sutura actual.

Taller teórico- práctico en la ejecución de sutura discontinua y continua:

punto simple, punto simple con nudo enterrado o invertido, punto simple intradérmico, colchonero vertical y horizontal, punto en X y punto en X invertido, end to end o termino-terminal, solapamiento o over lap.

Sutura continua bloqueante, sutura simple transdérmica e intradérmica.

Taller de ejercitación del anudado digital y con porta agujas.

METODOLOGÍA DOCENTE

Clase participativa apoyada en presentación audiovisual (vídeos de elaboración propia y múltiples imágenes). Los asistentes practican con porta agujas, pinza de disección y tijeras sobre material de esponja como simulador de piel perineal y tablilla de anudado (material aportado las profesoras) y muestras de suturas de diversos laboratorios.

PROFESORADO:

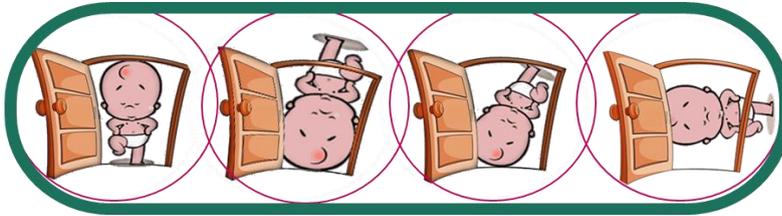
M^a Remedios Climent Navajas. MAIL: matronasenfomacion@gmail.com

Matrona asistencial en el Hospital General Universitario de Alicante.

Marta Benedí Caro

Matrona asistencial en el Hospital de la Marina Baja (Villajoyosa-Alicante)





CURSO DE ACTUALIZACIÓN : HABILIDADES DE LA MATRONA EN EL PARTO DISTÓCICO

Fechas: 3/4 y 9/10 de abril 2019 . Horario de 15:30 a 21:00h. DEFINITIVA

Carga lectiva: 20 horas (cuatro tardes)
Teóricas y prácticas con simuladores.
Cada alumna/o recibirá un libro de apuntes.

Profesora: Remedios Climent Navajas. Hospital General de Alicante

Lugar: Sede de la Asociación Española de Matronas.
[c/ Cavanilles, 3. 28007 –Madrid 28007 Madrid.](#)

Precios matricula:

- **Socios** de la Asociación Española de Matronas,
(Asociación Aragonesa, Asociación Extremeña,
Asociación Gallega y Asociación Cántabra de Matronas)..... 50 €
- **No socios**.....120 €
- **Residentes**..... 90 €

Matriculación:

1. Solicitar en: matronas@asociación-nacional.com
2. Esperar confirmación.
3. En caso de admisión, realizar el pago según las indicaciones.

Tendrán preferencia absoluta los socios.

Las fechas definitivas se publicaran en el siguiente numero de Infomatronas y en la pagina web de la AEM: <https://aesmatronas.com/>

CONTENIDOS ➤

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Actualizar a las Matronas asistentes en el conocimiento de la primera fase del parto basándonos en la última evidencia disponible (duración media del periodo de dilatación basándonos en las curvas de Zhang versus Friedman) y la conducción y cuidados del parto inducido: indicaciones, riesgos y tasas de cesárea por estacionamiento del mismo.
- Establecer los criterios de una dinámica adecuada para el progreso del parto, reconocer las alteraciones en la misma que pueden condicionar el fracaso de la inducción, así como los medios disponibles para minimizar el efecto de dichas alteraciones en la evolución del parto.
- Que los asistentes puedan valorar la imbricada relación entre los elementos del parto entre sí y advertir de cuál de ellos proviene la dificultad, que a su vez puede ocasionar alteraciones conjuntamente.
- Reconocer la importancia de la rutinaria valoración clínica de la pelvis y partes blandas del canal del parto y comprender la íntima relación existente entre malposiciones de la cabeza fetal y anomalías en la situación fetal en relación a alteraciones pélvicas.
- Aprender mediante la simulación a resolver la dificultad en la extracción de los hombros fetales y la verdadera distocia de hombros, basándonos en las últimas recomendaciones de realizar simulacros periódicos para todo el personal implicado.
- Conocer la situación actual del manejo del parto podálico, criterios actuales para la asistencia al parto de nalgas por vía vaginal y simulación de las maniobras de ayuda manual en el mismo.

CONTENIDOS

- BREVE RECUERDO DE LA NORMALIDAD EN EL MOTOR, OBJETO, CANAL, Y MECANISMO DEL PARTO
- VALORACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LA PELVIS
- SISTEMA DE TERCIOS Y QUINTOS VERSUS PLANOS DE HODGE
- ANOMALÍAS EN LA DINÁMICA UTERINA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- LA INDUCCIÓN DEL PARTO-MANEJO DE LA MATRONA-CONSEJOS PRÁCTICOS
- PRINCIPALES ANOMALÍAS EN EL CANAL BLANDO DEL PARTO QUE PUEDEN ALTERAR LA NORMAL EVOLUCIÓN DEL MISMO
- CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE PELVIS Y ADAPTACIÓN DE LA CABEZA FETAL A LAS MISMAS - MECANISMO DEL PARTO EN CADA UNA DE ELLAS
- DESPROPORCIÓN PÉLVICO CEFÁLICA –SIGNOS DE ALERTA-DIAGNÓSTICO



PARTO GEMELAR

- ESTÁTICA DE LOS GEMELOS AL INICIO DEL PARTO
- CONDUCTA OBSTÉTRICA Y ELECCIÓN DE LA VIA DEL PARTO
- ASISTENCIA AL PARTO GEMELAR POR VÍA VAGINAL

DISTOCIA DE HOMBROS

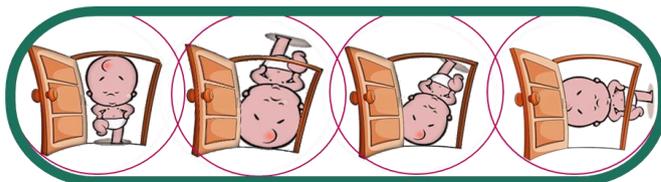
- DEFINICIÓN SEGÚN LOS DISTINTOS AUTORES. INCIDENCIA
- FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN SU APARICIÓN
- EXTRACCIÓN CORRECTA DEL FETO
- TIPOS DE DISTOCIA DE HOMBROS
- CONSECUENCIAS MATERNO FETALES
- MANIOBRAS PARA LA RESOLUCIÓN DE LA DIFICULTAD EN LA EXTRACCIÓN DE LOS HOMBROS O DISTOCIA MENOR
- MANIOBRAS DE ELECCIÓN EN LA DISTOCIA REAL

PRESENTACIÓN ANORMAL DEL OBJETO DE PARTO- EL PARTO PODÁLICO

- FACTORES MATERNOS Y FETALES
- MECANISMOS DEL PARTO DE NALGAS
- COMPLICACIONES EN SU EVOLUCIÓN
- ELECCIÓN DE LA VÍA DEL PARTO EN LA PRESENTACIÓN PODÁLICA- FACTORES A EVALUAR
- HISTORIA DE LA EVOLUCIÓN ASISTENCIAL EN EL PARTO PODÁLICO
- CRITERIOS OBSTÉTRICOS ACTUALES PARA EL INTENTO DE ASISTENCIA DE PARTO DE NALGAS A TÉRMINO POR VÍA VAGINAL

VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA.

- CUIDADOS Y ASISTENCIA AL PARTO DE NALGAS. -CONDUCTA EXPECTANTE PURA Y MANIOBRAS DE AYUDA MANUAL
- ALTERACIONES EN EL MECANISMO DEL PARTO: DEFLEXIONES



40 AÑOS 40 LOGROS



La Asociación Española de Matronas cumple 40 años desde su fundación.

Fue el inicio del asociacionismo de las matronas con objetivos muy claros: la defensa de los intereses de las matronas y la salud de las mujeres.

Durante todos estos años ha tenido que batallar y sufrir la falta de sensibilidad y la incompetencia de muchos ministros, subsecretarios, directores generales y subdirectores. Finalmente, algunas cuestiones se fueron resolviendo por imperativo legal (Directivas Europeas) y también, porque nunca abandonamos ninguna causa justa.

El trabajo de la Asociación Española de Matronas se fue canalizando con acciones concretas dirigidas hacia:

La sociedad: las mujeres, y sus familias, en el entorno de la salud sexual y reproductiva, a lo largo de toda su vida.

Las matronas: trabajando por los intereses de la profesión en la formación de las/os actuales y futuras/os matronas, la formación continuada de los titulados, la calidad de los cuidados, las políticas concernientes a la mujer y familia y a la propia profesión (laboral – económico), la divulgación de los avances en salud sexual y reproductiva, por la identidad y la autonomía de la profesión.

Otros profesionales: estableciendo relaciones de intercambio y colaboración mutua, basadas en el reconocimiento de la eficacia del trabajo en equipo multidisciplinar.

Relaciones internacionales: vinculación y colaboración con la Confederación Internacional de Matronas y, durante algunos años con la Asociación Europea de Matronas.

Las Administraciones: sentando las bases de reconocimiento como entidad de derecho representativo y consultivo en todo el territorio nacional. La vertebración del liderazgo: promoviendo y ayudando a la fundación de otras Asociaciones de carácter autonómico.

Las grandes empresas: para contar con su apoyo económico en áreas de formación continuada, creación de premios de investigación, congresos, participación en estudios de calidad de productos etc.

No hay ninguna duda del papel esencial que ha desempeñado para la profesión y es de justicia reconocerlo. Se podría escribir una larga crónica que recogiera todas las horas, los días, semanas y años dedicados a luchar por los intereses de una profesión que, en algún momento, estuvo en riesgo de quiebra por falta de recursos humanos pero lo vamos a sintetizar en 40 puntos.



40 ANIVERSARIO



Los objetivos de la Asociación Española de Matronas se han dinamizado y muchos alcanzado concretándose en más de 40 logros importantes para el colectivo de matronas y para las mujeres, a pesar de las limitaciones de las competencias de las asociaciones de carácter científico y sin ánimo de lucro se han venido creando comisiones para la defensa de otros aspectos, no científicos, del colectivo.

- 1) Mantener vivo el espíritu de identidad y el sentimiento de pertenencia entre el colectivo, materializando un proyecto de futuro.
- 2) Hacer presente y visible al colectivo de matronas frente a las Administraciones y otras profesiones en el ámbito sanitario y social.
- 3) El reingreso en la Confederación Internacional de Matronas de la que fuimos expulsadas, en base únicamente, a la pérdida de la autonomía colegial en el año 1978.
- 4) Mantener 1890 plazas de Atención Primaria de Matrona del extinto Insalud (antes de las transferencias a las CCAA) destinadas a desaparecer en el año 1983 y configurar las actividades de matrona en dicho ámbito, de acuerdo con el ordenamiento jurídico español y europeo.
- 5) La reapertura de la formación de Matronas tras innumerables gestiones ante todas las instancias posibles, (España y UE) con la creación de las Unidades Docentes de Matronas y el aseguramiento de la tutela de la formación de las futuras profesionales.
- 6) La edición de una revista "Matronas hoy", publicación científica destinada a la formación, actualización y estímulo al estudio en investigación del colectivo de matronas y posteriormente negoció con Ediciones Mayo para la creación de "Matronas profesión" gratuita para todas las matronas y con representatividad de todas las asociaciones en el Comité Científico.
- 7) La publicación de un "Manual de Procedimientos para Matronas" consenso revisado de actuaciones en pro de ofertar la más actual, continua, homogénea y eficiente prestación de servicios.





40 ANIVERSARIO



- 8) La edición de un libro de divulgación titulado "Los Consejos de tu Matrona" regalo a todas las gestantes a las que tenemos acceso en las consultas de embarazo y que, a día de hoy, tras más de 22 años de la implementación de esta iniciativa, su resultado es la de más de 5 millones de ejemplares repartidos entre las gestantes de todo el territorio nacional. desde 1995. Es la publicación educativa / informativa más leída a lo largo del embarazo.
- 9) Ser Órgano Consultivo para el Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de la Presidencia en todos los asuntos de ordenamiento jurídico relacionado con la salud de la mujer y la profesión de matrona.
- 10) Creación, promoción y participación en la edición de "Matronas profesión" junto con otras asociaciones, para asegurar una revista científica gratuita para todas las matronas de España.
- 11) Participación directa como parte de la organización del V Congreso Mundial de Perinatología (Barcelona, 2001); en preliminares, nuestra participación en el XXII Congreso Europeo de Medicina Perinatal (Granada 2010). Participación directa en el Congreso Mundial del Feto como Paciente" con todas las asociaciones mundiales de Obstetras.
- 12) Puesta en marcha de un plan de marketing o campaña de imagen cuyos objetivos son el conocimiento, fortalecimiento y promoción de la imagen de la matrona dentro de la sociedad, presentando el perfil positivo de estos profesionales de alto nivel y sólida formación que, de manera clara y eficaz, pueden responder a las exigencias sociales en materia sanitaria. Marzo de 2004 fue la fecha de lanzamiento de esta campaña cuyo soporte divulgativo consistió en la edición de un tríptico, distribuido en 5000 farmacias de toda España con una información comprensible y precisa sobre la figura de la matrona. Posteriormente también se ha organizado otra campaña dirigida a mujeres menopaúsicas en el marco de Palacio de Congresos de Madrid, mediante documentación informativa y atención directa de matronas en un stand, con resultados extraordinarios.
- 13) Organización de más de 80 cursos de convocatoria nacional. (Menopausia, recuperación de suelo pélvico, digitopuntura, auto-conocimiento, programación neurolingüística, interpretación de RCTG, suturas y anudados, ecografías, etc)
- 14) Organización de la celebración local de 28 ediciones del día de la Patrona de carácter científico y lúdico.



40 ANIVERSARIO



- 15) Organización de 19 congresos nacionales, 8 jornadas científicas nacionales y 3 Seminarios Internacionales en pro de la defensa del parto de baja intervención.
- 16) Puesta en marcha de una (importante) macro encuesta sobre la salud de las matronas de hospitales que fue presentada en el X Congreso Nacional y que se edita bajo el título: "Informe Lucina: la salud de las matronas". En la actualidad se está procesando una encuesta socio-profesional de matronas en atención primaria.
- 17) La Asociación ha presidido, en varios mandatos la Comisión Nacional de la Especialidad y sigue trabajando en ella.
- 18) Convocatorias consultivas (líderes, profesoras, asociaciones etc.) para el diseño del futuro de la titulación de las matronas, junto a otras asociaciones (Libro blanco).
- 19) La Asociación ha sido anfitriona de 3 reuniones del Consejo internacional de Matronas ICM y de la Asociación Europea de Matronas (EMA).
- 20) Creación de 2 logotipos nuevos para elementos de divulgación que expresan visualmente el ámbito de actuación de la matrona: a lo largo de toda la vida de la mujer.
- 21) La Asociación ha sido pionera en proporcionar cursos de Terapia craneo-sacral (Osteopatía) al colectivo de asociadas desde hace 15 años al entender éstos conocimientos como herramientas magnificas en manos de las matronas.
- 22) La Asociación logra convocar un foro de obstetras y matronas que desvelan los errores de la obstetricia intervencionista que se realiza en España, en ese momento, denominado "Seminario Internacional Complutense" (2005) cuyo fruto visible fue "La Carta de Madrid", como primer documento de compromiso profesional acorde con las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento. Posteriormente, se estableció un consenso con la SEGO en su propuesta de 2007 para la desmedicalización de los partos de bajo riesgo. Finalmente, la Asociación ha trabajado con el Ministerio de Sanidad en el documento de Estrategia de atención del parto normal (2007), de Estándares para las Unidades Obstétricas y continúa formando parte del grupo técnico para mejora y revisión de los documentos anteriores
- 23) Participación, como invitada, en casi todos los foros médicos y de la Administración de debate sobre la salud se la mujer organizado por medios de comunicación o profesionales de la salud. Alguno de los foros médicos solicitaron los auspicios de la Asociación.



40 ANIVERSARIO



- 24) La Asociación forma parte y ha sido socio fundador de la Plataforma Pro-lactancia Materna (IHAN) y del Club de Salud de la Mujer.
- 25) La Asociación Española de Matronas ha promovido y ayudado a la fundación de muchas de las asociaciones autonómicas de matronas con el fin de vertebrar el liderazgo ante el panorama político. Al mismo tiempo ha favorecido la transferencia de muchas asociadas nacionales hacia las correspondientes autonómicas. De hecho muchas de estas organizaciones mantienen un vínculo formal con la Asociación Española participando con el 20% de sus cuotas y manteniendo derechos como socios directos. La Asociación Española tiene socios directos en todo el territorio nacional y representación ante todas las Administraciones del Estado Español.
- 26) La Asociación trabaja con el Ministerio de Sanidad en todos los documentos recientes de recomendaciones en el entorno del parto, sexualidad y otras comisiones o grupos de expertos.
- 27) La Asociación Española de Matronas ha sido promotora, coordinadora y editora del único y exclusivo Código Deontológico de las matronas españolas
- 28).La Asociación Española de Matronas reclama, desde 1995 el desarrollo total de las competencias previstas con el modelo formativo actual y en la Directiva 36/2005 CEE que refunde las Directivas 154 y 155/80. Desde 2005 remitiendo a cada nuevo Ministro de Sanidad las propuestas para el desarrollo pleno de las competencias de las matronas. También se han mantenido diversas reuniones en el mencionado Ministerio con estas propuestas.
- 29) La Asociación Española de Matronas, entre sus fines, siempre ha considerado prioritario la formación continuada para el colectivo y destina presupuestos importantes para financiar un Programa de Formación Continuada de sus asociados.
- 30) Creación de un premio a la investigación para matronas Premio "Maribel Bayón" en homenaje a una de las matronas más luchadoras de las últimas décadas, con una dotación de 3.000 €.
- 31) Creación de un premio de reconocimiento a la labor personal de las matronas denominado "Matrona del año".





40 ANIVERSARIO



- 32) Creación del Premio Nuk con Boehringer que, en la actualidad gestiona otra asociación.
- 33) Celebración de varias Jornadas de Puertas abiertas con gestantes y familia con fines informativos y educativos.
- 34) Atención de más de mil consultas de matronas y gestantes.
- 35) Creación de un premio sobre trabajos lactancia materna que se entrega en cada Congreso Nacional de la IHAN.
- 36) Creación y edición del "Decálogo de la buena matrona".
- 37) Creación y edición de una colección facsímil de los libros antiguos más importantes de la Obstetricia.
- 38) Creación del nombramiento "Matrona Honorífica" a personas, no matronas, que han destacado por su trabajo en temas relacionados con la profesión de matrona. El primer nombramiento se otorgó al antropólogo Juan Luis Arsuaga por su publicación "El primer viaje de nuestra vida"
- 39) Interposición de Recurso Contencioso Administrativo a la Orden Ministerial que regula la especialidad de Enfermería Comunitaria y Familia, porque solapaba las competencias propias de las matronas.
- 40) Recientemente se ha creado una nueva publicación de carácter informativo/divulgativo "on line" INFOMATRONAS que con una periodicidad mensual llega a más de 4500 matronas.

