



INFORM Matronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ABRIL 2019 N.º 35

COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN QUE
 NOTICIAS INFORMACION
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO COMPARTIMOS
 DICEN QUE CUENTAN QUE NOTICIAS BREVES
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 PASANDO NOTICIA BREVES DICEN QUE
 CUENTAN QUE COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 NOTICIAS INFORMACION NOTICIAS BREVES
 ESTÁ PASANDO QUE CUEN
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
 NOTICIAS BREVES NOTICIAS
 HEMOS LEIDO CUEN
 DICEN QUE COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ
 INFORMACION COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
 PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN QUE
 CUENTAN QUE COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN
 QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE
 QUE NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO
 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
Lucia Moya Ruiz

En éste número...

ESPECIAL I:

- LA PLACENTA, ¿PROPIEDAD DE QUIÉN?

ESPECIAL II:

- CARTA DE LA PRESIDENTA DE LA ICM

HEMOS LEÍDO QUE:

- LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ CONSIDERA CLAVE EL TRABAJO EN CONJUNTO
- LOS PARTOS EN CASA COMPORTAN TRES VECES MÁS RIESGOS
- LA VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO
- EL CONSUMO DE BEBIDAS LIGHT PUEDE AUMENTAR EL RIESGO DE INFARTO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS

MUY INTERESANTE:

- LA AUSENCIA DE CABLES FACILITARA EL MANEJO DE LOS BEBÉS Y CONFORT EN LAS INCUBADORAS
- CONGRESO ISA 2019 MADRID

BREVES

- CONGRESO INTERNACIONAL SEPTIEMBRE DE 2019. WINDHOEK, NAMIBIA (ICM)
- CONGRESO HONG KON 2019
- NOTICIAS DE SIMAES

BUENAS NOTICIAS:

- CONSTITUIDO EL GRUPO DE TRABAJO DE NURSING NOW EN LA COMUNITAT VALENCIANA
- SE REACTIVA EL TRABAJO DEL COMITÉ TÉCNICO DE LA ESTRATEGIA EN SALUD REPRODUCTIVA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
- RESUMEN DE LA "TROBADA" DE LA ASOCIACIÓN DE COMARES VALENCIANA
- UN GINECOLOGO RECONOCE AL EQUIPO DE MATRONAS CON UN POEMA
- III CONCURSO DE CARTELES "CONGRESOS FEDALMA PRO LACTANCIA MATERNA"
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM
- PREMIOS MARIBEL BAYÓN.

PERLAS JURÍDICAS:

- LA SALA PRIMERA DEL TRIBUNAL SUPREMO ADMITE UN RECURSO DE CASACIÓN INTERPUESTO POR UNA DIPLOMADA DE ENFERMERIA PARA ACCEDER A TITULACIÓN POSTGRADO

LECTURA RECOMENDADA:

- SEMMELWEIS

AGENDA A.E.M.

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

40 ANIVERSARIO A.E.M.



LA PLACENTA, ¿PROPIEDAD DE QUIÉN?

En nuestra profesión, día a día, nos enfrentamos a grandes retos, ser cada día mejores personas y excelentes profesionales, pero también es cierto, que nos encontramos con dilemas, unas veces éticos y otras técnicos. Cuando nos encontramos con situaciones, que por desconocidas, nos resultan sorprendentes y difíciles de saber que hacer o cual es la opción más correcta, no sé a vosotras y vosotros, pero a mí, me genera curiosidad y ganas de aprender a resolverlas.

En este artículo, lejos de ser como los anteriores, quiero abordar un tema que por curioso e inusual, ocurrido en mí puesto de trabajo un día de guardia y que hizo plantearme una serie de preguntas y posterior investigación documental.

PLANTEAMIENTO DEL CASO:

Mujer de 34 años, que acude a control de monitorización fetal, en la semana 39+5 de su primera gestación. El embarazo ha cursado fisiológicamente (riesgo 0), ha cumplimentado su plan de parto porque en principio no desea analgesia epidural y que curse lo más fisiológico posible. Me plantea si se puede llevar la placenta una vez finalice su parto, porque la quiere enterrar al lado de un árbol en su jardín. Y aquí comienzan las dudas, por lo menos para mí.

Es posible que muchas/os de vosotras/os tengáis una respuesta clara, hubierais dicho que no es posible y ya está, pero mi planteamiento es, ¿de quién es la placenta? ¿Cómo debemos de tratarla? ¿Residuo orgánico desechable o parte de la madre y el feto?

PLANTEAMIENTO CULTURAL Y ÉTICO-LEGAL

Abordaré el tema desde diferentes ángulos intentando llegar a alguna respuesta que nos pueda ayudar en el planteamiento del problema.

Aspecto socio. Cultural

Según la asociación “El parto es nuestro”, la placenta es de la madre y sobre todo del niño/a que acaba de nacer y por lo tanto tiene derecho a decidir qué hacer con ella. Abogan por la influencia de diferentes culturas al uso que se le da.

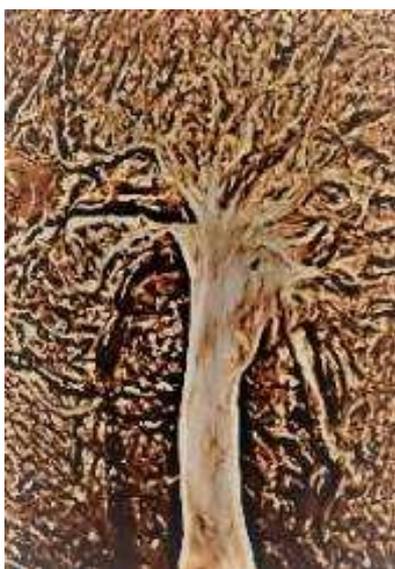


En algunos países africanos, las entierran todas en un mismo lugar, casi sagrado para ellas.

Hasta no hace demasiados años, en nuestro medio hospitalario, se conservaban para uso en cosmética pero actualmente se desechan en contenedores especiales (negros) para darles el tratamiento de cualquier residuo sólido quirúrgico, generalmente la incineración, provenientes de partes del cuerpo (vísceras, órganos, miembros amputados..) y que también se llaman *anatomopatológicos* (1) de categoría IV en la clasificación general de residuos hospitalarios.



Para otra autora, L. Rovarti (2) la placenta es mucho más que un órgano, es la conexión vital entre la madre y el niño/a, es un símbolo de vida. La profesora Van Bogaert (3), identificó que los mitos y las tradiciones entorno a la fertilidad femenina y al tratamiento de la placenta y del cordón umbilical continúan siendo una característica particular de numerosas sociedades, entre otras: la Maori, Navajo, Luo, Thai y Kikuyu.



Aspectos ético-legales

El hecho de que en algunos centros hospitalarios (4) se siga vendiendo a empresas farmacéuticas, podría contravenir el "Convenio de Oviedo" (4) ya que *"El cuerpo humano y sus partes, como tales, no pueden ser objeto de lucro"*, máxime si hay desconocimiento y por lo tanto, no existe un consentimiento expreso para dicho uso.

En algunos países como Alemania, la legislación no hace distinción entre fluidos corporales como la sangre, la orina, el semen o materiales corporales como el cordón umbilical, la placenta, los huesos y los órganos. Y establece, que el consentimiento no es único, por lo que, para poder realizar cualquier tipo de investigación sobre los tejidos humanos, el consentimiento debe de ir más allá de la mera autorización para la intervención quirúrgica debiendo de existir una expresa autorización del paciente para posibilitar la investigación de los tejidos intervenidos.

Las controversias que se puedan suscitar con respecto al dominio de la placenta se complican con la conocida prohibición del lucro sobre el cuerpo humano y sus partes y el tupido velo que se cierne en torno a la utilización de la placenta en la elaboración de productos cosméticos. (5)

Según De Lorenzo, (6) en derecho civil, la propiedad de las partes separadas debe de corresponder inmediatamente al ser corpóreo que sufrió la separación, pasando así, *"de un derecho personalísimo a uno de dominio sin solución de continuidad"*.

Según este mismo autor, *"las sustancias de origen humano, jamás se "deshumanizan" totalmente"*, razón por la que, frente a la vaguedad de un texto legislativo, es imprescindible realizar una interpretación garantista con la excepción de constatarse un peligro para la salud pública, en cuyo caso se siguen los protocolos para la prevención de riesgos biológicos.

Pero curiosamente tenemos un precedente legal español, en 2016, un juzgado de lo contencioso de Madrid falló sobre un asunto concerniente a la bioética y el respeto de los derechos fundamentales de la persona. Un caso parecido o, casi igual, al planteado por mi anteriormente: Una disputa surgida de la negativa de la administración pública sanitaria de la Comunidad de Madrid de entregar, a una madre y a su neonato, la placenta de ambos, por ser el objetivo de aquella familia poder enterrarla junto a un árbol como forma de agradecer a la Pachamama el nuevo alumbramiento. En el primer hijo por cuestiones burocráticas y de complicaciones en el parto habían desistido, pero en este segundo y para evitar que se les negase o se les diera largas por la "no existencia" de un protocolo para ello, la pareja acudió al juzgado días antes del alumbramiento y solicitaron en el Juzgado de guardia la toma de medidas cautelares para asegurar el libre ejercicio de su derecho a la libertad de conciencia y religión. Analizada la denuncia por el Juzgado de instrucción núm. 40 de Madrid, este, no se consideró competente para la adopción de medida cautelar alguna por considerar ser una materia de la jurisdicción contencioso-administrativa. ➤



Por circunstancias, y dado la inminencia del parto, el caso fue a parar al Juzgado de instrucción núm. 46 de Madrid que esta vez consideró que la placenta, «podría calificarse como resto biológico sometido a las normas sanitarias aplicables al caso», rechazando la toma de medidas cautelares. Pero una vez más no se tomaron las medidas para evitar la destrucción de la placenta por el Juzgado de lo contencioso administrativo núm. 18 de Madrid, al considerar que la placenta quedaba sujeta al Decreto 124/1997, de 9 de octubre, de Sanidad Mortuoria de la Comunidad de Madrid, sin *“excluir la posibilidad de llevar a cabo un enterramiento en lugar autorizado pero siempre con el cumplimiento [...] del Decreto 124/1997, de 9 de octubre que habrá de velar por la concurrencia de las condiciones adecuadas de carácter higiénico-sanitario”*.

Llegado el momento del parto, se avisó al hospital para que no se destruyese la placenta quien consideró y tal como he mencionado antes, que era un residuo biosanitario Clase IV por constituir un resto humano de entidad suficiente, citando el artículo 3 del Decreto 83/1999, de 3 de junio, de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid que no menciona expresamente la placenta.



En el mismo documento, refiriendo también el Decreto de Sanidad Mortuoria, se admitía proceder a entregar la placenta que habían congelado en el hospital a través de una empresa funeraria autorizada, condicionando su destino a cualquiera de los establecidos en el artículo 4 del mencionado Decreto: enterramiento en lugar autorizado, incineración o cremación o utilización para fines científicos o de enseñanza. Todo ello sin considerar que el propio artículo 3 b), del indicado Decreto de

83/1999, de 3 de junio (de gestión de los residuos biosanitarios), refiere a la catalogación de un Anexo I en el que se contemplan los productos de la concepción como tipo de residuo biosanitario de Clase III. Tras varias trabas legales referentes al consentimiento para la donación, traslado, enterramiento, etc. basadas en diferentes normativas, por fin se emite fallo en la sentencia 26/16 de 1 de febrero de 2016 que ayudado por la exposición de lo que ocurre cuando se producen los partos extra hospitalarios, y se argumenta el agravio en el procedimiento en función del lugar del parto pero fue desestimado. También hubo mucha confusión por no tener claro donde clasificar a la placenta, así como la Dirección General lo contempla como Clase IV, la defensa de la administración sanitaria argumentó que se podía considerar residuo biosanitario Clase III, articulado en el número 3. 1 c), del Decreto 83/1999, al anexarlo por analogía como residuo anatómico humano de pequeña entidad; pero nunca llegó a clasificarlo como Clase II, esto es, asimilable a urbano.

Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, BOE, núm. 159, de 4 de julio de 2007, Artículo 29, p. 28836. En el fallo de la Sentencia, el juez consideró que, al no oponerse el Hospital a la entrega de la placenta, este cumpliría con los deseos de los demandantes. Y con aquel razonamiento, llegó a afirmar que, *“al margen de la consideración jurídica de si la placenta puede considerarse un residuo sanitario o un resto humano Lo que la Administración demandada ha hecho no es negarse a la entrega de la placenta de la madre, sino a la forma y al destino que pretendían los recurrentes (presumiblemente al margen de las previsiones fijadas en la normativa correspondiente al no indicarse nada al respecto)”*, es decir no existe jurisprudencia al respecto y solo se pudo ganar porque aquel asunto estaba basado principalmente en una vulneración del derecho a la libertad religiosa, ideológica y de culto del artículo 16 de la Constitución Española (CE).





Dada la crisis jurídica ocasionada por no haber precedentes concretos al respecto, el mismo juez expuso: *“Lo que no es admisible en nuestro actual marco jurídico es [...] que cualquier persona pueda disponer de sus muestras biológicas a voluntad, sino sólo dentro de los estrictos límites fijados por las leyes sobre donación y utilización de órganos, tejidos o células humanas con fines terapéuticos o de investigación, sin que esta situación pueda considerarse que vulnera los derechos fundamentales”* pero tras varias peripecias jurídicas, el TSJ advirtió que la placenta técnicamente es considerada un residuo sanitario y, como tal, únicamente podría ser entregada a un gestor de residuos; razón por la que la sentencia en primera instancia *“debió simplemente expresar que la actuación administrativa no vulneró los derechos o libertades por razón de los cuales el recurso se formuló”*.

CONCLUSIONES



Según todo lo anteriormente expuesto y dado la inexistencia de una norma legal nacional o internacional que interfiera para que la placenta pueda ser inhumada junto a un árbol, y en base a ideas o creencias ideológico-religiosas debe respetarse este derecho, pero el TC advierte, siempre y cuando *“no hay afección a la seguridad o de la moral pública. Y tampoco la hay en cuanto a la salud, ya que, de los textos internacionales, que sirven de pauta para la interpretación de nuestras normas (art. 10.2 CE), se refieren en los preceptos citados a la salud pública, entendida con referencia a los riesgos para la salud en general”*.

Pero la cuestión de la placenta, va más allá del propio ejercicio de la libertad de decisión e ideológica. Del mismo modo que en los supuestos de donación del cordón umbilical del neonato es preceptivo el consentimiento, en el caso de la placenta, por pertenecer de forma solidaria tanto a la madre como al neonato, sería necesario el consentimiento de ambos progenitores. Y en su defecto, exponerlo en el plan de parto y comunicarlo para su registro en el hospital de manera que no haya desconocimiento por parte de los profesionales que atiendan el parto de ni ningún tipo de riesgo para la salud pública.

Espero haber arrojado un poco más de luz pero de no ser así, os invito a seguir investigando, la curiosidad en este caso, no mata al curioso, al contrario, incrementa su bagaje profesional y como decía el gran Azorín: *“La vejez es la pérdida de la curiosidad”*.

M^a Isabel Castelló López
Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

REFERENCIAS:

1. Tipos de residuos hospitalarios; forma de eliminación de los residuos hospitalarios. Ibañez Martí (2010)
2. L. ROVARTI www.bebesymas.com
3. VAN BOGAERT, D., «Ethics and the law relating post-birth rituals», South African Family Practice, Vol. 55 num. 1, pp. 12-13.
4. <https://www.expreso.ec/historico/la-placenta-se-guarda-en-un-banco-para-curar-quemaduras>
5. <http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>
6. DE LORENZO, M. F., «El cuerpo humano que se vuelve cosa, cosas que se vuelven cuerpo humano», La Ley, núm. 39, Buenos Aires, 2010, p. 2
7. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, BOE, núm. 159, de 4 de julio de 2007, Artículo 29, p. 28836.
8. MARCOS DEL CANO, A. M., «La investigación clínica: potencialidades y riesgos», en Junquera de Estéfani, R. (Direc.), Bioética y Bioderecho. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos, Editorial Comares, Granada, 2008, p. 41.
9. STC 154/2002, de 18 de julio de 2002

CARTA DE LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS CON MOTIVO DEL DIA INTERNACIONAL DE LAS MATRONAS



FRANCA CADEE PRESIDENTA ICM

Queridas Matrones y Matrones:

La Confederación Internacional de Matronas ICM se emociona al anunciar que nuestro lema para el Día Internacional de la Matrona y el Matrón que se celebrará el 5 de mayo de 2019 (DIM) será: “Matrones y Matrones: Defensores de los derechos de la mujer”. Esperamos poder unirnos a todos ustedes para celebrar y abogar por las muchas formas en que las parteras defienden, protegen y defienden los derechos de las mujeres, las niñas, matronas y matrones en todo el mundo.

El lema de este año resuena, el lema resuena con la segunda de las tres Direcciones Estratégicas de ICM, (Calidad, Equidad y Liderazgo) establecidas en la Estrategia 2017-2020. “Matrones y Matrones: Defensores de los Derechos de la Mujer”, fundamental para destacar el papel vital que desempeñan las matronas y matrones en la protección de los derechos de las mujeres, las niñas, las matronas y matrones, asegurando que puedan ejercer plenamente sus derechos humanos, en particular sus derechos en materia de salud reproductiva y sexual en sus comunidades y países de práctica. Estamos en una época en la que los derechos de las mujeres y las niñas están siendo amenazados en todo el mundo. En 2017 se restableció la Ley Mordaza Global y en 2018 varias naciones implementaron políticas que dismantelan directamente los derechos humanos y la dignidad de las mujeres y las niñas. Este cambio negativo en el tono político global ha socavado el trabajo de muchas personas y organizaciones que han estado defendiendo y luchando por la igualdad de género durante décadas.

¡Pero no nos rendiremos! Estos cambios han provocado que millones de mujeres, niñas, hombres y niños se pongan de pie y defiendan los derechos de las mujeres y las niñas en todo el mundo. Es así como hoy más mujeres se postulan para cargos políticos que en cualquier otro momento de la historia; recientemente, África lidera el camino junto con Etiopía inaugurando el gabinete más equilibrado en materia de género del mundo y en Somalia se ha prohibido la mutilación genital femenina (MGF). Islandia ha declarado ilegal la diferencia de salarios entre hombres y mujeres. América Latina es líder mundial en puestos locales y parlamentarios ocupados por mujeres y Bangladesh está avanzando en el aumento del liderazgo femenino en puestos directivos, altos cargos y legisladores. Las mujeres latinoamericanas protestan y se levantan contra la violencia de género. ¡Hay mucho que celebrar!





Continuando con este espíritu, para el DIM queremos resaltar la labor de las matronas y matrones que luchan contra el patriarcado en países, instalaciones y comunidades de todo el mundo, las matronas y matrones que forman parte de cada comunidad y barrio, y que han hecho disminuir la desigualdad. Aquellos y aquellas que defienden el derecho de las mujeres al ofrecer una atención materna respetuosa, aquellos y aquellas que ofrecen anticonceptivos a pesar de que sus sociedades se niegan a hacerlo y que apoyan a mujeres embarazadas que sufren abusos y no pueden regresar a sus hogares, las y los que dicen no a la MGF y que han responsabilizado a los perpetradores de violación y violencia, a pesar del miedo a las consecuencias; hoy realzamos las matronas y matrones que siguen llevando la antorcha de la igualdad de género y defienden a las mujeres y las niñas.

El DIM no solo se trata de las matronas y los matrones que son defensores, también es una oportunidad para destacar el derecho de las matronas y matrones a ejercer en un entorno seguro y propicio. Hemos oído hablar de terribles incidentes en México y Nigeria, donde matronas han sido secuestradas y asesinadas en su camino al trabajo, siendo estos solo un par de casos que han captado la atención de los medios de comunicación internacionales. El abuso y la intimidación de matronas y matrones por parte de colegas, se presenta normalmente en el entorno laboral y se atropellan a quienes se oponen a este tipo de comportamientos. Hay muchas más historias de abuso que no se escuchan ni se abordan. Las matronas y matrones deben estar libres de cualquier daño al momento de ir a trabajar, en el trabajo y en sus hogares.

Queremos agradecerles y celebrar con ustedes, las matronas y matrones que continúan luchando, protegiendo y defendiendo los derechos de las mujeres, las niñas, las matronas y matrones de todo el mundo, sin importar las circunstancias y consecuencias ¡Mil gracias! Pronto nos veremos y juntos festejaremos los frutos de su trabajo.

*Franca Cadée
Presidenta ICM*

LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ CONSIDERA CLAVE EL TRABAJO EN CONJUNTO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Para un correcto seguimiento de la salud de la mujer, el trabajo conjunto de los equipos de Atención Primaria y de los especialistas en Ginecología y Obstetricia es clave. Por ello, el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz organiza cada año una jornada de actualización en ambas especialidades dirigida a médicos de AP. Este año ha alcanzado su tercera edición.

Los profesionales de Atención Primaria están al día en los avances en Obstetricia y Ginecología

Como explica el Dr. Manuel Albi, jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la FJD y miembro del Comité Científico organizador de la jornada, *“los profesionales de Atención Primaria están muy al día de los avances en nuestra especialidad. De hecho, sin un trabajo conjunto y en la misma dirección, no podríamos ofrecer la mejor asistencia”*. En ese sentido, *“siempre es deseable poder compartir y actualizar conocimientos en esos temas que son comunes a ambos niveles asistenciales, como el control del embarazo o la anticoncepción”*, añade.

Entre los aspectos a reforzar entre Primaria y

Especializada en el ámbito de la Obstetricia *“debemos seguir trabajando en seleccionar a las gestantes de riesgo de forma precoz para tener capacidad de dirigir sobre ellas acciones preventivas, así como en continuar los cuidados más allá del alta tras el parto”*. Así lo explicaron los doctores Altagracia Mayas y Miguel Álvaro, especialistas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital madrileño al revisar los factores pregestacionales disponentes de preeclampsia y el programa de cribado al respecto que existe en el centro hospitalario. Además de M^a Dolores Noceco, matrona del Centro de Salud de Legazpi, quien amplió el enfoque de la atención al embarazo al llamado cuarto trimestre de este.

Durante la jornada en la Fundación Jiménez Díaz se actualizaron a los profesionales de Atención Primaria en los tests genéticos para el cribado de portadores de enfermedades hereditarias.

Las doctoras Ana Bustamante e Isabel Lorda, del Servicio de Genética de la Fundación Jiménez Díaz, actualizaron a los profesionales de Atención Primaria en los tests genéticos para el cribado de portadores de enfermedades hereditarias. De esta forma dieron

respuesta a preguntas de “cómo, a quién y cuándo realizarse” ya que, como señala el Dr. Albi, “solo se deben solicitar si un especialista en Genética así lo considera”.

El jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital, el Dr. Javier Plaza, habló de la microbiota, la inflamación y la prematuridad. El Dr. Rodrigo Orozco, del mismo servicio explicó cómo es la cesárea pro-vínculo en la Fundación Jiménez Díaz. El Dr. Manuel Duarez, habló del programa de alta precoz después del parto.

En Ginecología es clave la participación de la Atención Primaria para seguir algunos tipos de cáncer

En Ginecología, el jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Fundación Jiménez Díaz calificó de “fundamental la participación de la Atención Primaria en el seguimiento de algunos tipos de cáncer”.

El Dr. Óscar Gómez, subdirector de Continuidad Asistencial del hospital, explicó que ambos niveles asistenciales cuentan con un protocolo de actuación conjunto para el seguimiento a largo plazo de las mujeres con cáncer de mama de tipo luminal sin afectación axilar. “Este protocolo contempla una visita anual en Atención Primaria a partir del quinto año”, indica el Dr. Albi.

En cuanto a otro tipo de neoplasias ginecológicas, el Dr. Jesús Utrilla, especialista de Ginecología y Obstetricia en la FJD, revisó la situación actual del cáncer de ovario en España. La Dra. Isabel Ferreira, se centró en el cáncer de cérvix y los cambios que conlleva su cribado. También en los avances registrados en las vacunas profilácticas frente al virus del papiloma humano.

El uso de probióticos en Ginecología, destinados a mujeres con infecciones de repetición, lo explicó la Dra. Victoria de Diego. La relación entre el estilo de vida y la salud en el climaterio y la menopausia, analizada por la Dra. María Viñal, médico del Centro



Hospital “La Concepción “. Madrid

de Salud de Lavapiés y los beneficios de los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC). “Su tasa de abandono es muy baja en comparación con los anticonceptivos convencionales”, concluye el Dr. Albi. ■

Fuente: Redacción Médica

LOS PARTOS EN CASA COMPORTAN TRES VECES MÁS RIESGOS QUE LOS HOSPITALARIOS



Las mujeres que dan a luz fuera del hospital tienen tres veces más probabilidades de desarrollar complicaciones y de mortalidad perinatal que aquellas que lo hacen en un hospital, según un estudio de la [Ben-Gurion University del Negev](#) y el [Soroka Medical Center](#) (Israel).

La investigación, presentada durante el 39º Congreso Anual de la [Society for Maternal-Fetal Medicine](#) (Estados Unidos), estudió los partos de 3.580 mujeres que dieron a luz en casa o fuera del hospital y 240.000 nacimientos producidos en el Soroka Medical Center entre 1991 y 2014.

En concreto, "aproximadamente 15 de cada 1.000 niños nacidos en entornos no hospitalarios estuvieron en riesgo de muerte, comparados con únicamente 5 de cada 1.000 nacidos en un hospital", explicó el jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Soroka, Eyal Sheiner.

En cuanto a la mortalidad infantil, los investigadores consideraron variables como la salud preexistente de la madre, la edad, los hábitos de estilo de vida, como fumar, y el origen étnico y la ocurrencia de un niño nacido muerto fue significativa, según el estudio, con un riesgo 2,6 veces mayor comparado con las madres que dieron a luz en hospitales.

A juicio de Sheiner, "no hay duda de que un hospital proporciona el entorno más seguro para dar a luz, tanto para las madres como para sus bebés. Incluso con los avances en la medicina moderna, un nacimiento es traumático para madre y niño y es crítico estar preparado para cualquier escenario".

"El seguimiento del progreso de la madre y el niño, y los signos vitales en tiempo real, así como el acceso inmediato a tratamientos de emergencia o quirófanos da al equipo médico una mejor oportunidad para enfrentar de manera efectiva una situación difícil en un parto", añadió Sheiner.

"Hubo un tiempo en el que la diferencia entre dar a luz en casa o en un hospital era menos importante porque nuestros ancestros tenían un entendimiento limitado de la medicina, pero hoy sí que hay diferencia", concluyó. ■

Fuente : noticias médicas

LA VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Noelia Rodríguez, profesora en la **Universidad Cardenal Herrera**, ha publicado recientemente el resultado de una investigación donde se ha establecido la importancia de las **vacunas como potente medio para lograr más salud** en el binomio madre-hijo.



Las conclusiones del trabajo emanan de la tesis titulada «Maternidad y vacunas: análisis de la aceptabilidad y cobertura vacunal para gripe y tos ferina en gestantes de dos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana durante la temporada 2015-2016» y en ella se pone de manifiesto la **importancia de la prevención** dentro del desarrollo de las competencias de las enfermeras.

«Yo, como matrona, y tras la experiencia con la gestación, era consciente del trabajo de **comunicación efectiva** con las usuarias que se debe realizar para lograr cualquier objetivo», explica. En este sentido, en su investigación, Noelia Rodríguez destaca que para mejorar las coberturas de la vacunación en el caso de la **gripe** se precisa aumentar el conocimiento entre las mujeres acerca de la seguridad y eficacia **durante el embarazo** con programas activos de **vacunación**.

La vacunación es un elemento estratégico para la Salud Pública, donde la consecución de una **adecuada cobertura vacunal resulta clave para generar protección en la población**. «Estamos viendo el resurgimiento de enfermedades casi erradicadas y la importación de otras para las que creíamos sentirnos protegidos», alerta la autora de la investigación.

Por ello, desde la OMS se insta a los ministerios de Salud para que tengan como un objetivo primordial el establecimiento de las condiciones necesarias para que el **acceso a la salud sea universal** con una

cobertura amplia que tenga capacidad y recursos humanos suficientes. Para lograrlo se debe potenciar el **trabajo de gestión y liderazgo de la Enfermería**.

Y es que las **matronas en atención primaria**, desde hace mucho tiempo, y con un control y seguimiento del embarazo protocolizado en la Comunidad Valenciana, monitorizan el progreso del embarazo desde su concepción hasta su fin, estableciendo un **clima terapéutico idóneo** que permite que las gestantes y sus parejas puedan discutir libremente sobre asuntos relativos a la vacunación.

Vacunaciones recomendadas y registro

En la actualidad a la mujer gestante se le recomiendan **dos vacunas durante su embarazo**: la vacuna de la **gripe** y la de la **tos ferina**. La vacuna de la gripe produce mayor morbilidad y mortalidad materna, lo que genera un aumento de los ingresos hospitalarios y la obtención de resultados perinatales deficientes.

La indicación es vacunar en **cualquier trimestre del embarazo**, en la etapa preconcepcional e incluso en el puerperio para prevenir el desarrollo de la gripe. Por otro lado, la vacuna de la tos ferina se administra también a la mujer gestante en el **tercer trimestre**, pero en este caso para generar **protección al recién nacido durante los tres primeros meses de vida**.

En el **calendario vacunal infantil**, el niño no recibirá la vacuna **hasta los dos meses** de edad, logrando la inmunidad gracias a la protección generada durante su etapa fetal tardía hasta el momento de recibir la vacuna. Los hijos de madres vacunadas adquieren **inmunidad** a través de dos vías, transplacentaria y de la lactancia materna. La iniciativa de vacunar en España se produjo en el año 2014-2015 ante los brotes cíclicos de esta enfermedad, que afectaban de forma más severa a los menores de tres meses.

El historial de vacunación de un individuo debe contener todas las vacunas administradas a lo largo de toda su vida. Estos registros son muy importantes para conocer la cobertura de la población y para **detectar grupos no vacunados** y poder analizar el impacto de un programa de vacunación real en la población.

En España los registros son diversos, pero **ninguno supera el 40% de cobertura para la gripe** y, sin embargo, se duplica la cobertura registrada para tos ferina desde su puesta en marcha en el 2015 en gestantes. En la **Comunidad Valenciana** el registro vacunal es de forma electrónica a través del Registro Nominal de Vacunas (RVN), lo que ha permitido conocer que la cobertura en este grupo se **está incrementando al crecer el número de vacunas administradas dentro de su embarazo**.

Para mantener esta tendencia al alza y mejorar las coberturas de la vacunación en el caso de la gripe se precisa aumentar el **conocimiento entre las mujeres acerca de la seguridad y eficacia** con programas activos de vacunación. Para ello, las matronas dentro de sus competencias, ofrecen **consejo vacunal** a las gestantes durante el periodo de campaña vacunal para la gripe y para la tos ferina en el periodo comprendido entre las **semanas 27 y 36 de gestación**.



Con la investigación donde se analiza una amplia cohorte de mujeres en dos departamentos de salud (Elche-Crevillente y Torrevieja) se pretende poner en marcha medidas y planes de futuro para equiparar esta diferencia en la vacunación. El artículo publicado por Rodríguez-Blanco concluye que el registro de la vacunación realizado por las enfermeras es clave y se convierte en un profesional referente para lograr coberturas reales de vacunación, obteniendo además una alta concordancia con la declarada por las madres tras el acto. ■

Fuente : Noticias Médicas

EL CONSUMO DE BEBIDAS LIGHT PUEDE AUMENTAR EL RIESGO DE INFARTO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS

Según un estudio publicado por *Stroke*, el diario de la *American Heart Association*, para la mayoría de las mujeres postmenopáusicas beber mucha cantidad de refrescos light está asociado a un aumento del riesgo de infarto causado por un bloqueo de las arterias. Es uno de los primeros estudios que se centra en la asociación entre beber refrescos artificialmente edulcorados y el riesgo de sufrir un infarto en mujeres post-menopausicas. Los autores advierten que a pesar de que este estudio identifica una relación entre bebidas light e infarto, no prueba la causa efecto porque ha sido un estudio observacional basado en información que han dado algunas mujeres sobre el consumo de bebidas light.

Se compararon personas que habían consumido bebidas light menos de una vez por semana, con aquellas que habían consumido dos o más al día y los resultados hablan por sí solos: el 23 por ciento de las que habían bebido refrescos edulcorados tenían más riesgo de sufrir un infarto, el 31 por ciento contaba con más probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular causado por coágulos (isquémico), el 29 por ciento de sufrir alguna enfermedad del corazón y el 16 por ciento más probabilidades de morir por cualquier causa. Además, el equipo de investigadores observó que los riesgos eran más elevados para mujeres que habían sufrido alguna enfermedad del corazón o diabetes y mujeres obesas independientemente de que hubiesen sufrido algún problema en el corazón previamente.

“Muchas personas, especialmente las que tienen sobrepeso u obesidad consumen bebidas artificialmente edulcoradas para reducir las calorías



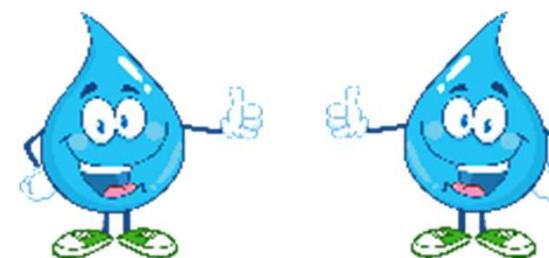
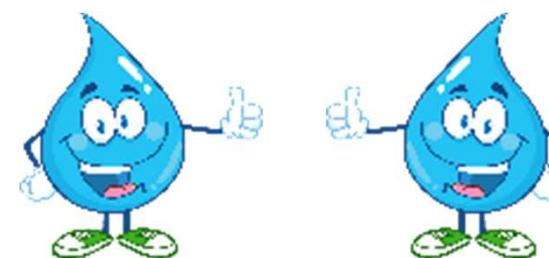
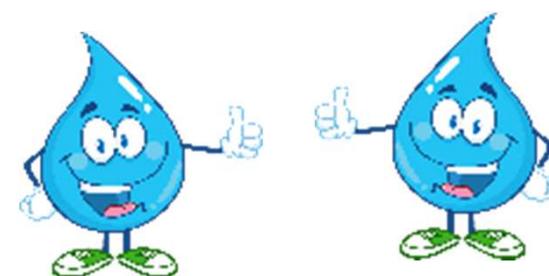
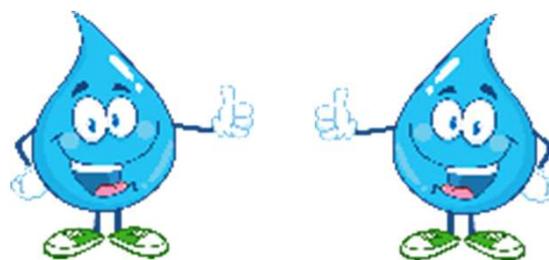
de su dieta. Sin embargo, nuestra investigación y otros estudios observacionales han demostrado que las bebidas con azúcares artificiales no son inofensivas y su alto consumo está relacionado con un mayor riesgo de sufrir problemas cardiovasculares y enfermedades cardíacas”, explica Yasmin Mossavar-Rahmani autora principal del estudio y profesora asociada de epidemiología clínica y salud de la población en el Colegio de Medicina Albert Einstein en el Bronx, Nueva York. Los investigadores analizaron los datos de 8.714 mujeres postmenopáusicas y se realizó un seguimiento de los resultados durante más de 11 años. Pasados tres años, las mujeres declaraban la frecuencia en la que habían consumido bebidas light en los anteriores tres meses. La información recopilada no recogía datos sobre qué tipo de edulcorantes contenían las bebidas que las mujeres habían consumido.

Los resultados se obtuvieron después de ajustar diferentes factores de riesgo como edad, tensión alta o tabaquismo. Estos resultados en mujeres postmenopáusicas pueden no ser generalizables para hombres o mujeres más jóvenes. El estudio, además, se limita a contener la información otorgada voluntaria por las mujeres que participaron en el estudio. “No conocemos el tipo de bebidas endulzadas artificialmente que consumían las mujeres, por lo que no conocemos qué edulcorantes pueden ser dañinos y cuales no”, añade Mossavar-Rahmani. La *American Heart Association* publicó recientemente un aviso científico que explicaba que la investigación

científica era inadecuada para concluir que las bebidas azucaradas bajas en calorías alteran, o no lo hacen, los factores de riesgo de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular en niños pequeños, adolescentes o adultos. La Asociación reconoce que las bebidas dietéticas pueden ayudar a reemplazar las bebidas azucaradas y altas en calorías, pero recomienda que el agua (simple, carbonatada y sin azúcar) sea la mejor opción para una bebida sin calorías.

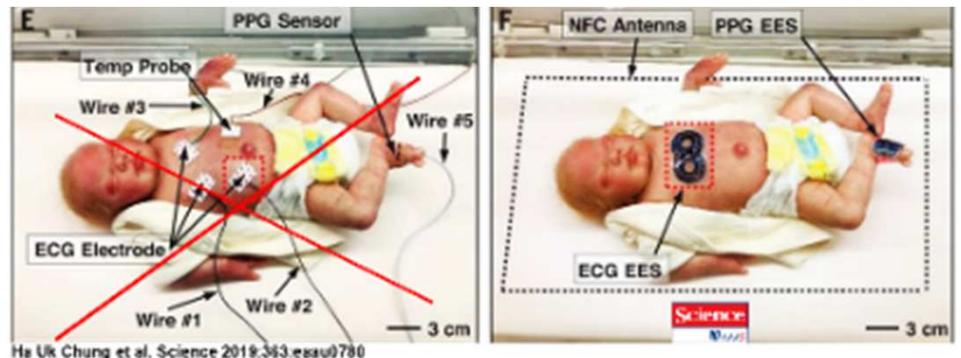
Mejor, agua

“Desafortunadamente, las investigaciones actuales simplemente no proporcionan evidencia suficiente para distinguir entre los efectos de diferentes edulcorantes bajos en calorías en la salud del corazón y del cerebro. Este estudio se suma a la evidencia de que limitar el uso de bebidas dietéticas es lo más prudente para la salud. “, especifica Rachel K. Johnson, profesora de nutrición emérita de la Universidad de Vermont y presidenta del grupo de redacción del Consejo científico de la *American Heart Association*. “La *American Heart Association* sugiere que el agua es la mejor opción para una bebida sin calorías. Sin embargo, para algunos adultos, las bebidas dietéticas con edulcorantes bajos en calorías pueden ser útiles en la transición a la adopción de agua como su bebida principal. Desde un ensayo clínico a largo plazo no se dispone de datos sobre los efectos de las bebidas endulzadas con bajo contenido calórico y la salud cardiovascular, debido a su falta de valor nutricional, puede ser prudente limitar su uso prolongado “, concluye Johnson. ■



Fuente : Noticias Médicas

LA AUSENCIA DE CABLES FACILITARA EL MANEJO DE LOS BEBÉS Y CONFORT EN LAS INCUBADORAS.



Recientemente la prestigiosa revista Science publicaba el desarrollo de un sistema electrónico epidérmico (EES), capaz de interactuar de forma suave y no invasiva sobre la piel neonatal en las incubadoras.

En las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), la monitorización continua de los signos vitales es esencial, especialmente en casos de prematuridad grave. Las plataformas de monitoreo actuales requieren múltiples interfaces rígidas y cableadas para la piel frágil y subdesarrollada de un neonato y, en algunos casos, líneas invasivas insertadas en sus delicadas arterias. Estas plataformas y sus interfaces cableadas representan riesgos para las lesiones iatrogénicas de la piel, crean barreras físicas para la unión de los padres / neonatos piel a piel y frustran incluso las tareas clínicas básicas. Las tecnologías que evitan estas limitaciones y brindan capacidades adicionales y avanzadas de monitoreo fisiológico abordarían directamente una necesidad clínica insatisfecha de una población altamente vulnerable.

Ahora es posible fabricar sistemas de monitoreo de signos vitales inalámbricos, sin batería, basados en módulos de medición “tipo piel” ultrafinos. Estos dispositivos pueden interactuar de forma suave y no invasiva con la piel de los recién nacidos con edades gestacionales hasta el borde de la viabilidad. Cuatro avances esenciales en la ciencia de la ingeniería sirven de base para esta tecnología: esquemas para la transferencia de energía

inalámbrica, detección de bajo ruido y comunicaciones de datos de alta velocidad a través de un único enlace de radiofrecuencia con absorción insignificante en tejidos biológicos; algoritmos eficientes para el análisis de datos en tiempo real, el procesamiento de señales y la modulación de línea de base dinámica implementados en las plataformas de sensores; estrategias para la transmisión sincronizada en el tiempo de datos inalámbricos desde dos dispositivos separados; y diseños que permiten la inspección visual de la interfaz de la piel, al mismo tiempo que permiten la obtención de imágenes por resonancia magnética y las imágenes de rayos X del neonato. Los sistemas resultantes pueden ser mucho más pequeños en tamaño, más ligeros y menos traumáticos para la piel que cualquier otra alternativa existente.



RESULTADOS

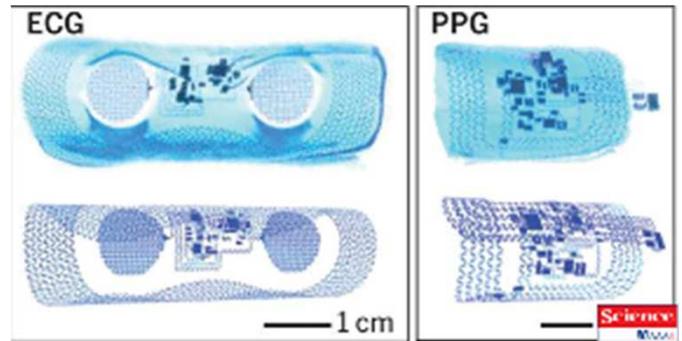
Informaron de la realización de esta clase de tecnología de monitoreo NICU, incorporada como un par de dispositivos que, cuando se usan de manera sincronizada en el tiempo, pueden reconstruir la información completa de los signos vitales con una precisión de grado clínico. Un dispositivo se monta en el tórax para capturar electrocardiogramas (ECG); el otro descansa sobre la base del pie para grabar simultáneamente fotopletismogramas (PPG). Este sistema binodal captura y transmite continuamente los datos de ECG, PPG y (desde cada dispositivo) de la temperatura de la piel, que proporcionan mediciones de la frecuencia cardíaca, la variabilidad de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la oxigenación de la sangre y el tiempo de llegada del pulso como un sustituto de la presión arterial sistólica. Las pruebas exitosas en neonatos con edades gestacionales que van desde las 28 semanas hasta el término completo demuestran la gama completa de funciones en dos NICU de nivel III.

Las características delgadas, ligeras y de bajo módulo de estos dispositivos inalámbricos permiten interfaces a la piel mediadas por fuerzas que son casi un orden de magnitud más pequeñas que las asociadas con los adhesivos utilizados para el hardware convencional en la NICU. Esta reducción reduce considerablemente el potencial de lesiones iatrogénicas.

CONCLUSIONES

Al eliminar las conexiones por cable, estas plataformas también facilitan el contacto terapéutico piel a piel entre los recién nacidos y los padres, lo que se sabe que estabiliza los signos vitales, reduce la morbilidad y promueve el vínculo entre los padres.

Más allá del uso en entornos hospitalarios avanzados, estos sistemas también ofrecen capacidades rentables con relevancia potencial para la salud global.



Los resultados que se presentan aquí representan pruebas preliminares de viabilidad y validación de este sistema para su uso en las UCIN. Los estudios clínicos completos, que están en curso, proporcionarán datos de apoyo adicionales para verificar las mediciones en un rango mayor de grupos de edad y antecedentes étnicos. Estos hallazgos también acelerarán los esfuerzos para abordar los desafíos pendientes, incluidos aquellos potencialmente relacionados con la aceptación de enfermería, la compatibilidad con los sistemas de monitoreo heredados y la esterilización del dispositivo para su reutilización. Para el trabajo clínico, las pruebas adicionales evaluarán la utilidad de estas plataformas en otras indicaciones clínicas, incluidas aquellas asociadas con sujetos que tienen una función de barrera cutánea alterada (por ejemplo, víctimas de quemaduras o pacientes con epidermólisis ampollosa).

Además de las capacidades avanzadas de monitoreo, los perfiles tipo piel y los modos operativos completamente inalámbricos ofrecen un valor terapéutico directo al reducir las barreras para el contacto piel a piel entre padres e hijos. La validación clínica adicional y las pruebas pueden llevar a una amplia adopción tanto en entornos de recursos altos como bajos.

PRUEBAS CLÍNICAS

Toda la participación de los sujetos fue completamente voluntaria con el consentimiento informado obtenido de al menos un padre. El protocolo de investigación fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional de Northwestern University y el Hospital de Niños Ann & Robert H. Lurie de Chicago (STU00202449 / IRB 2016-2) y se registró en ClinicalTrials.gov (NCT02865070).

Fuente: Science

FINALIZA EL PLAZO DE EL
ENVÍO DE ABSTRACTS/PÓSTERS
21 DE ABRIL

INFORMACIÓN

<https://www.isa2019madrid.com/es/bienvenido-a-isa2019-madrid/>

International Stillbirth Alliance
CONGRESO ANUAL SOBRE LA MORTALIDAD PERINATAL Y LA ATENCIÓN AL DUELO
2019 Madrid
4-6 octubre
INSCRIPCIÓN ABIERTA
CONVOCATORIA PÓSTERS
ASISTENCIA PRESENCIAL u ONLINE

ISA 2019 Madrid | international stillbirth alliance | Umamanita

AVANCE DE PROGRAMA

PRINCIPALES TEMAS Y ENFOQUES

- Experiencias de las madres y los padres con la atención sanitaria
- La mejora de la calidad de la atención a través del desarrollo e implementación de estándares de buenas prácticas y guías de atención
- Cuidados paliativos perinatales y neonatales
- La asistencia sanitaria tras la detección de anomalías fetales limitantes la vida (diagnóstico, asesoramiento y toma de decisiones, apoyo)
- Causas y factores de riesgo de la mortalidad perinatal
- Estrategias de prevención de la mortalidad perinatal
- Clasificación, investigación y auditoría de la mortalidad perinatal
- Embarazo después de la pérdida
- Apoyo en la comunidad: seguimiento de la atención, asociaciones y grupos de apoyo
- El duelo perinatal: experiencias personales y sociales del duelo

AVANCE DE PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

Planificación y gestión del parto centrada en la mujer (comunicación y toma de decisiones, tipo de parto, gestión del dolor, uso de sedantes, etc.)
Cuidados puerperales (manejo de la lactancia, donación de leche)
Disposición respetuosa del cuerpo: prácticas y bioética en la disposición del cuerpo y manejo de los restos/tejidos
El marco jurídico de la mortalidad perinatal: personalidad jurídica y social, legislación en materia de cuidados, penalización de la muerte intrauterina
Cuidados/rituales posparto después de la muerte intrauterina o neonatal (ver y cuidar al bebé, la conservación de objetos de memoria y la toma de fotografías).
Experiencias de los profesionales sanitarios en materia de la muerte perinatal, sistemas de apoyo a los profesionales
El impacto socioeconómico de la muerte perinatal
Diagnóstico y comunicación de malas noticias

PONENCIAS PRINCIPALES

La atención respetuosa al duelo en las unidades de obstetricia y neonatos

Ponente: Sue Steen (Enfermera Perinatal Especialista, Maple Grove Hospital; Profesora Asociada de Enfermería, Bethel University, EEUU)

Investigación de la muerte perinatal desde la perspectiva del patólogo: consideraciones clínicas y la comunicación con las madres y los padres

Ponente: Dra. Marta Cohen (Patóloga Pediátrica y Perinatal Senior, Sheffield Children's Hospital; Profesora Honoraria, University of Sheffield, Reino Unido)

Detección, gestión, desafíos e innovaciones en la atención clínica de la restricción del crecimiento fetal (RCF/PEG)

Ponente: Dr. Francesc Figueras (Jefe del Departamento de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínic (Barcelona); Profesor Asociado de la Universidad de Barcelona, España)

El duelo perinatal e estigma

Ponente: Dra. Samantha Murphy (Médico sociólogo, Directora del área curricular de Salud y Asistencia Social, Open University, Reino Unido)

Hallando nuevos predictores para la restricción del crecimiento fetal

Prof. Gordon Smith (Departamento de Obstetricia y Ginecología, University of Cambridge, Reino Unido)

Ética y toma de decisiones en la atención perinatal: un enfoque en las anomalías fetales limitantes de vida y los cuidados paliativos perinatales

SESIÓN PLENARIA 1. INNOVACIONES EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal: ¿dónde estamos y qué más podemos hacer?

Ponente: Dra. Hannah Blencowe (Epidemióloga Clínico y Perinatal, Profesor Adjunto, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido)

Prevención de la muerte intrauterina en países con baja mortalidad: estrategias centradas en las mujeres y sus parejas

Ponente: Dra. Jane Warland (Matrona, Escuela de Enfermería y Matronería, University of South Australia)



Estudio de caso: reducción de la mortalidad perinatal en Sudáfrica

Ponente: Dra. Salome Maswime (Obstetra, Investigadora Becaria en MGH/Harvard, EE.UU y Profesora Asociada en WITS, Sudáfrica)

Estudio de caso: reducción de la mortalidad perinatal en los Países Bajos

Ponente: Prof. Jan Jaap Erwich (Jefe de Obstetricia, University Medical Center Groningen, Países Bajos)

SESIÓN PLENARIA 2. ENFOQUES SISTÉMICOS EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL: DESARROLLO DE ESTÁNDARES DE BUENAS PRÁCTICAS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN

Desarrollo e implementación de los estándares nacionales en Irlanda para la atención al duelo después de la pérdida gestacional o neonatal

Ponente: Dra. Keelin O'Donoghue (Obstetra/Ginecólogo Senior, Cork University Maternity Hospital; Senior Lecturer, University College Cork, Irlanda)

Muerte perinatal: ¿están capacitados los profesionales para atender las necesidades de las mujeres y sus familiares?

Ponente: Dra. Claudia Ravaldi (Psiquiatra, Cialapo, Italia)

Desarrollo e implementación del programa iSAIL (Integrated Support After Infant Loss) en el Hospital Royal Prince Alfred

Ponente: Dra. Adrienne Gordon (Neonatólogo Especialista Senior, Royal Prince Alfred Centre for Newborn Career; NHMRC Early Career Fellow, University of Sydney, Australia)

Protocolo de intervención Psicológica llevado a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (México) a los padres que han sufrido una pérdida perinatal

Ponente: Dra. Cecilia Mota González (Psicóloga, Instituto Nacional de Perinatología, México)

SEDE:
Facultad de Filología, Edificio
de Humanidades, de la
UNED.
Paseo Senda del Rey, 7
Ciudad Universitaria,
Madrid.



COMUNICADO DE LA PLATAFORMA ANTEQUERA

LA ALARMA ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANDALUZA POR LA IGNORANCIA E INDIFERENCIA QUE EL GOBIERNO ANDALUZ MUESTRA SOBRE EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LOS SERVICIOS QUE PRESTAN A LA SOCIEDAD, ACTIVA LA PLATAFORMA ANTEQUERA.

La Plataforma Antequera que aglutina a organizaciones y representantes de la Enfermería andaluza se reunió el 23 de marzo en Antequera para integrar y aunar los análisis y acciones ante la absoluta ignorancia e indiferencia hacia la profesión enfermera que la administración sanitaria andaluza está mostrando con sus primeras decisiones desde la Consejería de Salud y Familias y desde el Servicio Andaluz de Salud.

Esta Plataforma reúne representantes de los más de 40.000 profesionales de la Enfermería andaluza en todos sus ámbitos: sociedades científicas como ASANEC (Enfermería Familiar y Comunitaria), ASENHOA (Enfermeras de hospital), SAECC (Enfermería de Cuidados Críticos), AEEP (Enfermeras pediátricas), AENTDE (Asociación Española para la Nomenclatura y Taxonomía Diagnóstica Enfermera), AAM (Asociación Andaluza de Matronas), organizaciones sindicales como CCOO, SATSE, UGT, varios Colegios Profesionales de Enfermería y profesores e investigadores de las Facultades de Enfermería andaluza. Este foro de representantes profesionales, clínicos, académicos y sindicales alerta sobre los desacertados cambios que se están produciendo desde la Consejería de Salud y Familias y el Servicio Andaluz de Salud, como son los derivados del Decreto de Estructura, en el que se regula la creación de una Dirección General de Cuidados Sociosanitarios gestionada por una persona ajena a



la profesión o la inexistencia de un Dirección con una enfermera al máximo nivel de decisión, tal y como recomiendan la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería.

Estos cambios hacen que los avances y consolidación que ha obtenido la Enfermería andaluza en los últimos 15 años, situándose como referente a nivel nacional en servicios innovadores para la población, así como en investigación en cuidados, puedan verse seriamente mermados o incluso eliminados, con el consiguiente detrimento en la atención a pacientes, cuidadores familiares y colectivos con alta vulnerabilidad en salud.

El compromiso que las enfermeras y enfermeros andaluces han mostrado permanentemente con un Sistema Sanitario, público, universal, gratuito y sostenible, así como con la población a la que presta sus servicios, incluso en los años más duros de crisis, en los que fue especialmente azotada por los recortes más que ningún otro colectivo, es el que guía a la Plataforma Antequera y aúna voluntades desde todos los colectivos profesionales.

A partir de esta reunión, la Plataforma Antequera inicia una etapa en la que estará alerta ante cualquier retroceso en el desarrollo de los servicios enfermeros en Andalucía, o cualquier limitación de las enfermeras a su plena participación en la gestión de los servicios de salud, o en la toma de decisiones al máximo nivel. Para ello, la Plataforma va a articular un contingente de acciones para llevar a cabo en caso de que continúe la línea actual marcada por la Consejería de Salud y Familias y el Servicio Andaluz de Salud. ■



12-14 DE
SEPTIEMBRE DE
2019. WINDHOEK,
NAMIBIA

La Conferencia Regional de África de la ICM se centrará en el desarrollo de habilidades, conocimientos y práctica de las matronas en la región. Las matronas tendrán la oportunidad de establecer contactos y discutir temas regionales relacionados con la salud materna y neonatal, así como el desarrollo de la profesión de partería.

- Fecha límite de envío de resúmenes 10 de abril de 2019.
- Período de revisión 15 de abril - 15 de mayo de 2019
- Período de moderación del 15 de mayo al 3 de junio de 2019.
- Presentación de las notificaciones de los autores que se enviarán del 3 al 7 de junio de 2019
- Programa preliminar publicado - finales de junio de 2019

<http://www.midwivesnamibia2019.org/>

abstracts@midwivesnamibia2019.org.



CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	HASTA EL 15/01/2019	A PARTIR DEL 16/01/2019
Tarifa general	340€	395€
Tarifa reducida residentes (medicina, enfermería, matronas)*	290€	330€
Tarifa reducida estudiantes (medicina y enfermería) y monitoras / asesoras grupos de apoyo*	170€	200€
Encuentros grupos de apoyo**	40€	60€

<http://www.lactanciasantiago2019.es/index.php?idpagina=14&idioma=cas>

SECRETARÍA TÉCNICA - Viajes El Corte Inglés . M.I.C.E. Madrid.

C/ Alberto Bosch, 13, 2ª planta - 28014 Madrid

Tel.: 912 042 601 e-mail: lactancia.santiago.2019@viajeseci.es





TALLERES

TALLER 1 DE PRECONGRESO: CRECIMIENTO FETAL EN EMBARAZO GEMELO

TALLER PRECONGRESO 2: INVESTIGADORES DE CARRERA TEMPRANA

TALLER 3 DE PRECONGRESO: GESTIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE NACIMIENTOS MÚLTIPLES.

TALLER PRECONGRESO 4: TERAPIA FETAL EN EMBARAZO MÚLTIPLE

TALLER DE PRECONGRESO 5: GRUPO DE TRABAJO DE COHORTS DE NACIMIENTO

TALLER 6 PRECONGRESO: SIMULACIÓN: ENTREGA VAGINAL TWIN

AVANCE DE PROGRAMA

SESIÓN PARALELA 1A: MORTALIDAD PERINATAL Y MORBILIDAD EN EMBARAZO MÚLTIPLE

Mortalidad perinatal en gemelos

¿Cuál es la mejor manera de gestionar la muerte de un solo gemelo?

¿Qué causa la muerte o daño neurológico al co-gemelo?

SESIÓN PARALELA 1B: MÉTODOS EMERGENTES EN DOS INVESTIGACIONES

Estimación (sin límites) de componentes de varianza Modelos de ACE: un cambio en la metodología

Genotipos no transmitidos / método virtual-padre

Modelación causal en estudios de gemelos.

SESIÓN PARALELA 2A: ASPECTOS PERICONCEPCIONALES DEL EMBARAZO MÚLTIPLE

Directrices de la FIGO sobre el manejo del embarazo gemelar.

Nutrición óptima en el embarazo de gemelos.

Exámenes periconcepcionales en pacientes con FIV en riesgo de hermanamiento

¿Necesitamos más pruebas biomédicas y biofísicas para seguir un embarazo de gemelos?

Trampas en la evaluación de la corio-amnionidad

La placenta en el embarazo gemelar complicado.

AVANCE DE PROGRAMA (CONTINUACIÓN)**SESIÓN PARALELA 2B: COMPLICACIONES TWINAS RELACIONADAS**

Resultado de un embarazo gemelar complicado: ¿cómo aconsejar a los padres?

Morbilidad del neurodesarrollo en gemelos monocoriónicos

Las características de IUGR en gemelos

Gemelos y resultados del desarrollo neurológico: el efecto de la FIV, la restricción del crecimiento fetal y el parto prematuro

Debate: Todos los gemelos complicados deben tener un seguimiento a largo plazo

SESIÓN PARALELA 2C: GRANDES ESTUDIOS COLABORATIVOS EN TWIN BIRTH COHORTS

Cohorte de nacimiento gemela GEMINI: una cohorte de nacimiento gemela del Reino Unido centrada en las trayectorias de peso en la primera infancia

Causas y consecuencias del tamaño del nacimiento en un contexto internacional: el proyecto CODATwins

Estudio doble de E-RISK: Riesgo ambiental (E-Risk) Estudio longitudinal de gemelos de los trastornos del comportamiento infantil

Una colaboración a nivel mundial de cohortes gemelares de nacimiento y otros estudios sobre la agresión infantil: el proyecto ACCIÓN

Dos cohortes de nacimiento y orígenes de desarrollo de la salud y la enfermedad (DOHaD)

SESIÓN PARALELA 3A: CUESTIONES OBSTETRALES EN DOS EMBARAZOS: EVALUACIÓN PRENATAL Y DIAGNÓSTICO

NIPT en el embarazo de gemelos

Predicción del primer trimestre en gemelos

Ultrasonido en gemelos en los primeros trimestres.

MCDA gemelos con genotipos discordantes

Anomalías cardiovasculares funcionales y adquiridas en gemelos monocoriónicos.

Predicción y prevención de síndromes obstétricos mayores en embarazos gemelares.

SESIÓN PARALELA 3B: ESTUDIOS GENÓMICOS DE RUTAS COMPLEJAS: EL VALOR DE LOS GEMELOS

Genética de rasgos complejos y estudios de gemelos: la visión desde Hong Kong

Puntuaciones de riesgo poligénico en gemelos.

Gemelos en gwas

Pruebas prenatales no invasivas

SESIÓN PARALELA 4A: PRETERM NACIMIENTO Y PREMATURIDAD - Sesión de la Academia Escolar PREIS

Detección del parto prematuro en el embarazo de gemelos

Progesterona para la prevención del parto prematuro en gemelos

Cerclaje para la prevención del parto prematuro en gemelos.

Pesario para la prevención del parto prematuro en gemelos

Corticosteroides y sulfato de magnesio en gemelos: ¿dónde está la evidencia?

SESIÓN PARALELA 4B: ESTUDIOS TWIN "OMICS"

Microbiomas

Epigenomas

Epigenética y determinación forense de identidad en gemelos MZ

MicroARN sin células

Secuenciación en gemelos MZ

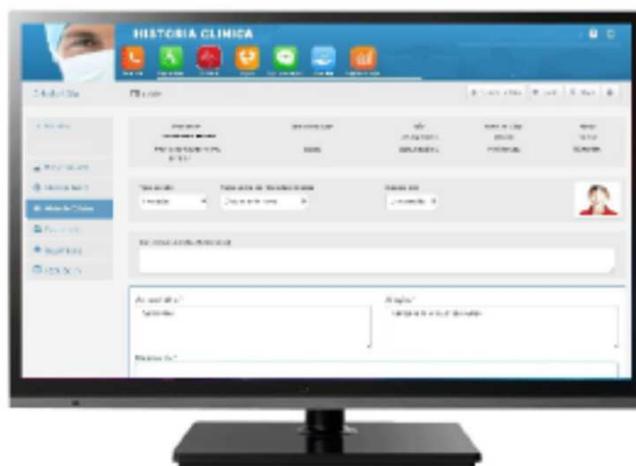
NOTICIAS DE SIMAES

UN JUZGADO CONDENA A UNA ENFERMERA A 4 AÑOS DE CARCEL POR ACCEDER A UNA HISTORIA CLINICA

Concretamente consultó la historia clínica de una trabajadora con la intención de despedirla.

Consultar el historial clínico de usuarios del Sistema Nacional de Salud sin justificación (sin autorización o derecho sobre esa área) puede suponer pena de prisión, así lo ha determinado un Juzgado de Huelva (Juzgado de lo Penal nº 1) que ha condenado a 4 años de cárcel a una enfermera del SAS por un delito de descubrimiento y difusión de secretos referidos a la salud (art. 197.5 del Código Penal), al valerse de su estatus profesional para consultar el historial clínico de una trabajadora de una empresa que gestionaba, con el fin de lograr el despido de la misma. La sentencia condena, además, a la inhabilitación especial para ejercer el empleo de enfermera durante el tiempo de privación de libertad ya una cuantiosa indemnización económica por los daños morales causados.

En la instrucción del proceso pudo probarse que la empleada pública, valiéndose de sus claves, accedió cinco veces a la historia clínica de la persona afectada, sin su consentimiento ni conocimiento, compartiendo los datos obtenidos con otras personas interesadas, con el objeto de despedir a la persona afectada. Esta circunstancias es importante destacarla, puesto que constituye un agravante revelar a terceros los datos a los que tuvo acceso.



Recordemos, a éstos efectos, que el artículo 7.1 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002), indica que *"toda persona tiene derecho a que se respete al carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley"*.

NOTICIA IMPORTANTE

La Dirección General del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ha publicado su Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo mediante Resolución 92/2019

ENLACE PROTOCOLO:

<http://www.simaes.org/wp-content/uploads/2019/03/BOCM-20190315-RESOLUCIÓN-de-1-de-marzopor->

CONSTITUIDO EL GRUPO DE TRABAJO DE NURSING NOW EN LA COMUNITAT VALENCIANA

En esta primera reunión se trazaron las líneas de actuación generales para conseguir una adecuada visibilidad y repercusión de sus objetivos.



Representantes de diferentes ámbitos de la profesión enfermera y de su entorno sanitario han constituido en la Escuela Universitaria de Enfermería La Fe de Valencia el grupo de trabajo de [Nursing Now](#) en la Comunidad Valenciana. Nursing Now es un movimiento internacional promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) al que se han adherido el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), [la Asociación Española de Matronas](#) y la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y que tiene como objetivo pedir a los gobiernos, profesionales sanitarios y usuarios de los servicios que valoren más a las enfermeras y aboguen por su liderazgo para mejorar la calidad de los cuidados y la mejora de la salud de la población.

En esta primera reunión del grupo de trabajo se pusieron en común la filosofía y contenidos del movimiento Nursing Now y se trazaron las líneas de actuación generales para conseguir una adecuada visibilidad y repercusión de sus objetivos en la Comunidad Valenciana por medio de diferentes actuaciones que harán posible que la información de esta iniciativa llegue al mayor número de personas, tanto a profesionales sanitarios como al conjunto de la sociedad.

Los miembros del grupo de trabajo definieron sus aportaciones en cada uno de sus ámbitos de actuación para poder desarrollar esta hoja de ruta y alcanzar sus objetivos, que, recordemos, están fijados en conseguir los siguientes aspectos:

1. Mayor inversión para mejorar la educación, el desarrollo profesional, las normas, la regulación y las condiciones de empleo para las enfermeras.
2. Mayor y mejor difusión de prácticas efectivas e innovadoras en Enfermería.
3. Mayor participación de las enfermeras en las políticas de salud global.
4. Más enfermeras en puestos de liderazgo y más oportunidades de desarrollo en todos los niveles.
5. Más evidencias para los responsables políticos y de toma de decisiones, sobre dónde la Enfermería puede tener mayor impacto, qué está impidiendo que las enfermeras alcancen su máximo potencial y cómo abordar estos obstáculos.

Los objetivos de la campaña se alinean estrechamente con los esfuerzos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y del CECOVA para avanzar en la salud y potenciar la excelencia en Enfermería. El siglo XXI significará un mayor desarrollo de la profesión de Enfermería para potenciar la salud, por ello resulta necesario elevar el perfil profesional y las condiciones de trabajo de las enfermeras; aspectos que tienen directa relación con la situación en nuestro país.

SE REACTIVA EL TRABAJO DEL COMITÉ TÉCNICO DE LA ESTRATEGIA EN SALUD REPRODUCTIVA DEL S.N.S EL COMITÉ DE EXPERTOS REUNIDO EL DÍA 30 DE ENERO DE 2019



La convocatoria pretendía reactivar los trabajos del Comité Técnico para la evaluación y seguimiento de la Estrategia en Salud Reproductiva del SNS.

Para ello, cada entidad hemos cumplimentado dos encuestas planteando las cuestiones y prioridades sobre aspectos de promoción de la salud, asistenciales, docencia e investigación.

Aunque todavía se trata de un borrador os avanzamos los temas principales que se van a estudiar, esquemáticamente, a corto y medio plazo.

- Impulsar la atención domiciliaria postparto
- Campaña a nivel Nacional difundiendo el Plan de Parto y Nacimiento
- Campaña dirigida a mujeres en el postparto
- Campaña difundiendo conceptos sobre Violencia Obstétrica (formar a la población sobre lo que es correcto o no lo es)
- Campañas informativas sobre el consumo de tóxicos (Alcohol, tabaco, medicamentos, sustancias ilícitas) en mujeres y hombres preconcepcional y durante la gestación

A CORTO PLAZO

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Difusión de GUIAS a todas las mujeres embarazadas y a las madres/padres en los distintos trimestres del embarazo:

- Guía de atención al parto para mujeres embarazadas y futuros padres
- Guía para las madres que amamantan
- Elaboración de contenidos y materiales educativos unificados para el SNS, que sirva para la realización de las charlas en los distintos trimestres del embarazo
- Elaborar información específica sobre salud reproductiva en cada ciclo vital con enfoque de género para mujeres, hombres y colectivo de profesionales
- Diseñar intervenciones comunitarias que contribuyan a promover conceptos y procesos saludables de maternidad, paternidad y crianza

A MEDIO PLAZO

- Elaboración contenidos y materiales educativos unificados para el conjunto del SNS, dirigidos a futuras madres/padres
- Difundir información específica sobre salud reproductiva en cada ciclo vital con enfoque de género para mujeres, hombres y colectivo de profesionales
- Elaboración de un Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad para el conjunto del SNS
- Programa de formación en los centros educativos sobre salud reproductiva incluyendo un programa de formación de los riesgos de no amamantar
- Información posparto para mujeres y hombres para igualar responsabilidades
- Campaña educativas dirigida a mujeres que **incluya como referente en los partos normales a la matrona.**

A CORTO PLAZO

ATENCIÓN SANITARIA

- Coordinación entre atención primaria-hospitalaria
- Adaptar las maternidades públicas a la realidad de atención al nacimiento humanizado.
- Implantación de consulta preconcepcional
- Aplicar el Plan de Parto
- Asegurar la historia del RN en las maternidades y la cita del RN a las 48-72h tras el alta en centro de salud
- Incorporar en los protocolos sanitarios de atención a la menarquia y la menopausia el enfoque de género
- Incorporar en los protocolos y otras herramientas de gestión asistencial (cartera de servicios, contratos de gestión, contratos programa...) el embarazo como una etapa de vulnerabilidad de las mujeres en materia de violencia de género (violencia de pareja, mutilación genital femenina, violencia sexual...).
- Ajustar la ratio de matronas de atención primaria y de hospital, establecer unos criterios unificados en todo el territorio español teniendo en cuenta las recomendaciones de otros países de la UE e evitar desigualdades e inequidad asistencial
- Estandarizar y garantizar el asesoramiento genético prenatal en el SNS
- Elaboración de un documento científico técnico sobre la salud preconcepcional con enfoque de género y documentos de divulgación
- Mejorar los registros, circuitos de coordinación y continuidad asistencial
- Incorporar la influencia de los factores ambientales
- Incorporar la perspectiva de género en el diagnóstico y tratamiento de las patologías del aparato reproductor (cánceres ginecológicos, endometriosis, SOP...)
- Elaborar Protocolos consensuados de atención a embarazo, parto y puerperio basados en las GPC del SNS
- Realización de la determinación de bilirrubina transcutánea
- Empoderamiento a las mujeres desde el hospital para facilitar el inicio de la LM satisfactorio
- **"Consejo preconcepcional a través de programas educativos por parte de las matronas a mujeres/parejas"**
- Consulta temprana de enfermería pediátrica comunitaria en el recién nacido hospitalizado
- Necesidad de la creación de un guía nacional que promueva una atención sanitaria en caso de muerte gestacional y perinatal que nos lleva al mismo nivel que nuestros países vecinos
- **Revisión y unificación de criterios de los indicadores y estándares de calidad de los distintos programas de cribado establecidos en el embarazo para optimizar la evaluación del cumplimiento de los objetivos de la Estrategia de salud reproductiva, incluyendo indicadores de resultados**
- Impulsar la atención al RN en los primeros 28 días.

A MEDIO PLAZO

- Promover la incorporación de prácticas basadas en la evidencia científica en la atención al parto y al nacimiento

A CORTO PLAZO

FORMACIÓN

Tomar como referente en cualquier tipo de formación, las GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL SNS desarrolladas en el marco de esta Estrategia, contribuyendo a su conocimiento y difusión:

- Guía de Práctica Clínica de atención al embarazo y puerperio a profesionales de los servicios de obstetricia y ginecología que prestan servicio en hospitales integrados en el SNS
- Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna entre todos los profesionales de los servicios de obstetricia, ginecología, área de maternidad y pediatría que prestan servicio tanto en los hospitales integrados en el SNS como Atención Primaria
- Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal
- Programas de formación/acreditación específicos y obligatorios bianuales
- Programa formativo mínimo exigible a profesionales que trabajen en esta área de salud, elaborado desde el Ministerio y/o Consejería, que repercuta en el complemento de productividad de los profesionales
- Incorporar de forma progresiva en los planes de formación continuada la atención a la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital con enfoque de género
- Disponer de una dotación económica anual para desarrollar un programa formativo para profesionales que trabajen en el ámbito de la salud reproductiva
- Formar y concientizar sobre el momento transcendental que supone el nacimiento de cada nueva criatura
- Formación en Atención a la lactancia
- Formación de profesionales sanitarios/as para evitar la Violencia Obstétrica
- Aumentar las horas disponibles para F. continuada

- Instar a los hospitales acreditados para la docencia a que se lleve a cabo una tutela efectiva de MIR de 1º y 2º y de EIR (Matrona y Pediatría)
- Incorporar de forma progresiva en el programa formativo de especialistas en ciencias de la salud la atención a la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital con enfoque de género
- Evitar interferencias de la industria de alimentación infantil. Facilitar que todos los profesionales conozcan y cumplan el Código de Comercialización de sucedáneos
- Aumentar la oferta de actividades formativas relacionadas con la salud reproductiva
- Incorporar de forma progresiva en los estudios de grado la atención a la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital con enfoque de género

A MEDIO PLAZO

- Potenciar la formación del embarazo y parto como procesos fisiológicos y saludables, así como el conocimiento de los factores que interfieren en la fisiología
- Incorporar en la formación de MIR /EIR el enfoque de género y de diversidad cultural y funcional en relación a la salud reproductiva
- Incluir en el programa de formación de manera transversal ("todo profesional sanitario puede cuidar a una familia") la formación en la atención a la muerte gestacional y perinatal, no dejando esta formación solo a matronas/enfermeras. Obligatoria en ginecología, obstetricia y neonato
- La formación que sea en horario laboral , a cargo del servicio autonómico de salud
- Realización de simulaciones en el aprendizaje de los Residentes EIR y MIR

A CORTO PLAZO

INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN

- Promover estudio desde el Ministerio para conocer la realidad de la atención al embarazo en los servicios de salud y la atención al parto normal y puerperio inmediato en las maternidades españolas
- Promover estudio desde el Ministerio para conocer la realidad de la lactancia materna
- Profundizar en el conocimiento de la menarquia analizando con enfoque de género los determinantes biopsicosociales y sus efectos
- Profundizar en el conocimiento de la salud de las mujeres durante la madurez, diferenciando entre los efectos de la menopausia y aquellos derivados del envejecimiento
- Crear una línea de subvenciones para proyectos innovadores que implementen las recomendaciones de la Estrategia en las maternidades del SNS
- Profundizar en el conocimiento de las actitudes y percepciones sobre la maternidad con enfoque de género
- Crear línea de subvenciones para proyectos innovadores que implementen las recomendaciones de la Estrategia en las maternidades del SNS

A MEDIO PLAZO

- Recursos financieros, humanos, formación para la implementación de los objetivos
- Autoevaluación por servicios y por profesionales en base a indicadores que muestren buenas prácticas en asistencia obstétrica y perinatal
- Implementación de proyectos de investigación-acción con participación comunitaria en materia de salud reproductiva con perspectiva de género para generar opinión en la población
- Fomento de la Escuela de Salud (buena práctica)
- Identificación y transferencia de buenas prácticas en la atención a la menarquia y la menopausia.
- Mejora en la participación de las mujeres



LARGO PLAZO

- Creación de Unidades de atención al parto de bajo riesgo gestionadas exclusivamente por matronas
- Liberación de parte del tiempo asistencial a aquellos profesionales que inviertan parte de su tiempo en investigación y formación, contratando personal suficiente para cubrir la jornada asistencial
- Premiar a los centros sanitarios con excelencia en el trato y en la atención
- Impulsar la investigación en los aspectos psicosociales de la atención al parto y el impacto en el bienestar de madres e hijos
- Control de embarazo normal y de bajo riesgo por matronas en Atención Primaria de manera generalizada en todas las áreas sanitarias
- Dotación de recursos blindada para la formación continuada y para las plantillas
- adecuadas que no estén sujetas a cambios a sensibilidades políticas
- Impulsar a través de subvenciones la adaptación de los Planes Funcionales de las maternidades del SNS y algunas mas.

La Asociación Española de Matronas participó en la reunión del Comité Técnico convocado el día 30 del pasado enero 2019 como uno de los miembros más antiguos y promotor de los comités desde el inicio de la EAPN.

Los planteamientos se han realizado por las entidades participantes y no hemos recibido consignas de limitaciones. Ya veremos los que lleguen a realizarse.

En este momento cualquier gobierno sería sospechoso de posturo preelectoral

LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA HA CELEBRADO SU “TROBADA”

La Asociación de Matronas de la Comunidad Valenciana (ACCV) celebró el pasado 29 de marzo sus décimas “Trobadas” con el lema *“Abriendo Nuevos Caminos”*.

La palabra “trobada” en valenciano y traducido al castellano significa “encuentro”, una palabra que puede hacer alusión tanto al *“acto de reunirse [una persona] con otra u otras en un mismo lugar”* o por otro, *“al hecho de descubrir o hallar algo o alguien”*. Ambas podrían ajustarse bien al hecho que tuvo lugar. Fue un día para reunirse las matronas valencianas, de diferentes áreas y departamentos, de primaria y especializada, para compartir experiencias personales y profesionales y al mismo tiempo descubrir y aprender nuevos conocimientos que podrían ampliar otros campos profesionales dónde poder desarrollar las competencias de las matronas.

El objetivo, bien explícito en el lema, era dar una visión ampliada de otros campos, nuevos o no para algunas compañeras, dónde la matrona puede desarrollar un gran papel o por lo menos, colaborar en mejorar la salud materno- infantil, unas veces con la prevención de determinadas situaciones de riesgo y otras, promocionando prácticas saludables tanto para la madre como para el/la recién nacido/a.

El acto de inauguración corrió a cargo de la mesa compuesta por la jefa de estudios de la Unidad Docentes de Matrona (UDM) de la CV, Dña. M^a José Alemany Anchel, la vocal matrona del CECOVA y Vicepresidenta de la AEM, Dña. M^a Isabel Castelló López y la Presidenta de la ACCV, Dña. Carmen Olcina Anaya.

Tanto los temas elegidos para esta jornada como los ponentes fueron de una calidad extraordinaria, abordando desde las nuevas tecnologías de de información y comunicación (TICs) aplicadas en



el ámbito profesional de las matronas hasta un tema tan controvertido como actual, sobre vientres de alquiler vs. gestación subrogada, en la que se vieron las posiciones contrapuestas de “a favor” y “en contra”, unos por “deseo de maternidad/paternidad” y otros por “hecho que atenta contra la dignidad de las mujeres”, “una forma de violencia machista”, “comercialización de vidas humanas” y otras tantas. En la mesa estuvo presente un representante de la Asociación por la gestación subrogada en España, D. Raúl Ruiz Cabello, una letrada especializada en derecho sanitario, Dña. Francisca Fernández Guillén y Dña. Modesta Salazar Agulló, conocida matrona, no sólo por su trayectoria profesional como investigadora en temas de género, sino por ser una luchadora a ultranza de los derechos de las mujeres y su defensa ante la violencia machista en cualquiera de sus vertientes.

Otra exposición interesante fue la de Dña. Lluisa García, psiquiatra, coordinadora de la Unidad de Salud Mental Perinatal del Clínic de Barcelona, quien ofreció una visión muy enriquecedora sobre los problemas psicológicos, sobre todo que debutan en el puerperio, y que tienen grandes riesgos si no se abordan o se tratan a tiempo, no sólo sobre la salud de la madre (suicidio) sino también sobre sus hijos (feticidios). El rol de la matrona, el adecuado acompañamiento, la detección precoz, tanto en el embarazo, parto (vivencia del tipo de parto) , y sobre todo, el puerperio (dónde suele debutar), pueden ser claves para su prevención.

La compañera, matrona, Dña. Paula García, supervisora en el hospital La Fé, habló del parto en el agua (bañera), sus pros y sus contras, sus indicaciones y contraindicaciones y sobre todo de los beneficios para el desarrollo de la dilatación, cuestiones que hay que conocer y formarse si una matrona quiere asistir o atender en este tipo de partos.

Dña. Pepa Vicente González, enfermera y terapeuta sexual, Presidenta de la AVSP, planteó el tema de la sexualidad en la etapa del climaterio y el papel de las matronas tanto como educadoras (promotoras de salud) como de detectoras de problemas o disfunciones sexuales en esta fase vital de la mujer.

Otros temas muy interesantes fueron los que trataron la Dra. Dña. M^a Carmen Collado, investigadora de ATA, sobre el gran papel de la alimentación y la microbiota materna y los beneficios en la transmisión al neonato a través de la lactancia natural o el parto ;y el otro ponente, el Dr. D. Diego Echevarría Aza, investigador del CSIC, quien expuso de manera comprensible un tema como es la Epigenética Humana, la influencia del medio ambiente (externo) en el modelaje genético sobre todo, del cerebro, órgano que modifica diariamente no sólo su genética durante su formación, sino su funcionalidad.

10ª TROBADA

Valencia, 29 de Marzo de 2019

 **Associació de Comares**
de la Comunitat Valenciana

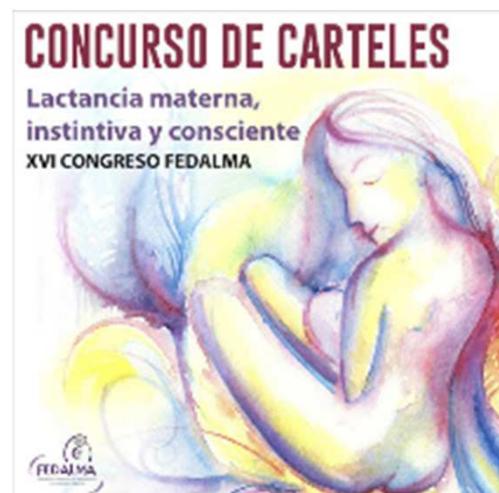


Según el Dr. Echevarría, “somos lo que el cerebro quiere que seamos” y la importancia de las condiciones de salud integral de la madre incluso preconceptionalmente así como, los cuidados durante el periodo de desarrollo embrionario y fetal. Aquí las matronas podemos desarrollar nuestras competencias, como expertas profesionales en el cuidado de las gestantes en especial y de las mujeres en general.

Esperemos que la apertura a nuevos caminos en la formación continua y continuada de las matronas se traduzca en la mejora en la calidad de cuidados que ofrecemos día a día tanto a las mujeres y hombres, niñas y niños recién nacidos, parejas, familias, personas en definitiva, que hagan de la futura sociedad, una sociedad sana y feliz, que por nosotras/os no quede!!.

III CONCURSO DE CARTELES "CONGRESOS FEDALMA PRO LACTANCIA MATERNA"

FEDALMA (Federación española de asociaciones y grupos pro lactancia materna) convoca una nueva edición de su Concurso anual de carteles.



BASES DEL CONCURSO

1. Podrán participar todas las personas que lo deseen, sin limitación alguna, individualmente o de forma conjunta.
2. Las obras han de cumplir los siguientes requisitos en presentación y formato:
3. Las obras han de ser de creación propia, original e inédita, realizada en cualquier técnica.
4. Cada participante podrá presentar solamente una obra.
5. Se aceptará únicamente fotocopia a color o impresión, nunca el original. Deberá enviarse una copia impresa, presentada sobre soporte rígido para su exposición, y además una copia digital con buena calidad (cd, usb pendrive, etc).
6. El cartel presentado debe contener solo la ilustración, sin ningún tipo de texto.
7. Medidas de la ilustración: 297 mm de ancho por 420 mm de alto. La ilustración debe ir en posición vertical.
8. Las obras no podrán llevar el nombre del autor de manera visible y se presentarán en sobre, sin firma ni nombre. En su interior se incluirá otro sobre con los datos personales: nombre, edad, dirección completa, teléfono y dirección de correo electrónico.
9. Las obras deberán ser enviadas por correo al Apartado de Correos 27347 08020 Barcelona haciendo constar en el sobre "Concurso Cartel XVI Congreso FEDALMA".
10. El plazo de recepción finalizará 31 de mayo de 2019. No se aceptarán aquellas obras que lleven el matasellos de correos con fecha posterior.
11. El original se solicitará únicamente al ganador. Los concursantes se responsabilizan totalmente de que no existan derechos a terceros en las obras presentadas, así como de toda reclamación que pueda interponerse por derechos de imagen o análogos.
12. La dotación económica para el autor del cartel que resulte ganador será de 500 €. El importe de la dotación económica está sujeto a los impuestos o retenciones vigentes según Ley, excepto de exención concedida por el órgano competente de la Administración Tributaria.
13. La organización se reserva el Derecho a otorgar, si lo estima oportuno, un segundo premio al cartel finalista. Si fuera otorgado, la dotación económica para el autor del cartel finalista sería de 250 €. El importe de esta dotación económica está sujeto a los impuestos o retenciones vigentes según Ley, excepto de exención concedida por el órgano competente de la Administración Tributaria.
14. La imagen del cartel finalista podrá ser usada por FEDALMA para difusión de proyectos propios (cursos u otras actividades).
15. El jurado estará compuesto por miembros de la organización del congreso y especialistas en diseño.
16. El jurado podrá declarar el premio desierto y resolver todos los aspectos no previstos en estas bases.
17. El veredicto se dará a conocer antes del 30 de junio 2019 a través de la página web de FEDALMA y se comunicará personalmente al ganador.

El cartel ganador será la imagen del próximo Congreso FEDALMA

ELOGIO DE UN GINECOLOGO A LAS MATRONAS Y AUXILIARES DEL PARTORIO DEL HOSPITAL DE XATIVA

Ramillete selecto del arte
De amar a dolientes y gozosas gestantes,
Son nuestras matronas y auxiliares
Por aquellas se apresuran, se afanan constantes,
Se desvelan, se azoran,
siempre con un rostro afable.

Como faro que a los navegantes
En el mar proceloso guía,
Como rocas que arrostran mil embates,
Firmes resisten a porfía,
Para que en ellas pueda sujetarse
Quien más las necesita,
En la jornada importante y decisiva

Su paciencia es infinita,
Su calma no conoce adarme.
Siempre prestas y solícitas,
Se ofrecen sin medida, sin ambages.
Desconocen la mortal rutina.
En su labor diaria les anima
La pasión de los amantes.

No las adorna la sola ciencia fría
Que las haría distantes,
Sino el espíritu de entrega
Que infunde la sabiduría
que en nuestra labor se espera.

No es el saber grandilocuente,
Ni la soberbia vana,
Que trata al otro displicente,
Ni la ceremonia que engalana
Un vacío de la mente.

Es la mano tendida, la caricia,
El gesto cercano que abraza y envuelve
En un aura que consuela e ilumina,
El silencio que expresa lo evidente.

Ellas merecen este cálido homenaje
Por esa innata cercanía,
Cuando es más agudo el trance,
Por esa discreta simpatía
Cuando más la angustia embargue
Y zozobre entereza y valentía

Y si nadie nos ocupa o nos visita,
En el asueto, se comparten
confidencias, relatos y risas,
Sesiones de pelis memorables
Que despiertan sana envidia.
Nuestro espíritu se expande
En aromas de familia.

Es de obligada justicia
Que su tarea se alabe,
Se aliente su general estima,
Y en pago, si cabe,
Se estimule su mejora continua
A la que como profesionales
Siempre ilusionadas aspiran.

Ahí va lo prometido,
Que siendo deuda,
Queda saldada
Doblemente si, con buen tino,
En este modesto poema,
Te sientes reflejada.
Siempre con cariño.

Antonio Antolí Francés
Jefe Clínico del Servicio de
Obstetricia y Ginecología
Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva)
Valencia

**32 CONGRESO
INTERNACIONAL DE
MATRONAS ICM**



**International
Confederation
of Midwives**



INSCRIPCIONES	DESCUENTO BONO	MADRUGADOR	REGULAR
	30 septiembre 2017 a 28 febrero 2019	1 marzo 2019 a 2 marzo 2020	3 marzo-21 junio, 2020.
Delegado	715 USD	815 USD	915 USD
Matrona recién titulados *	575 USD	675 USD	775 USD
Delegado - países de desarrollo humano bajo **	615 USD	715 USD	815 USD
Recién titulados partera - países de desarrollo humano bajo **	475 USD	575 USD	675 USD
Matrona estudiante ***	270 USD	370 USD	470 USD
Día de Registro (junio 22 o 23 o 24)		320 USD	320 USD
Día de Registro (25 de junio)		190 USD	190 USD
Personas de compañía		200 USD	200 USD

TODA LA INFORMACIÓN EN:

<http://www.midwives2020.org/registration>



PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:

Tipo de presentaciones.

Los cinco tipos principales de presentaciones son:

- Presentaciones orales
- Presentación de posters
- Simposio
- Habilidades Talleres de investigación de tres minutos en la práctica o la innovación
- **Sesiones temáticas especiales**
- ¿Cómo se manejan las parteras alivio del dolor para las mujeres?
- ¿Cómo pueden gestionar parteras hemorragia postparto a través de configuración del nacimiento?
- ¿Cómo pueden parteras contribuir a reducir las cesáreas innecesarias?

PLAZOS DE ENVIO	
Fecha límite de presentación	15 de mayo de 2019
Notificación de aceptación	11 de septiembre de 2019
El presentador debe estar registrado	01 de noviembre 2019

CONSULTAS EN:

abstracts@midwives2020.org

TODA LA INFORMACIÓN DEL CONGRESO EN: www.midwives2020.org



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:

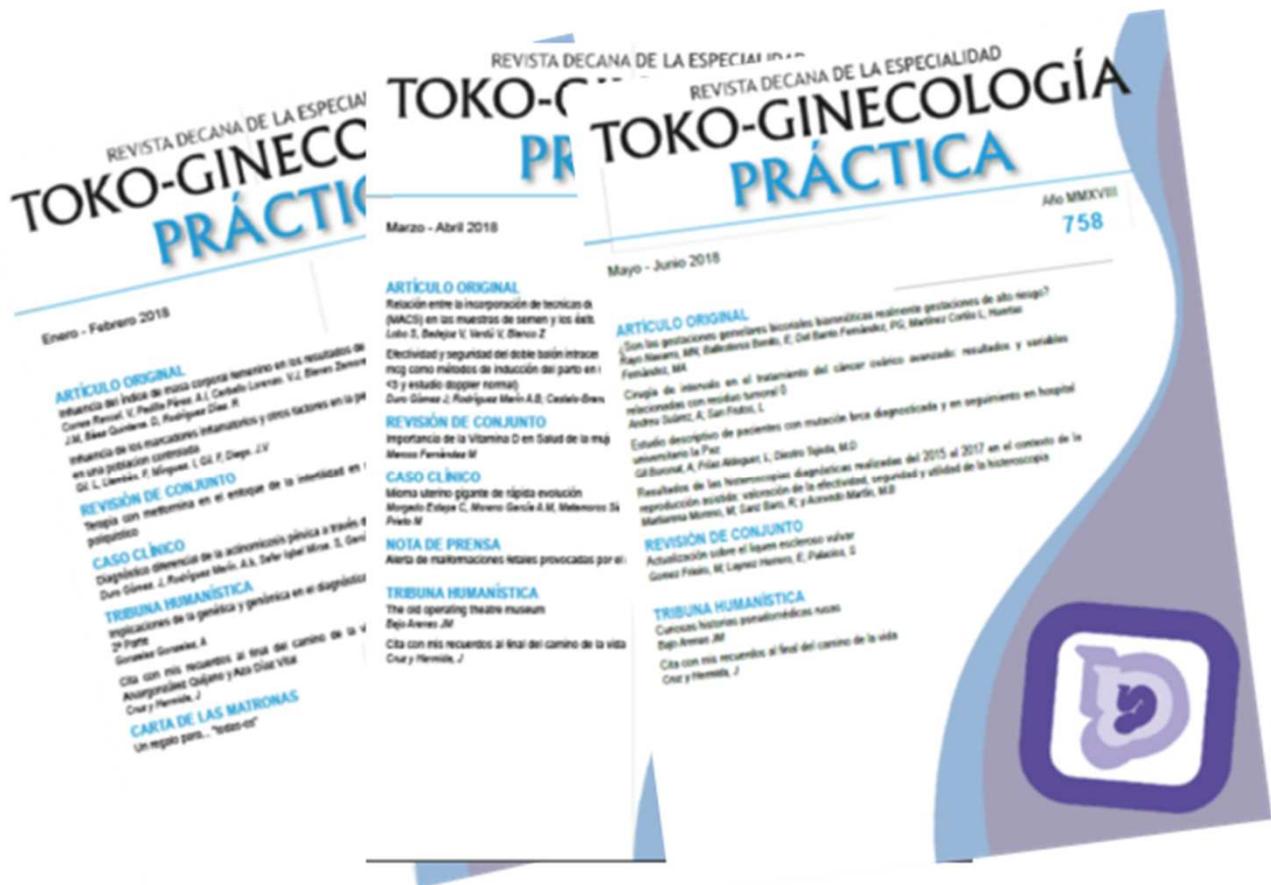
- Título del trabajo.
- Nombre de los autores.
- Profesión y cargo de todos los autores.
- Lugar de trabajo.
- Dirección para correspondencia, teléfono y correo electrónico habitual de contacto.

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



LA SALA PRIMERA DEL TRIBUNAL SUPREMO ADMITE UN RECURSO DE CASACIÓN INTERPUESTO POR UNA DIPLOMADA DE ENFERMERIA PARA ACCEDER A TITULACIÓN POSTGRADO

El **Tribunal Supremo** ha decidido estimar el recurso de una **diplomada en Enfermería** para crear jurisprudencia sobre si los requisitos de acceso a estudios superiores de posgrado son trasladables a los poseedores de titulaciones previas al sistema de créditos del **Plan Bolonia**.

Según la sentencia, el Alto Tribunal atiende a la demanda de esta diplomada que quería hacer un doctorado, pero que se le denegó la matrícula alegando que **carece de los créditos suficientes** para hacer estos estudios de posgrado.

La recurrente alegó que su situación afecta a un gran número de situaciones, ya que la interpretación del Tribunal Superior de Justicia de Galicia supondría que todos los **diplomados en Enfermería conforme al plan antiguo no podría acceder a estudios de postgrado**.

Y es que la demandante denunció su caso ante el Contencioso-Administrativo, que falló en su contra, recurriendo posteriormente al **Tribunal Superior de Justicia de Galicia (TSJG)**, que también sentenció en el mismo sentido.

Correspondencia entre títulos

La sentencia del tribunal territorial considera que **“la equiparación que pretende la recurrente entre la diplomatura en Enfermería y el nivel de grado no tiene amparo normativo**. Puesto que la recurrente obtuvo su diplomatura en Enfermería bajo una normativa anterior al RD 1393/2007, se le aplica a cada uno de sus cursos 60 créditos ECTS por año, sumando por ello en total 180 créditos, a los que se suman los 60 correspondientes a la maestría,

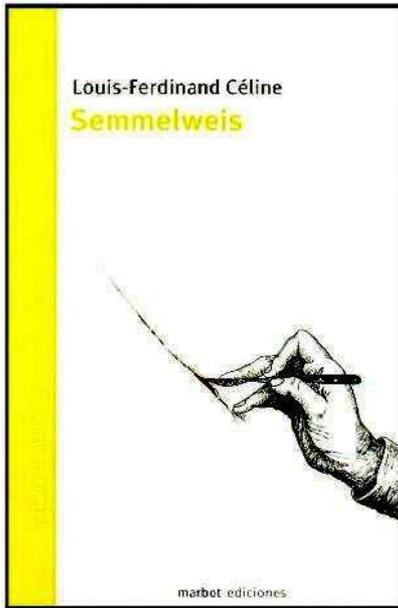


arrojando un total de 240 créditos, **insuficientes para acceder al programa de doctorado”**.

Ahora, el Tribunal Supremo, para ofrecer una solución no solo a los **diplomados en Enfermería**, sino también a otros titulados en esta misma tesitura, establecerá jurisprudencia para juzgar la hora de analizar la correspondencia entre los títulos universitarios oficiales obtenidos con la normativa anterior al sistema Bolonia.

Es decir, ver si de los títulos correspondientes al nivel del marco español de cualificaciones para la educación superior (Meces), supone una auténtica y completa homologación con el título de grado (Meces 2), más allá de una mera correspondencia a efectos académicos y profesionales, **“permitiendo en consecuencia el acceso a programas oficiales de posgrado”**. A partir de ahora continúa la tramitación del recurso, siendo el Tribunal Supremo, dentro de unos meses, deliberará sobre el asunto y **dictará la sentencia correspondiente**.

Fuente Redacción Médica



Traigo a estas páginas una biografía de Semmelweis descubridor de los principios de la asepsia en pleno siglo XIX, en el involuntario y dramático laboratorio que constituían entonces las maternidades a estos efectos.

Sin saberlo las matronas y sus cuidados son la base del trascendente descubrimiento (asepsia) de ese médico con profunda vocación y talento, que no puede aceptar sin hacer nada la mortalidad de las púerperas por cientos. Las matronas como el resto de sanitarios, empezando por los médicos, desconocen el fundamento de utilizar **métodos y procedimientos de higiene en sus prácticas y el ambiente en que desarrollan su labor, con la finalidad de evitar la contaminación del mismo**

por agentes infecciosos y patológicos. Desconociendo la prevención de las infecciones pero asumiendo que la higiene personal y ambiental era parte de los cuidados, las matronas fueron artífices de un gran logro continuado: exponer a las madres menos que los médicos a una muerte segura en el puerperio por causa de la fiebre puerperal.

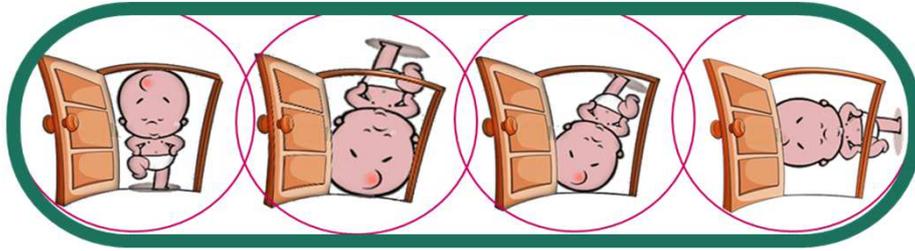
Semmelweis vio la diferencia entre el porcentaje de muertes con que contaban en la clínica atendida por las matronas y la de los médicos, le conmovió el horror de las mujeres cuando se les destinaba a esta última y no se rindió sólo a la evidencia sino que la utilizó para hacer el gran descubrimiento en la atención maternal: la asepsia. Sin embargo, la comunidad médica del momento rechazó de plano sus tesis, convirtiéndole en un paria dentro de la profesión y obligándole a contemplar desde detrás de la valla cómo proseguía la matanza.

Céline, pseudónimo de su autor (Louis Ferdinand August Destouches), novelista y médico presentó su tesis doctoral en 1924 bajo el título "La vida y obra de Philipp Ignace Semmelweis (1818-1863)", editada comercialmente en 1936 y desde esa fecha se han sucedido ediciones hasta esta de 2009 que comento. Es un libro especial dentro de la obra del autor, a medio camino entre el ensayo, la biografía y la ficción, el relato de la vida de Semmelweis le sirve para denunciar la estupidez y la mezquindad humanas con una radicalidad propia de su talante hasta el punto de que en su prefacio hablando de la clase médica dice "el mundo solo pervive gracias a la generosa ebriedad de la salud, una de las magníficas fuerzas de la juventud, que cuenta también entre ellas la ingratitude y la insolencia". Es posible que Céline quisiera ver en Semmelweis a una figura tan lúcida, marginal y denostada como el mismo. "Todo -escribe- se expía, tanto el bien como el mal se pagan, tarde temprano. Naturalmente, el bien es mucho más caro".

Es un libro muy sencillo y corto, de leer (en esta edición apenas 125 pequeñas páginas), con datos y cifras absolutamente reales de una Europa en la que en medio del siglo XIX, "ponerse a parir era sinónimo de ponerse a morir", como se decía en nuestra patria en tiempos pretéritos y no por solo por causa de los sinsabores del parto, sino y más bien, porque entonces las mujeres tenían en su cabeza algo que les venía de antiguo que era la posibilidad de que una madre falleciera en el parto, lo que por fortuna no es así actualmente.

Para quienes quieran leer este interesante biografía he descubierto en la red que está disponible, aunque es otra edición, en este link,

<http://documentos.morula.com.mx/wp-content/uploads/2011/05/L.F.C.-Semmelweis.pdf>



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.

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 del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
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.

Política de devoluciones.

No se hará ninguna devolución de matricula si la cancelación se produce con menos de 1 semana de antelación.

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

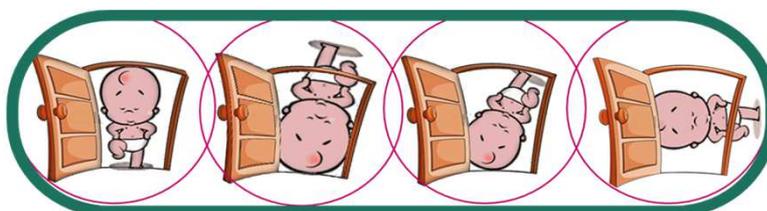
PRESENTACIÓN ANORMAL DEL OBJETO DE PARTO- EL PARTO PODÁLICO

- 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

SOLICITADA ACREDITACIÓN



CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO



NUEVA EDICIÓN: 7 al 11 OCTUBRE de 2019

Objetivos

- ✓ Actualizar / reforzar / capacitar sobre conocimientos y habilidades prácticas para interpretar los datos obtenidos de la valoración fetal durante el parto.
- ✓ Señalar los pasos necesarios para realizar una valoración fetal sistemática durante el parto.
- ✓ Identificar aquellas situaciones en las que existen interferencias en el intercambio transplacentario de gases así como aquellas que requieren intervención inmediata.
- ✓ Definir las intervenciones que se derivan de la valoración fetal, con especial atención a las que deben realizarse cuando se detecta un patrón de estrés o de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

FECHAS: 7 -11 octubre 2019
Horario: 15:30 a 20:30h.

LUGAR: Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid

Matricula:
Socios y vinculados: 20 €
Residentes: 70 €
No asociados: 80 €

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

PLAZO DE INCRIPCIÓN: de 1 de julio a 1 de octubre de 2019

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Solicitada acreditación del Agencia de Acreditación de Formación Continuada del S.N.S

40 AÑOS 40 LOGROS



www.aesmatronas.com

