





Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas de matronas de España, de forma gratuita en formato "on line".

Con una periodicidad mensual buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

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

En éste número...

☐ ESPECIAL I:

- LA INTEGRIDAD

☐ HEMOS LEÍDO QUE:

- RELACIÓN ENTRE USO DE PANTALLAS CON UN PEOR DESARROLLO DE LOS NIÑOS
- ¿POR QUÉ LA BAJA MATERNAL DEBE DURAR SEIS MESES?
- EL SUPREMO CENSURA UNA OPE QUE NO EVALUÓ LOS MÉRITOS EN CENTROS CONCERTADOS
- EL USO DE IBUPROFENO PUESTO EN CUESTIÓN TRAS NUEVO ESTUDIO

☐ MUY INTERESANTE:

- LA INMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES MICOTICAS DEL TRACTO GENITO-URINARIO.
- RESUMEN SAMEN 2019

☐ BREVES

- II CURSO DE INTERPRETACIÓN DE RCTG
- CONGRESO INTERNACIONAL CMV
- CONGRESO INTERNACIONAL SEPTIEMBRE DE 2019. WINDHOEK, NAMIBIA (ICM)
- CONGRESO NACIONAL LACTANCIA IHAN
- COOPERACIÓN INTERNACIONAL
- NOTICIAS DE SIMAES.

☐ BUENAS NOTICIAS:

- III CONCURSO DE CARTELES "CONGRESOS FEDALMA PRO LACTANCIA MATERNA"
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM
- 10 TROBADA DE COMARES VALENCIANAS.
- LA ICM CONVOCA 2019 YOUNG MIDWIFERY LEADERS
- PREMIOS MARIBEL BAYÓN.

☐ PERLAS JURÍDICAS:

- CÁRCEL E INHABILITACIÓN A UNA MATRONA POR UNA MONITORIZACIÓN INADECUADA

☐ LECTURA RECOMENDADA:

- LAS AVENTURAS DE UNA COMADRONA

☐ AGENDA A.E.M.

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

☐ 40 ANIVERSARIO.



LA INTEGRIDAD

Las exigencias éticas en el desempeño de la Enfermería, en general, y las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (Matronas), resultan particularmente importantes por la trascendencia de su cometido: la atención técnica y el cuidado humano de personas vulnerables (tal y como describí en el número anterior), y la relación de especial confianza y cercanía que con ellas se establece. Esto requiere por parte de las matronas, un esfuerzo positivo y permanente para preservar los derechos inherentes a la dignidad de la persona en el contexto de la relación sanitaria: la vida, la integridad física, psíquica y moral, la seguridad, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía, etc. De alguna de ellas ya hemos hablado en anteriores números, pero quizá falta abordar “la integridad” como un valor a añadir a nuestro recorrido por la bioética aplicada a nuestra profesión de una manera más consciente.

Cada día está más presente en nuestro vocabulario “profesional”, hablar de los “cuidados integrales”, de la “atención integrada”, incluso hay una escuela de “psicología integrativa”. En el ámbito de la bioética, se aborda como un derecho de la persona a “*respetar su integridad física, psíquica y moral*” recogido en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), la Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1996), así como en el Código Deontológico de la Enfermería Española, (1989), el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (2005), Código de ética y deontología de la enfermería de la CV (CECOVA 2010), y por supuesto, en el Código Deontológico de Matronas (AEM 2011).



Declaración Universal
sobre Bioética y
Derechos Humanos

En éste último llama la atención una frase del preámbulo refiriéndose a lo que es este código

“...pretende ser un manifiesto y compromiso de integridad, independencia, objetividad, confidencialidad y competencia profesional que sirva para fortalecer el grado de credibilidad y confianza de la sociedad hacia las matronas.”

Desde el punto de vista legal, la Constitución Española de 1978, lo recoge en el Título I (Derechos y deberes fundamentales), Capítulo I, en su artículo 15 “*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. (...)*”.

Con todo este despliegue de material ético-legal que tenemos como ciudadanos/as y como profesionales de la salud, cabe pensar que cualquier incumplimiento en uno u otro ámbito conlleva una falta ética y/ o una sanción legal.

Pero mi reflexión es: ¿qué es cuidar de una manera integral? ¿qué es un compromiso de integridad? ¿qué es ser una persona íntegra? y por supuesto, ¿qué es la integridad?





MARCO CONCEPTUAL

Integridad deriva de la palabra de origen latino *integrītas o integrātis*, que significa **totalidad, virginidad, robustez y buen estado físico**.

También, integridad deriva del adjetivo *integer*, que significa **intacto, entero, no tocado o no alcanzado por un mal**. Observando las raíces de este adjetivo, este se compone del vocablo *in-*, que significa **no**, y otro término de la misma raíz del verbo *tangere*, que significa **tocar o alcanzar**, por lo tanto, la integridad es la **pureza original (sinónimo de pureza que tienen todas las vírgenes) y sin contacto o contaminación con un mal o un daño**, ya sea físico o moral. Así que, como cualidad, la integridad es el estado de lo que está completo o tiene todas sus partes, es la totalidad, la plenitud. Lo íntegro es algo que tiene todas sus partes intactas o puras.

Tipos de integridad:

Definida etimológicamente el concepto, podemos ver los diferentes tipos de integridad. Por un lado, la referida a la persona, **"integridad personal"**, como el conjunto total de aptitudes que puede poseer un ser humano, pero eso queda muy ambiguo, sería más claro decir que, *es el individuo que posee un conjunto de cualidades como ser un individuo educado, honesto, que tiene control emocional, que tiene respeto por sí mismo, apropiado, que tiene respeto por los demás, responsable, disciplinado, directo, puntual, leal y que tiene firmeza en sus acciones, por lo tanto, es atento, correcto e intachable*. Posiblemente todos aspiremos a ser personas íntegras o lo que diríamos en lenguaje coloquial, a "ser una buena persona". En general, una persona íntegra es **alguien en quien se puede confiar**.

En este caso hablaríamos de la integridad como un valor ético que se adjudica a una persona que posee **"integridad moral"** como entereza moral, rectitud y honradez en la conducta y en el comportamiento. . Por lo tanto, la integridad moral la definiríamos

como: **como la cualidad de una persona que la condiciona y le da autoridad para tomar decisiones sobre su comportamiento y resolver los problemas relacionados con sus acciones por sí misma**. Está relacionada con los pensamientos, los comportamientos, las ideas, las creencias y la forma de actuar de cada individuo, lo que es lo mismo, la actitud ante cualquier aspecto de la vida

La integridad moral apela al ser humano a hacer lo que debe hacer en base a sus creencias, religiosas o no, pero sí con valor ético. De aquí se deriva el "compromiso de integridad" escrito en el Código de la AEM de como un compromiso de honestidad y honradez en nuestra conducta y comportamiento profesional.

Por otro lado, está la **"integridad física"** y yo añadiría **"psíquica o emocional"** que junto con la anterior, como ya hemos referenciado, forma parte del derecho fundamental de cualquier persona y por lo tanto nos obliga a protegerla como ciudadanos, como miembros de una sociedad "civilizada". En este sentido, se relaciona con el derecho a no ser objeto de vulneraciones en la persona física, tales como lesiones, torturas, tratos inhumanos, penas crueles, o la muerte, pero también a no causar daño psicológico





o emocional. Muchas veces, al mismo tiempo que se causa el daño físico se puede dañar lo psíquico, pero no necesariamente tiene que haber daño físico en el daño psíquico emocional, entiéndase como ejemplo, el maltrato psíquico en la violencia machista. Mantener (cuidar) a la persona íntegra sería mantenerla "sana, entera, sin daños (de ningún tipo)".

Hay otros tipos de integridad: la informática (la de datos), la referencial, la del mensaje, pero para el tema que nos ocupa no son necesario explicar.

MARCO OBSTÉTRICO:

Creo que después de conocer los conceptos podemos referenciarlos en nuestro campo profesional como matronas, así, ofrecer unos cuidados integrales a las mujeres (o familias) es "ofrecer las acciones de cuidado necesarias hacia su persona, incluyendo no sólo los cuidados físicos, sino también psicológicos o emocionales, encaminados a preservar y/o mejorar su salud en el más amplio sentido de la palabra, tal cual define la OMS (*"Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*).

Hasta aquí nada nuevo, pero ¿qué pasa con la integridad moral?, ¿la tenemos presente en nuestras actividades profesionales? Realmente ¿se respetan las "creencias" de las mujeres que asistimos o atendemos en todas las circunstancias?. Por deontología y por ley, estamos obligadas a no causar "daño moral" (ni ningún otro, claro) tal y como reza en el Cap.I art. 1 del Código Deontológico de Matronas Españolas, o en cualquier otro código de enfermería, e incluso en la Carta Magna. Seguro que cuando alguien lea esto pensará, "Yo no hago eso"!!! "!!! Y puede que así sea, mi enhorabuena. Pero tal y como vimos en el número anterior, la población a la que atendemos, asistimos o cuidamos, o parte de ella, es "muy vulnerable" por lo tanto muy sensible a ser "dañada" con nuestros hechos (acciones) u omisiones, pero sobre todo, con nuestro lenguaje verbal o no verbal. Un mal gesto, una mala cara, un reproche, una crítica, una desvalorización, en fin, tantas cosas de las que muchas veces no somos conscientes, y que las hacemos de manera rutinaria que pueden vulnerar la integridad de la persona.

Sin embargo, no nos "pre-ocupamos" de conocer (para una mejor conexión o comunicación) cuál es el bagaje que trae esa persona cuando acude a nosotras/os, cuál es su historia vital, su biografía. Condición necesaria, en mi opinión, para conocer su actitud ante la circunstancia que nos ocupa (embarazo, parto, lactancia, etc.), de manera

**Somos lo que hacemos
de forma repetida. La
excelencia, entonces,
no es un acto, sino un
hábito.**

-Aristóteles



que partiendo del respeto podamos establecer una relación de confianza suficientemente "completa" (integral) como para que permita una mayor calidad nuestros cuidados. Quizá sea esa la actitud o virtud, la que hace que seamos unos/as profesionales íntegros/as, capaces de ver más allá de un órgano o de un proceso, ver a la persona que atendemos como un todo (ser íntegro) y con unos valores éticos que nos hagan excelentes profesionales.





CONCLUSIONES

Decía Aristóteles (S.IV a.C.) que “para ser un buen profesional había que ser una buena persona”. Este filósofo griego subordina todos los bienes y fines que realiza y persigue el hombre (ser humano), de tal modo, que la consecución de unos bienes nos llevan a otros superiores, un fin último que se quiere por sí mismo y no como un medio que él llama “eudalmonía”, que quiere decir “vivir bien y actuar bien”. Dicho de otra manera, el criterio último para juzgar una actuación y el bien que realiza es, en la medida que contribuye a vivir esa vida plena (íntegra) no sólo cada uno para sí mismo, sino, por, con y para los otros. Una buena actuación profesional será aquella en la que la persona, a través de su profesión, practica las virtudes éticas personales en su entorno laboral. En definitiva, ser una persona íntegra te hace ser un profesional íntegro. Y en eso estamos día a día!!!

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

REFERENCIAS

1. Código Deontológico de la Matronas Españolas (AEM 2011)
2. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua
3. www.significados.com

DECLARACION VERACIDAD HONESTIDAD ETICA INVESTIGACIÓN NORMAS DEONTOLOGICAS
 INVESTIGACIÓN BIOETICA DECLARACION HELSINKI INVESTIGACIÓN
 BIOETICA VERACIDAD HONESTIDAD ETICA INVESTIGACIÓN Normas DEONTOLOGICAS
 ETICA Deontología INVESTIGACIÓN BIOETICA DECLARACION HELSINKI
 INVESTIGACIÓN BIOETICA DECLARACION VERACIDAD HONESTIDAD ETICA
 INVESTIGACIÓN NORMAS DEONTOLOGICAS INVESTIGACIÓN BIOETICA DECLARACION
 VERACIDAD HONESTIDAD ETICA INVESTIGACIÓN NORMAS DEONTOLOGICAS
 ETICA DEONTOLOGIA INVESTIGACIÓN BIOETICA DECLARACION INVESTIGACIÓN
 investigación BIOETICA DECLARACION VERACIDAD
 HONESTIDAD ETICA INVESTIGACIÓN NORMAS Deontologicas
 INVESTIGACIÓN BIOETICA DECLARACION HELSINKI ETICA
 VERACIDAD honestidad ETICA INVESTIGACIÓN NORMAS
 DEONTOLOGICAS ETICA DEONTOLOGIA INVESTIGACIÓN

RELACIÓN ENTRE USO DE PANTALLAS CON UN PEOR DESARROLLO DE LOS NIÑOS

Los que más tiempo las consumen a los dos y tres años menos capacidades alcanzan con tres y cinco Autor: Javier Salas El País

"Los padres pueden pensar en las pantallas como si les dieran comida basura a sus hijos: en pequeñas dosis no es tan malo, pero con exceso tiene consecuencias", afirma la psicóloga Sheri Madigan. Hoy se ha hecho público su último estudio, en el que se empezó a trabajar hace una década, reclutando a embarazadas dispuestas a que se analizara el desarrollo de sus futuros bebés. En concreto, cómo les afectaría el tiempo que pasan delante de pantallas: televisión, ordenadores, videojuegos, tabletas, móviles... "Este estudio muestra que, con exceso, el tiempo frente a la pantalla puede tener consecuencias para el desarrollo de los niños", resume Madigan, investigadora de la Universidad de Calgary. Además, esta relación podría tener un componente socioeconómico.

El estudio, que siguió a 2.400 niños canadienses, mostró que cuanto mayor era el tiempo pasado delante de pantallas a los dos y tres años, peor era el desempeño de estos críos a los tres y cinco años, cuando se les realizaba un test de desarrollo. Este examen analiza su progreso en cinco dominios clave: comunicación, habilidades motoras (gruesas y finas), resolución de problemas y habilidades sociales. "Para medir la comunicación en un niño de tres años, por ejemplo, preguntamos si un niño puede formar una oración de cuatro palabras o identificar las partes más comunes del cuerpo", explica Madigan. Y añade otros ejemplos, de las 30 pruebas realizadas: "Para las habilidades motoras,



observamos si un niño puede ponerse a la pata coja o poner cuentas en una cuerda". Las diferencias dependiendo del uso de estos aparatos eran modestas pero significativas a lo largo de las tres oleadas del estudio, según la psicóloga, que dirige el laboratorio especializado en estudiar los determinantes del desarrollo infantil de la universidad canadiense. Entre los niños estudiados, el pico de uso de pantallas se dio a los tres años, antes de escolarizarse, con 25 horas semanales de media.

El estudio expone que el desarrollo infantil se despliega rápidamente en los primeros cinco años de vida, por lo que es un período crítico de crecimiento y maduración. Y el mecanismo por el que estos aparatos lastran ese despliegue es sencillo: "Cuando los niños pequeños están observando pantallas, pueden perder oportunidades importantes para practicar y dominar las habilidades interpersonales, motoras y de comunicación", explica el estudio. Por ejemplo, cuando están ante la pantalla sin un componente interactivo o físico se hacen más sedentarios y, por lo tanto, no practican habilidades como caminar y correr, que a su vez retrasan el desarrollo en este campo. Las pantallas también pueden interrumpir las interacciones con sus padres y su entorno al limitar las oportunidades de intercambios sociales verbales y no verbales, que son esenciales para fomentar un crecimiento óptimo, según este trabajo.



Los dispositivos digitales y las pantallas son ahora omnipresentes en las vidas de los niños y en los últimos años varios estudios han encontrado asociaciones negativas con el excesivo tiempo de ocio que les dedican, explican los autores de este estudio, que se publica en JAMA Pediatrics (de la Asociación de Médicos de EE UU). Por ejemplo, ya se sabía que el abuso de la tele hace que el habla avance más lentamente entre los más pequeños. Que las pantallas perjudican el sueño de los menores en una etapa crucial. Y que incluso en críos más mayores, alrededor de los diez años, también parecen lastrar su desarrollo cognitivo.

El abuso de estos aparatos retrasa el desarrollo del habla y perjudica al sueño de los más pequeños, un elemento esencial en ese periodo

Una de las principales limitaciones de este estudio, como sus precedentes, es que no se hace ningún tipo de distinción por aparato, contexto o tipo de contenido. Es decir, una hora a solas ante la tableta viendo vídeos online en bucle cuenta igual que una hora viendo un programa interactivo de baile junto a su madre. Para Madigan es probable que cuando se analicen estos detalles aparezcan diferencias mucho más significativas. De este modo, quizá podríamos saber en detalle cuáles son los hábitos realmente nocivos para los pequeños y cuáles completamente inocuos, aunque se hagan mirando a una pantalla igualmente. La Academia de Pediatría de EE UU recomienda limitar el uso de todos estos medios porque "puede significar que los niños no tienen suficiente tiempo durante el día para jugar, estudiar, hablar o dormir". La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria defiende que "los niños menores de dos años no deben ver televisión".



DIRECTRICES DE USO DE PANTALLAS ELECTRÓNICAS DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA

Según el informe "Growing Up Digital" de la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), que fue publicado en octubre de 2015:

"El estudio Zero to Eight realizado en 2013... demostró que el 38 % de los bebés menores de 2 años de edad utilizaba dispositivos móviles, como teléfonos inteligentes. Un estudio de Pew Research realizado en 2015 informó que el 73 % de los jóvenes de 13 a 17 años de edad tenía un teléfono inteligente y el 24 % admitió usarlo casi todo el tiempo".

El informe cita datos de investigaciones que demuestran que los bebés menores de 1 año de edad no pueden aprender el lenguaje de forma efectiva por medio de videos, mientras que sí aprenden el lenguaje al interactuar en vivo.

Hasta la edad de 2 años de edad, las presentaciones en vivo son muy superiores para el procesamiento y aprendizaje del lenguaje, en comparación con las presentaciones en video.

Según el informe, "está claro que los niños muy pequeños requieren de una 'interacción contingente —intercambio social bidireccional— que promueva su aprendizaje". También se señala en el informe del programa investigativo 60 Minutes.

La investigación demuestra que los bebés no pueden trasladar lo que aprenden del iPad al mundo real, ni de la interacción bidimensional a la realidad tridimensional. Por ejemplo, la capacidad de jugar con Legos virtuales no puede traducirse en la habilidad de manipular bloques reales de Lego.

¿POR QUÉ LA BAJA MATERNAL DEBE DURAR SEIS MESES?

Si los mamíferos tenemos glándulas mamarias es para poder alimentar a las crías hasta que puedan tomar otros alimentos y progresivamente se vayan destetando

Las madres trabajadoras no deberían tener que elegir entre seguir amamantando a sus hijos o reincorporarse a su puesto de trabajo. La leche de fórmula no aporta los mismos beneficios que la leche materna.



Si los mamíferos tenemos glándulas mamarias es para poder alimentar a las crías hasta que puedan tomar otros alimentos y progresivamente se vayan destetando. En el caso de los seres humanos, deberíamos ser amamantados de forma exclusiva los seis primeros meses de vida y en combinación con otros nutrientes mínimo hasta los dos años o más de edad. Por tanto, toda madre que decide amamantar aspira a que su bebé llegue a los seis meses sin que este tome leche de otra especie ni ningún otro alimento.

No siempre los inicios de la lactancia resultan fáciles, demasiadas veces supone vencer algunos obstáculos. En ocasiones, se consiguen superar poco antes de la vuelta al trabajo, justo cuando se está disfrutando de la lactancia es cuando hay que reincorporarse al mundo laboral. La gran mayoría de las madres intentan apurar lo máximo posible la baja maternal intentando juntar días de aquí y de allá, pero aun así, no llegan a conseguir prolongar la baja los seis meses de lactancia exclusiva que las sociedades científicas recomiendan. Se ven obligadas a asumir que el lactante que hasta ahora dependía exclusivamente de su leche será atendido por una tercera persona. Una situación bastante desconcertante. A partir de ese momento, tendrá

que afrontar que con la vuelta al trabajo quizás tenga que renunciar a la lactancia materna porque piensa que no será capaz de recoger la cantidad de leche que satisface las necesidades nutricionales del lactante.

Continuamente escuchamos que el lactante debe ser alimentado con leche materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de su vida. También que la lactancia debe ser a demanda y que tan solo el bebé sabe la cantidad y el número de tomas que necesita hacer. Son mensajes que transmiten que mientras madre y lactante lo deseen la lactancia materna se puede mantener. Pero la realidad es que la madre que amamanta debe continuar lidiando con dificultades que se van añadiendo. Si opta por una lactancia prolongada, no recibe ningún tipo de ayuda, hay poco apoyo institucional que favorezca su continuación. No es suficiente que los Gobiernos a través de las Consejerías y Ministerio de Salud alienten a las madres para que amamanten, es necesario que las apoyen y desarrollen políticas y planes de acción para proteger la lactancia materna. También hay que aumentar la baja maternal para que no sea el principal obstáculo que impida a la madre ejercer su derecho a la lactancia materna y sea este el motivo por el cual se quede a medio camino, teniendo que

realizar un destete involuntario por falta de apoyo institucional.

No dejemos que las madres trabajadoras alimenten a sus bebés con leches de fórmula en lugar de ser amamantados. Para ello, es vital el compromiso del Gobierno en apoyo a la madre que amamanta, siendo imprescindible que se legislen permisos retribuidos de maternidad no inferiores a seis meses. No nos dejemos confundir por la influencia de grupos de presión que interceden y ponen obstáculos en la protección y apoyo al amamantamiento, acusando a las madres que amamantan de ser conservadoras y tradicionales, cuando lo que realmente se pretende es conservar uno de los pocos y únicos derechos que poseemos las mujeres. Y para poder ejercerlo libremente reclamamos medidas eficaces que protejan la lactancia materna y la salud de nuestra descendencia. Hay que olvidarse del imaginario de algunas mentes manipuladoras que, para poner contra las cuerdas a las mujeres, intentan convencernos de que con el amamantamiento lo que se pretende es que la mujer se quede en casa y se dedique a la crianza. ¿Acaso nos han preguntado lo que realmente deseamos? Lo que queremos es invertir en nuestra salud y la de nuestros hijos.

Pedimos a los poderes públicos que tomen conciencia y reflexionen sobre lo rentable que resultaría para el sistema sanitario si más madres pudieran amamantar durante más tiempo.

Las leches de fórmula son una alternativa que no es igual de buena ni aporta los mismos beneficios que la leche humana porque no puede proporcionar al lactante los nutrientes para que este crezca y se desarrolle sano e inteligente. ¿Por qué le ponemos zancadillas para mantenerla los primeros seis meses de forma exclusiva? Los beneficios de la lactancia

materna perduran con el tiempo, suponen un gran impacto positivo sobre la salud pública y por lo tanto, la responsabilidad debe ser compartida y es competencia de quien nos gobierna desarrollar medidas para proteger la lactancia materna como la forma idónea de una garantía de mejora de salud.

Cintia Borja - Enfermera, consultora lactancia materna certificada IBCLC. Valencia.
Publicado en La Razón



EL SUPREMO CENSURA UNA OPE QUE NO EVALUÓ LOS MÉRITOS EN CENTROS CONCERTADOS

El Alto Tribunal considera que esta decisión "vulneró" el estatuto Marco del Personal Estatutario del SAS

El **Tribunal Supremo** ha censurado un OPE enfermera que no evaluó la experiencia profesional de una aspirante en un centro sanitario concertado con el **Servicio Andaluz de Salud (SAS)**.

De este modo, el Alto Tribunal vuelve a dar la razón a la afectada, tras haber sido reconocida en el proceso selectivo con la experiencia alegada por el **Tribunal Superior de Justicia de Andalucía**. La Consejería de Salud decidió en su momento recurrir la sentencia, siendo ahora condenado a pagar **3.000 euros** por las costas causadas en el juicio.

Ahora, la sentencia del Supremo vuelve a anular los actos **impugnados por el SAS** y otorga a la recurrente el derecho a que este servicio le valore en el proceso selectivo la puntuación correspondiente a los servicios prestados en un centro concertado con el servicio sanitario.

Desviación en las bases de la OPE

"No cabe duda por tanto de que las bases de la convocatoria prevén expresamente la valoración de la experiencia profesional adquirida en centros sanitarios concertados con la **Consejería de Salud de la Junta de Andalucía**. No pueden por tanto acogerse las alegaciones de la **Administración demandada**, que circunscribe su escrito de oposición al recurso al hecho de que no puede



valorarse la experiencia en centros médicos privados y transcribe una sentencia de esta Sala que se ocupa de si resulta conforme a derecho otorgar menor valoración a los servicios prestados en centros concertados respecto de la que se asigna a la experiencia adquirida en los públicos, cuestión que no se demuestra", subraya el escrito.

La decisión de excluir estos puntos en la **OPE**, prosigue la sentencia, "supone desde luego una clara desviación respecto de lo dispuesto en las Bases dejar de valorar los servicios prestados en centro concertado con la **Consejería de Salud** con el pretexto bajo el que se ampara la comisión, que la experiencia profesional en centros médicos privados no es subsumible en ninguno de los apartados del baremo [...] vulnerando vulnera el artículo 30.3 de la Ley 55/2005, de 26 de diciembre, del **Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud**".

Fuente: [redacción médica](#)

EL USO DE IBUPROFENO PUESTO EN CUESTIÓN TRAS NUEVO ESTUDIO

El **ibuprofeno** es una de las pastillas **más consumidas en España**. Es difícil no encontrarse a alguien que las lleve en un bolso o bolsillo, o las tenga de forma permanente en el cajón de las medicinas de casa. Pero lo cierto es que este abuso al que se ha llegado con respecto a la ingesta del medicamento denominado ibuprofeno, preocupa bastante a las autoridades sanitarias, ya que de ningún modo se trata de un medicamento inocuo.

En este sentido, [un trabajo publicado en la *British Medical Journal*](#) durante el mes de mayo del ya pasado 2017, vino a confirmar dichos temores. La publicación de la BMJ, una prestigiosa revista de medicina del Reino Unido, relacionaba el uso de los **antiinflamatorios no esteroideos** (entre los que se encuentra el ibuprofeno, así como otros analgésicos de uso común como el naproxeno) con **problemas de salud graves**, como es el riesgo de padecer un infarto en el corazón o de sufrir un ictus. Al mismo tiempo un trabajo algo más reciente publicado por la agencia del gobierno estadounidense, responsable del control de los alimentos y de los medicamentos, la *Food & Drugs Administration*, ha evidenciado de nuevo este tema aportando nuevos datos que ya han salido a la luz y que confirman el estudio previo de la BMJ. Según el último estudio americano, el **aumento del riesgo de sufrir un suceso de este tipo** es un hecho desde que dichos antiinflamatorios comienzan a consumirse, tanto por personas que ya tienen altas posibilidades de sufrirlos como entre aquellas que están completamente sanas, siendo mayor de manera obvia en el caso de los primeros.

El caso de los analgésicos no antiinflamatorios

Es importante señalar que los estudios acerca de la incidencia de medicamentos en el aumento del riesgo de **accidentes cerebrovasculares o cardiovasculares**, se aplica solo en el caso de la toma de analgésicos antiinflamatorios o AINEs, la mayoría sujetos a prescripción médica.



Es decir, que no se aplica dicho riesgo en el caso de determinados medicamentos no antiinflamatorios, como son **el paracetamol o el ácido acetil salicílico**, también de uso totalmente cotidiano. De hecho, suele ser habitual que **se recomiende la toma de aspirina** a personas que ya hayan sufrido algún problema de infarto, cuya administración en dosis bajas se cree que puede ayudar a prevenir este tipo de casos.

Riesgo mayor a mayores dosis

Parece una evidencia simple el hecho de que se corra un **mayor riesgo de padecer un infarto cuanto mayor sea la cantidad de analgésicos antiinflamatorios consumida**, pero lo cierto es que se ha normalizado tanto la ingesta de dichos medicamentos que vale la pena recordarlo para que la gente haga un esfuerzo por mejorar sus hábitos de cuidado sanitarios. De hecho las autoridades creen pertinente reforzar las medidas de control, haciéndose extensible la **necesidad de receta en el caso de todos ellos**, y no solo en el de algunos como sucede hoy en día. Otra de las medidas sería la mejora de la información en el etiquetado de las cajas, para que los usuarios puedan tener un mayor conocimiento de los riesgos y valorar, en consecuencia, la necesidad de tomar el medicamento o no.

Del mismo modo, realizar tratamientos muy prolongados en el tiempo, o determinadas características físicas de la persona que tome los AINEs, podrían ser otros alicientes a sumar en el riesgo de padecer infartos. El grado de riesgo mayor o menor a título particular es algo que aún se desconoce, y que seguramente pueda descubrirse en un plazo breve de tiempo, al hilo de los avances en investigación sobre el tema de los últimos años.

Fuente: Noticias médicas

LA INMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES MICOTICAS DEL TRACTO GENITO-URINARIO.

REVISION DE LAS NUEVAS AUTOVACUNAS

RESUMEN:

La incidencia de infecciones fúngicas causadas por la levadura oportunista *Candida albicans* presenta un problema para el clínico cuando aparece como infecciones recidivantes y asociadas a infecciones del tracto urinario bajo. Estas infecciones recidivantes tienen una baja respuesta al tratamiento antibiótico clásico. La capacidad de vacunar a pacientes seleccionados contra el organismo se ha visto ventajosa tanto clínicamente como costo eficaz a medio y largo plazo. Presentando una alternativa eficaz a los largos tratamientos antifúngicos que se prescriben en estas pacientes. Revisamos la importancia de la inmunoterapia en este tipo de patología.

Las infecciones recidivantes del aparato genito-urinario femenino representan un problema sanitario importante tanto para las pacientes que las padecen, como para los ginecólogos que en la mayoría de las ocasiones se encuentran desmotivados por la mala respuesta al tratamiento.

Sabemos que las infecciones urinarias y vulvo-vaginales por *Candida* en la mujer, se presentan con una alta incidencia y prevalencia. A los 25 años de edad, el 50% de mujeres ya han tenido al menos 1 episodio y el 75% de las mujeres al llegar a la etapa premenopáusicas han tenido al menos 2 o más episodios. Sabemos que entre el 5-8% de los casos desarrollarán 4 o más episodios en un año de infecciones micóticas y que el 25-30% las mujeres presentarán Infecciones Urinarias Recurrentes (ITUs). Esto representa alrededor del 13% de todas las infecciones atendidas por el médico de atención



primaria.

Decimos que una Infección urinaria es recurrente cuando ocurren como mínimo 2 episodios agudos de ITU en los últimos 6 meses o 3 en los últimos 12 meses. Y hablamos de candidiasis recidivante cuando ocurren más de 4 casos en 1 año.

Tenemos de hablar de infecciones conjuntas del aparato genital y del urinario por varias razones. En primer lugar, las cistitis asociadas a infecciones candidiasicas, son claramente una patología femenina, con una relación 10 a 1 con respecto al varón, debido a causas anatómicas: La uretra es más corta en la mujer y la vejiga y vagina están en íntima proximidad, abocadas a una zona con gran población bacteriana y sin la protección de las secreciones prostáticas que presenta el varón.

Además, durante el coito es frecuente que se produzcan microtraumatismos que facilitan estas infecciones concomitantes.

En segundo lugar, además de razones anatómicas, la mujer presenta una serie de situaciones fisiológicas predisponentes para la asociación de infecciones urinarias y vulvovaginales conjuntas: el embarazo por la mayor cantidad de glucosa en orina, estasis fisiológica, etc. Y la menopausia donde existe una disminución del componente estrogénico causando cambios en el pH de la vagina, atrofia, y alteraciones del suelo pélvico, facilitadores del aumento de infecciones de repetición.

En tercer lugar hay que tener en cuenta que los tratamientos antibióticos que se utilizan en el manejo de las infecciones urinarias, eliminan la flora vaginal protectora (*Lactobacillus*) favoreciendo las vulvovaginitis por *Cándida*. Dando lugar a infecciones urinarias y vaginales consecutivas y con peor repuesta a un tratamiento antibiótico. El cual, a la larga, produce resistencias antibióticas de los gérmenes patógenos.

También sabemos que las micosis vulvo-vaginales está producidas alrededor del 90% de las ocasiones por la *Cándida Albicans*, siendo el resto causadas fundamentalmente por *C. Glabrata*, *C. Tropicalis* y *C. Parapsilosis*. Mientras que las Cistitis están causadas en el 90% de los casos por la *E. Coli*, siendo el resto debidas a: *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterococo* y *Streptococo*.

El tratamiento estandarizado, cuando existen infecciones vaginales de repetición, consiste en reducir los factores de riesgo e insistir en las medidas higiénicas. Sabemos que con estas medidas, únicamente se evitan entre el 10-15 % de las recaídas.

Las guías de tratamiento recomiendan al igual que cuando existe una sintomatología severa, una pauta mas prologada de tratamiento con azoles por vía tópica o vía oral.

Además, se recomienda realizar cultivos para establecer resistencias y determinar si el germen causante es una especie distinta a la *C. albicans*, ya

que la *Cándida Glabrata* requiere una pauta mas prologada, de 7 – 14 días, de tratamiento con un azol distinto al fluconazol por vía oral o tópica.

Después de este tratamiento de la fase aguda, se recomienda una pauta de mantenimiento entre 6 - 12 meses con imidazoles tópicos vaginales u orales. Pauta similar en duración a lo que se recomienda para prevenir las ITUs de repetición.

Cuando se analiza la eficacia de estos tratamientos farmacológicos prolongados con el fin de evitar recaídas, nos encontramos con que sólo evitamos dichas recaídas entre el 40-60% de las pacientes, con el agravante del coste de los tratamientos (antibióticos o antifúngicos durante 6-12 meses) y con el alto riesgo de crear cepas resistentes.

Con el fin de mejorar las tasas de curación de las infecciones recidivantes, ya en la guía sobre infecciones urológicas de la Sociedad Europea de Urología del 2009, recoge como alternativa profiláctica a las ITUs recurrentes, las vacunas bacterianas. En la Guía de la Asociación Europea de Urología, actualizada en el 2011, en relación a la vacuna OM-89, indica que ha sido probada en ensayos clínicos y que podría ser recomendada para inmunoprofilaxis en mujeres con infecciones urinarias recurrentes no complicadas (Nivel de evidencia 1a. Grado de Recomendación B).

Este beneficio encontrado para las vacunas bacterianas para las ITUs, se ha trasladado en los últimos años a las vacunas para candidiasis. Durante los últimos años se han desarrollado varios tipos de vacunas basadas en estructuras proteicas de la superficie de la *Cándida*, al principio en un formato de cápsulas vaginales y mediante una mezcla de bacterias atenuadas y componentes antigénicos de la *Cándida Albicans*.

Los resultados iniciales fueron prometedores ya que se consiguió una disminución del 35% en el nivel de reinfecciones.

En los últimos 5 años las investigaciones en inmunoterapia se han centrado en encontrar

estructuras antigénicas específicas de cada cándida, con el fin de que la paciente sea capaz de desarrollar una respuesta inmunitaria única.

Actualmente sabemos que la virulencia de la cándida y la capacidad de resistir a los tratamientos se debe a su ADHERENCIA a las células vaginales. La superficie del hongo presenta unas estructuras proteicas, las adhesinas, que son biomoléculas que promueven la unión a las células del huésped. Se han identificado varias adhesinas como Al1p, Als1p y Hwp1p, Csh1, Ywp1, Pra1 y saps.

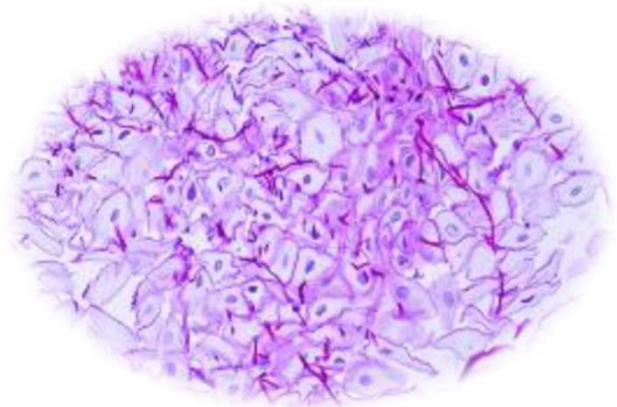
La virulencia de la cándida también depende de su capacidad de secretar enzimas, se han descubierto varias fosfolipasas (PLA, PLB, PLC y PLD), siendo la PLB1 necesaria para la virulencia e invasión.

Estudios sobre la capacidad antigénica de la Proteína de la superficie celular, Als1p; se ha visto que media la adherencia de Candida Albicans al epitelio vaginal, de tal forma que la inmunización con el dominio N-terminal recombinante de Als1p (rAls1p-N) es eficaz frente a la reinfección C. Albicans.

Otras líneas de investigación se han centrado en la vía MAPK que se activa de forma bifásica, lo que implica activar el factor de transcripción MKP1 y c-Fos, que permite la discriminación entre la levadura y las formas de hifas de C. Albicans.

Estas investigaciones han permitido encontrar estructuras antigénicas de las distintas cepas de cándida, por lo que la paciente es capaz de desarrollar inmunidad específica para el germen.

Además se ha visto que la inmunización oral con la levadura o la inmunidad clínica inducida mediante la aplicación por vía subcutánea, producen respuestas distintas en los parámetros de la respuesta de las citoquinas. Hoy sabemos que la administración por vía sublingual mejora la producción temprana y sostenida de IFN- γ e IL-4 de linfocitos T. Se ha probado que la vacuna administrada mediante spray por debajo de la lengua diariamente durante tres meses es eficaz.



El estudio desarrollado hace unos años en la Universidad de Salamanca indicó que más del 90% de las mujeres estaban libres de infección a lo largo del año posterior al tratamiento, frente al 0% que se había tratado con antibióticos como medida preventiva. Los resultados obtenidos por el Dr. Haya Palazuelos en un estudio piloto sobre la prevención de las vaginitis candidiásicas de repetición mediante el uso de autovacunas en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. y el trabajo de Paul L. Fidel y col. Llegan a las mismas conclusiones de eficacia.

La ventaja sobreañadida de la vacuna, al igual de lo que se está demostrando con la vacunación con el HPV, es que mujeres inmunizadas, que habían padecido anteriormente infecciones con gérmenes no incluidos, también desarrollaban protección a estos otros, por lo que parece que el rango de protección es bastante amplio.

Podemos concluir que en el momento actual, tenemos ya en el mercado la posibilidad de administrar una vacuna individualizada, donde en lugar de tener bacterias o hongos inactivos, solamente se incluyen moléculas específicas del germen. Moléculas que son diferentes en cada especie y que actuarían como diana específica que va a generar una respuesta inmunitaria propia. Y que además, presenta la ventaja de una administración sublingual, evitando el metabolismo hepático, consiguiéndose una administración más rápida, necesitando menos dosis de antígeno y aumentando su biodisponibilidad.

En resumen, la inmunoterapia en las infecciones genito-urinarias se muestra como un tratamiento eficaz para reducir la incidencia de infecciones recidivantes tanto bacterianas como micóticas, mejorando la situación clínica del paciente, sin tener ningún riesgo sobreañadido, ya que es prácticamente inocua. No imposibilitan la utilización, si fuera necesario, de otras terapéuticas. Resultando, por todo ello, una terapéutica más económica.

Serán necesarios, más estudios, con el fin de establecer estructuras antigénicas y con poblaciones más amplias que los publicados hasta la actualidad. Estudios que intenten demostrar si se pueden conseguir respuestas antigénicas más potentes y precoces en el organismo huésped. Todo ello va a permitir que disminuyan los regímenes de tratamiento prolongado que se emplean actualmente y que se muestran caros, molestos y con una respuesta incierta en las infecciones recidivantes.

Dr. Miguel Ángel Huertas Fernández
Jefe Servicio de Obstetricia y Ginecología del
Hospital Universitario de Getafe

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Torosantucci A, Bromuro C, Chiani P, De Bernardis F, Berti F, Galli Ch, Norelli F, Bellucci C, Polonelli L, Costantino, Rappuoli R, Cassone A A novel glyco-conjugate vaccine against fungal pathogens, JEM © The Rockefeller University Press \$8.00 Vol. 202, No. 5, September 5, 2005 597-606 www.jem.org/cgi/doi/10.1084/jem.20050749
- 2.- Shokrollah Elahi, Robert Clancy, Gerald Pang A therapeutic vaccine for mucosal candidiasis. Vaccine 19 (2001) 2516-2521
- 3.- Michael D. LaFleur, Carol A. Kumamoto, and Kim Lewis *Candida albicans* Biofilms Produce Antifungal-Tolerant Persister Cells.. ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY, Nov. 2006, p. 3839-3846 Vol. 50,
- 4.- Haya Palazuelos. Estudio piloto sobre la prevención de las vaginitis candidiásicas de repetición mediante el uso de autovacunas. Hospital General Universitario de Ciudad Real.
- 5.- M.G. Pérez Ortíz & J.C. Ruíz de la Roja. Vulvovaginitis candidiásica recurrente. Hospital Universitario Santa Cristina, Servicio de Urología.
- 6.- Vecchiarelli A1, Pericolini E, Gabrielli E, Pietrella D. New Approaches in the development of a vaccine for mucosal candidiasis: progress and challenges. Front Microbiol. 2012 Aug 13;3:294. doi:10.3389/fmicb.2012.00294. e Collection 2012.
- 7.- Paul L. Fidel; Jim E. Cutler. Prospects for Development of a Vaccine to Prevent and Control Vaginal Candidiasis Curr Infect Dis Rep. 2011 February;13 (1):102- 107. doi: 10.1007/s11908-010-0143-y.
- 8.- Cardenas-Freytag L, Cheng E, Mayeux P, Judith E. D, Clement JD. Effectiveness of a Vaccine Composed of Heat-Killed *Candida albicans* and a Novel Mucosal Adjuvant, LT(R192G), against Systemic Candidiasis INFECTION AND IMMUNITY, Feb. 1999, p. 826-833 Vol. 67, No. 2
- 9.- Brad J. Spellberg, Ashraf S. Ibrahim, Valentina Avenesian, Yue Fu, Carter Myers, Quynh T. Phan, Scott G. Filler, Michael R. Yeaman, and John E. Edwards, Jr. Efficacy of the Anti-*Candida* rAls3p-N or rAls1p-N Vaccines against Disseminated and Mucosal Candidiasis. The Journal of Infectious Diseases 2006; 194:256-60
- 10.- Giuseppe Valenza, Jörn Strasen, Frauke Schäfer, Matthias Frosch, Oliver Kurzai, and Marianne Abele-Horn. Evaluation of New Colorimetric Vitek 2 Yeast Identification Card by Use of Different Source Media. JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY, Nov. 2008, p. 3784-3787 Vol. 46, No. 11
- 11.- John E. Edwards, Jr. Fungal cell wall vaccines: an update. Journal of Medical Microbiology (2012), 61, 895-903
- 12.- Min Liua, Karl V. Clemons, Marty Bigos, Izabela Medovarskad, Elmer Brummer, David A. Stevens. Immune responses induced by heat killed *Saccharomyces cerevisiae*: A vaccine against fungal infection. Vaccine 29 (2011) 1745-1753
- 13.- Carla Bromuro, Antonella Torosantucci, Paola Chiani, Stefania Conti, Luciano Polonelli, and Antonio Cassone. Interplay between Protective and Inhibitory Antibodies Dictates the Outcome of Experimentally Disseminated Candidiasis in Recipients of a *Candida albicans* Vaccine. INFECTION AND IMMUNITY, Oct. 2002, p. 5462-5470 Vol. 70, No. 10
- 14.- L. CAÁRDENAS-FREYTAG, C. STEELEy, F. L. WORMLEY, JRy, E. CHENG, J. D. CLEMENTS & P. L. FIDEL, JRy. Partial protection against experimental vaginal candidiasis after mucosal vaccination with heat-killed *Candida albicans* and the mucosal adjuvant LT(R192G). Medical Mycology 2002, 40, 291-299
- 15.- Flavia De Bernardis, Silvia Arancia, Silvia Sandini, Sofia Graziani and Sandro Norelli. Studies of Immune Responses in *Candida* vaginitis. Pathogens 2015, 4, 697-707; doi:10.3390/pathogens4040697
- 16.- Lin Lin, Ashraf S. Ibrahim, Xin Xu, Joshua M. Farber, Valentina Avenesian, Beverlie Baquir, Yue Fu, Samuel W. French, John E. Edwards Jr., Brad Spellberg. Th1-Th17 Cells Mediate Protective Adaptive Immunity against *Staphylococcus aureus* and *Candida albicans* Infection in Mice. PLoS Pathogens. www.plospathogens.org 1 December 2009, Volume 5.
- 17.- Brad J. Spellberg, Ashraf S. Ibrahim, Valentina Avenesian, Scott G. Filler, Carter L. Myers, Yue Fu, and John E. Edwards, Jr. The Anti-*Candida albicans* Vaccine Composed of the Recombinant N Terminus of Als1p Reduces Fungal Burden and Improves Survival in immunocompetent and Immunocompromised Mice. INFECTION AND IMMUNITY, Sept. 2005, p. 6191-6193 Vol. 73, No. 9
- 18.- Ashraf S. Ibrahim, Brad J. Spellberg, Valentina Avenesian, Yue Fu, Scott G. Filler, and John E. Edwards, Jr. Vaccination with Recombinant N-Terminal Domain of Als1p Improves Survival during Murine Disseminated Candidiasis by Enhancing Cell-Mediated, Not Humoral, Immunity. INFECTION AND IMMUNITY, Feb. 2005, p. 999-1005 Vol. 73, No. 2
- 19.- Xiao-juan Wang, Xue Sui, Lan Yan, Yan Wang, Yong-bing Cao & Yuan-ying Jiang. Vaccines in the treatment of invasive candidiasis. ISSN: 2150-5594 (Print) 2150-5608 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/kvir20>



RESUMEN:

MESA I: EXPECTATIVAS Y REALIDADES EN LA TERAPÉUTICA MÉDICA EN LA MUJER.

Una de las grandes preocupaciones médicas está relacionada con la adherencia terapéutica. Muchas de las investigaciones van dirigidas a la mejora de esa adherencia. Lo mismo acontece en el mundo de la medicina estética donde la gran polémica está en las expectativas versus realidades. Con la edad, la mujer también está preocupada por la belleza exterior, y por ello, hay que contemplar el avance espectacular en determinados tratamientos.

MESA II: AVANCES EN LA SALUD DE LA MUJER

La Prasterona o DHEA es una pro-hormona que disminuye de forma importante a lo largo de la edad, tanto en hombres como en mujeres. Su uso a nivel vaginal ha demostrado un valor añadido, al ser un tratamiento de ámbito exclusivamente local, seguro y que aporta de forma fisiológica andrógenos locales con sus consiguientes beneficios. Por otro lado, el anillo vaginal se ha ido incorporando de una manera eficaz y cómoda como una opción anticonceptiva en la mujer española.

Los días 13, 14 y 15 de febrero se celebró el XIX ENCUENTRO NACIONAL DE SALUD Y MEDICINA DE LA MUJER DE 2019, organizado por el Instituto Palacios.

EL evento ya es un clásico de las reuniones de carácter científico para profesionales que cuenta con la asistencia de un gran número de matronas becadas por la Asociación Española de Matronas.

La temática monográfica es sobre aspectos extremadamente importantes como es la salud de la mujer y la relación con novedades terapéuticas.

Las sesiones científicas se estructuraron por MESAS y, en cada una de ellas, intervinieron diferentes ponentes expertos en la materia.

MESA III: DESEO SEXUAL HIPOACTIVO Y ATROFIA VAGINAL. CONDICIONES DE GRAN PREVALENCIA EN LA MUJER Y QUE AFECTAN A SU CALIDAD DE VIDA

Tanto el deseo sexual hipoactivo como la atrofia vaginal son dos condiciones que afectan a la mujer en un 30 y 50% respectivamente. Ambas condiciones repercuten de forma importante en su calidad de vida. Por ello debemos realizar el diagnóstico correcto, tratar con medidas no farmacológicas y, en caso necesario, añadir las farmacológicas.

MESA IV: BACTERIAS, ÁCIDO LÁCTICO Y LUZ-CALOR. TODOS A FAVOR DE LA MUJER, PROTEGIENDO Y MEJORANDO SU SALUD

Durante este Encuentro hemos conocido si los probióticos por vía oral repercuten en el embarazo, así como la cantidad y qué tipo de cepas son las que más benefician. Además conocemos que el uso del ácido láctico en la vagina mejora la vaginosis bacteriana y cuál es la pauta indicada. También se ha visto las luces y sombras en el uso del láser vaginal.

MESA V: LOS TEST GENÉTICOS Y LA MUJER; CÓMO ACONSEJARLOS DE FORMA OPORTUNA

La prevención, más allá de las medidas higiénico-dietéticas y el diagnóstico precoz está en muchos casos ya escrita en los genes. Conocer la existencia de los test genéticos, saber interpretarlos correctamente y aconsejarlos de forma oportuna puede salvar vidas.

MESA VI: NOVEDADES Y DIRECCIÓN DE LAS INVESTIGACIONES EN DIFERENTES PARCELAS DE LA SALUD

La importancia que están tomando los probióticos en el tratamiento de las patologías intestinales hace necesario su puesta al día. Por otra parte no conocemos en profundidad la función nutricional que puede tener la carne en la salud de la mujer. Datos recientes apuntan a nuevos anticonceptivos sin estrógenos.

MESA VI: PREVENCIÓN DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA: UNA OBLIGACIÓN EN SALUD DE LA MUJER

Se estima que el riesgo de sufrir una fractura relacionada con osteoporosis para una mujer de 50 años en el tiempo que le resta de vida es cercana al 50%. Tomar las medidas de estilo de vida y los tratamientos precisos de forma individualizada puede disminuir este riesgo en más de un 50%.

MESA VII: INFECCIONES DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR

Cada vez sabemos más de las medidas higiénico-dietéticas y de los factores de riesgo que conducen a las infecciones vaginales y cistitis. Es importante conocer las nuevas medidas terapéuticas de cara a la eficacia y seguridad.

MESA VIII: SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

La vagina, vulva, vestíbulo, labios y trigono de la vejiga son muy sensibles a la pérdida de estrógenos en la menopausia. De ahí la aparición de síntomas que afectan a más de la mitad de las mujeres. El principal objetivo terapéutico en estos casos será el alivio de estos síntomas.



MESA IX: LA HIDRATACIÓN Y LA NUTRICIÓN DEBEN SER ADECUADAS PARA SERVIR COMO MEDIDAS CLARAS DE PREVENCIÓN

La hidratación y nutrición adecuadas son variables según las características individuales y momentos puntuales. Sin embargo, tanto la hidratación como la nutrición, son necesarias e imprescindibles como medidas de prevención de la salud. El conocimiento de las recomendaciones que existen en nuestro país debe conocerse y seguirse.

MESA X: LÁSER GINECOLÓGICO Y REGENERATIVO

El uso del láser vulvovaginal ha avanzado de forma extraordinaria en los últimos 5 años. El conocimiento de los parámetros de energía, del tipo de láser y de su uso, son necesarios para su precisa y correcta utilización en la práctica clínica.

MESA XI: SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL EN EL SISTEMA OSTEOARTICULAR

La medicina ortomolecular restablece el equilibrio químico del organismo a través de suplementación nutricional con micronutrientes. El adecuado aporte de este tratamiento es básico en el mantenimiento de la salud osteoarticular. Por ello su manejo es la primera medida a realizar pensando en la prevención. El calcio está suscitando controversias, el conocimiento de su importancia y aporte son indispensables.

MESA XII: PROBIÓTICOS, OMEGAS Y ANTIOXIDANTES; MEDIDAS QUE PREVIENEN Y MEJORAN PATOLOGÍAS EN LA MUJER

Nos preguntamos: ¿Cómo y cuándo deben usarse los probióticos y los omegas en el embarazo?, ¿cuáles usar?

Algo parecido debemos plantearnos con los antioxidantes potentes como la coenzima Q10: ¿ha demostrado beneficios en la mujer?, ¿qué indicaciones tiene?, ¿qué dosis? Todas estas preguntas han sido respondidas en esta sesión científica.

MESA XIII: PATOLOGÍAS IMPORTANTES EN SALUD DE LA MUJER

El Virus del Papiloma Humano (VPH), la insuficiencia venosa crónica, y determinadas enfermedades autoinmunes son, o más frecuentes, o diferentes en la mujer. Conocer por qué y su manejo actual serán herramientas útiles y eficaces para todos los profesionales implicados en la salud de la mujer.

MESA XIV: DE PSICOLOGÍA Y MUJER

La salud integral de la mujer involucra tanto la atención médica como psicológica, lo que requiere atender a cada paciente desde una perspectiva de género que nos ayude a los profesionales de la salud a tener una escucha más abierta hacia los problemas y síntomas que nos traen a consulta. La salud mental también es Medicina de la Mujer como se ha visto en los resultados EPIFEAP 2018, el primer Estudio de ámbito nacional para evaluar la epidemiología de los pacientes tratados con psicoterapia psicoanalítica.



Representantes de la Asociación Española de Matronas con el organizador, Dr. Palacios, del XIX ENCUESTO NACIONAL SAMEN durante el evento.

Desde hace casi 20 años que el Instituto Palacios y la AEM mantienen una amable relación de colaboración mutua y, de hecho, las matronas miembros de esta Asociación tienen un importante número de inscripciones gratuitas para asistir a este clásico de reuniones científicas en el panorama español.

Foto.

De izquierda a derecha Dña. M.^a Ángeles Rodríguez Rozalén Directora de Infomatronas, Dr. D. Santiago Palacios Director del Instituto Palacios y Dña. Rosa M.^a Plata Quintanilla Presidenta de la AEM.



II CURSO DE INTERPRETACIÓN DE RCTG

Jueves, 4 de abril de 2019.

Edificio Fundación Sanitas Salón de actos, Ribera del Loira, 52 Madrid.

Condiciones económicas

Matrícula de 50€ y en caso de pertenecer al cuadro médico de Sanitas la matrícula será gratuita.

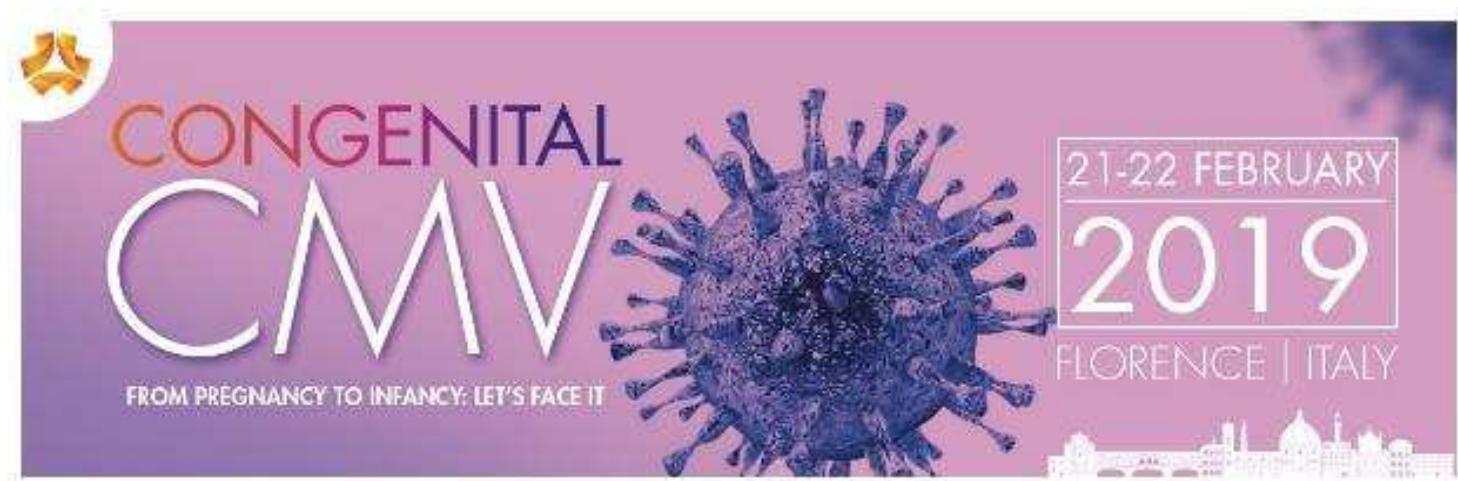
INSCRIPCIÓN EN:

<https://www.sanitas.es/staraldia/cursos/ii-curso-interpretacion-rctg>

PROGRAMA

JUEVES, 4 DE ABRIL DE 2019

8:30h	Registro y recogida de documentación.
8:45	Presentación del curso.
	Test de interpretación pre-curso
9:30	Oxigenación fetal: fisiopatología y respuesta fetal durante el parto.
	Dra. Elisa Díaz de Terán
9:50	Monitorización de la FCF. Características del RCTG.
	Dra. Elisa Díaz de Terán
10:20	Categorización de los trazados de la FCF. Clasificación de los patrones.
	Dr. Fernando Salazar
10:40	Pausa café.
11:10	Interpretación de los trazados de la FCF. Predicción de acidosis.
	Dra. Elisa Díaz de Terán
11:40	Tratamiento de trazados anormales: resucitación intrauterina y pruebas de segundo nivel.
	Dra. Ana Isabel Prieto
12:00	Taller práctico. Revisión de casos reales. Predicción de acidosis.
	Todos los ponentes
14:00	Comida.
15:15	Nuevas perspectivas en interpretación de RCTG.
	Dr. Sergio Castán
15:45	Protocolo de Control de Bienestar Fetal Intraparto. Casos prácticos
	Dr. Ricardo Savirón
16:45	Test de interpretación post-curso.
17:15	Pausa café
17:30	Taller práctico. Revisión de casos reales. Aplicación del protocolo.
	Todos los ponentes
19:00	Clausura del curso.



CONTENIDOS DEL PROGRAMA CIENTIFICO.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN PRIMARIA DURANTE EL EMBARAZO

Actitudes/medidas educativas e higiénicas
Tratamiento antiviral
Vacunas activas y pasivas durante el embarazo
Panel de discusión

TRATAMIENTO DE NIÑOS CON CCMV

Decisión de tratar el CMV congénito sintomático: extensión de la implicación y uso de biomarcadores
Quién tiene miedo del tratamiento prolongado de valganciclovir
Tratamiento de la infección congénita por CMV: ¿nuevas poblaciones, nuevos regímenes y nuevos fármacos?
Panel de discusión

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD FETAL DURANTE EL EMBARAZO

Cómo diagnosticar una infección primaria
Cómo diagnosticar una infección no primaria
El valor de la detección de ultrasonido para la infección por CMV
Panel de discusión

DEBATE SOBRE PRO VS CONTRAS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA INFECCIÓN NO PRIMARIA EN EL EMBARAZO

Examen prenatal SI o NO

Información general:

<https://www.mcascientificevents.eu/cmV/scientific-programme/>



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



COOPERACIÓN INTERNACIONAL

TU PUEDES AYUDAR A CONSEGUIR
un mundo más justo

BRIGADAS DE ASISTENCIA SANITARIA COMUNIDADES INDÍGENAS AMAZONAS BOLIVIANO

La ONG Solidaridad Médica solicita **MATRONAS** para voluntariado en proyecto sanitario en la Amazonia Boliviana.

LUGAR:

Departamento del Beni, Bolivia. Centro operativo en San Ignacio de Moxos.

FECHAS:

RIO SECURE: 20 de abril al 19 de mayo

RIO ICHOA: 15 de mayo al 24 junio

REQUISITOS DEL VOLUNTARIO:

A parte de los perfiles explicados el voluntario deberá costearse el trayecto hasta San Ignacio de Moxos (unos 1000 euros total). Se valorar experiencia en cooperación.

El voluntario deberá realizar el control de embarazadas, recién nacido sano y la toma de muestra de PAP. La ONG se encargará de la manutención y alojamiento .

Por cuestiones culturales el voluntario sólo podrá ser de sexo femenino.

CONTACTO E INFORMACIÓN:

Envío de CV y carta de motivación a cooperantesm@gmail.com Pagina web:
www.solidaridadmedica.org

cooperantesm@gmail.com



Solidaridad Médica
España



NOTICIAS DE SIMAES

AGRESIONES A SANITARIOS



La app de la
Policía y la
Guardia Civil



El Ministerio de Sanidad ha informado, al finalizar la última reunión de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, que ya se ha puesto en marcha **Alertcops**, una aplicación para el móvil con la que los sanitarios pueden comunicar una agresión directa e instantáneamente a la Policía. Mediante una "app" instalada en el teléfono móvil, se envía una alerta a la Policía con la geolocalización del sanitario agredido.

La "app", según indica el Ministerio, cuenta con un "*botón antipánico*" en el teléfono móvil que lanza una alerta al centro policial más cercano y, además, inicia una grabación de audio de 10 segundos del entorno, que puede adjuntarse a la correspondiente denuncia.

La nueva aplicación móvil AlertCops ya está disponible tanto en Google Play como en App Store. Esta versión incorpora muchas novedades para mejorar tu seguridad y la de los tuyos. Para su actualización es necesario desinstalar la versión anterior de tu dispositivo móvil, descargarte la nueva versión desde los markets oficiales y registrarte, aunque ya estés registrado y seas usuario de AlertCops.

Más información en: <https://alertcops.ses.mir.es/mialertcops/>

CONTACTO: alertcops@interior.es



NOTICIAS DE SIMAES

LAS MATRONAS CANARIAS INDIGNADAS POR LA DECISIÓN DE HACER COINCIDIR EL EXAMEN DE ENFERMERAS, FISIOTERAPEUTAS Y MATRONAS EL DÍA 12 DE MAYO.

SIMAES denuncia la falta de consideración y el trato desigual con la profesión de Matrona, obviando sus propuestas e incidiendo en el error de la "convocatoria conjunta" ocasionando el "efecto llamada". El Servicio Canario de Salud (SCS) desoye la propuesta para designar una fecha del examen OPE de Matronas diferenciada del 12M. Justificar la decisión con que se trata de una convocatoria "de manera coordinada con varias comunidades autónomas" es faltar a la verdad, puesto que la convocatoria coordinada para las Matronas fue el pasado 3 de febrero. Según SIMAES, "haber llegado tarde a la convocatoria del 3 de febrero ya fue insensato, pero un despropósito no solapa a otro".

Las Matronas de Canarias están indignadas y avergonzadas por la actitud del Servicio Canario de Salud (SCS) de insistir en convocar conjuntamente a Matronas, Enfermeras y Fisioterapeutas para su examen de Oferta Pública de Empleo (OPE) el próximo día 12 de Mayo. El Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES) indica que la "convocatoria conjunta" para las Matronas de España fue el pasado 3 de febrero y, la que pretende convocar para el 12 de Mayo el SCS es conjunta con otras CCAA sólo para Enfermería, no lo es para los Fisioterapeutas ni para las Matronas, para los que ya llega tarde. La decisión del SCS parece reincidir en la tendencia a "errarla y no enmendarla", propiciando el "efecto llamada" de modo que todas las Matronas de España que no superaron el examen el pasado día 3, se decidirán a viajar a Canarias, lo que ocasionará un examen multitudinario donde las Matronas Canarias tendrán que competir con menos posibilidades de acceder a un puesto de trabajo largamente esperado en su región, una opción legítima muy merecido por los largos años de recortes y esfuerzos en mantener la calidad asistencial en las islas.

Siendo una oposición largamente esperada en Canarias y siendo además ya inevitable el "efecto llamada", la ocurrencia de incluir la condición de que los opositores que quieran presentarse a 2 categorías (por ejemplo enfermera y Matrona), se deberán presentar al de Enfermería el 12 de mayo, no hace más que confirmar el dislate y agrandar el enfado de las Matronas, puesto que subordina su examen al de Enfermería, que no deja de ser una categoría inferior, lo condiciona y lo pospone "una fecha posterior" sin definir. Las Matronas creen que los políticos deberían haber asumido la responsabilidad de "llegar tarde" a la convocatoria 3F, adoptando medidas que minimizasen su impacto y evitando más perjuicio del ya ocasionado a las Matronas Canarias, convocando un examen en fecha concreta diferenciada de Enfermería, puesto que las Matronas también son enfermeras y, salvo que se cambien las leyes nacionales y europeas, pueden y tienen derecho a optar también a un puesto de enfermera en su comunidad autónoma sin discriminación respecto al resto de compañeras. Según SIMAES, "haber llegado tarde a la convocatoria del 3 de febrero ya fue insensato, pero un despropósito no solapa a otro".



NOTICIAS DE SIMAES

SIMAES también ha presentada propuestas para mejorar el borrador del proyecto de resolución de la convocatoria, pidiendo que se insertasen cuestiones que valorasen la experiencia de las Matronas Canarias y el trabajo realizado en los últimos años. No obstante, de las 7 propuestas de modificación de la convocatoria que propuso SIMAES, se han tenido en cuenta solamente 4, concretamente:

PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN DE SIMAES	MODIFICACIONES REALIZADAS
Requeríamos la convocatoria diferenciada de oposiciones, con respecto a Enfermería, para las Matronas de Canarias.	NO SE HA TENIDO EN CUENTA
Modificación para que la puntuación máxima posible en la fase de oposición sea de 50 puntos, de modo que se valore el esfuerzo y dedicación de las Matronas que ejercen actualmente la profesión en Canarias en condiciones precarias.	Se ha aprobado 55 puntos para la oposición y 45 para el concurso.
Modificación del Baremo de Méritos para que la Experiencia Profesional se valore hasta los 35 puntos, en lugar de los 20 del borrador, por el mismo motivo que el punto anterior.	Se ha aprobado 30 puntos para la experiencia profesional (se establecen 15 años de experiencia para alcanzar la puntuación máxima)
Introducción en el Baremo de Méritos de la valoración del tiempo trabajado dedicado a la formación E.I.R., en consonancia con otras CCAA que han regulado ésta materia.	NO SE HA TENIDO EN CUENTA
Introducción en el Baremo de Méritos de la valoración del tiempo trabajado por una Matrona en una categoría distinta a la suya en cualquier Centro Sanitario de las Instituciones Públicas.	Se contempla en la valoración el tiempo trabajado en otras Administraciones Públicas
Modificación de los compartimentos estancos en la puntuación máxima aplicable a la Formación y modificación de su cómputo máximo a 15 puntos.	Los 15 puntos restantes de la fase de concurso se repartirán entre los distintos méritos contemplados en las bases.
Modificación de la valoración de la Titulación de Máster para que se incluyan todos los Máster Universitarios Oficiales en materia de Ciencias de la Salud, debido a la escasa oferta formativa de este tipo de formación especializada en Canarias.	NO SE HA TENIDO EN CUENTA

El acuerdo final supone que las Matronas opositarán para un total de 123 plazas (80 de acceso libre, 34 de promoción interna y 9 para personas con discapacidad), destinándose otras 10 para el concurso de traslados.



INSCRIPCIÓN

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

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

FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Course € 65,00

HANDS ON sessions € 85

La inscripción incluye:

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

INFORMACIÓN GENERAL

info@eciccongress.eu

Registrations:

registration@eciccongress.eu

Abstracts:

Abstract@eciccongress.eu

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

LA MATRONA EIDER BIURRUN DESARROLLA UNA APLICACIÓN PARA ANDROID QUE AYUDARÁ A PREPARAR OPOSICIONES

Eider Biurrun ha desarrollado una aplicación una aplicación muy sencillita para Android que será de gran utilidad para hacer test de matrona y que os ayude a preparar oposiciones específicas para nosotras. Ella explica que hay una batería de test cortos de 20 preguntas y también test de oposiciones de distintas comunidades que ira ampliando poco a poco, y como todo, se puede mejorar con vuestras sugerencias.

La buena noticia es que se puede descargar de forma **GRATUITA**.

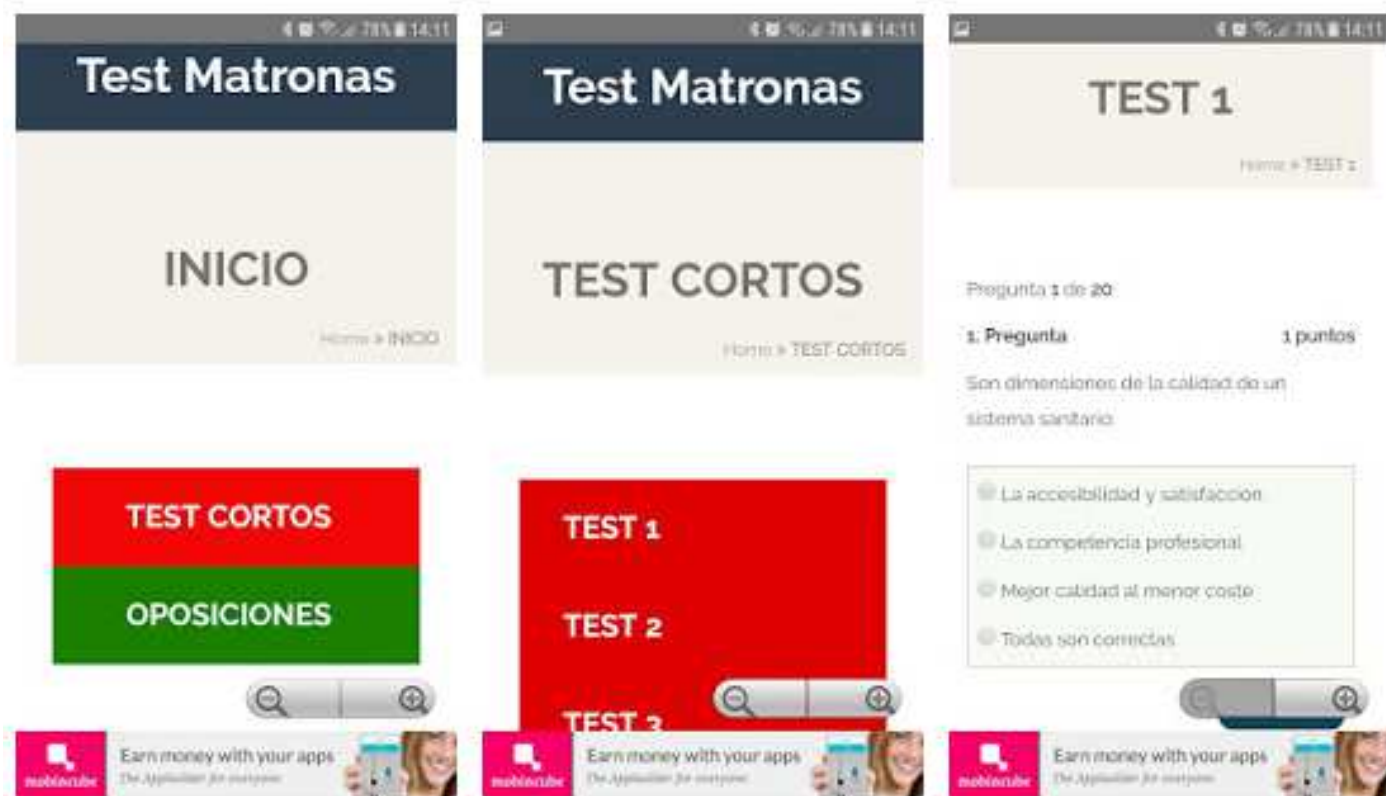
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mobincube.test_matronas



[Test matronas 1.4 - Apps on Google Play](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mobincube.test_matronas)

Prepárate tus oposiciones de Matrona con la mejor y más completa app disponible actualmente: - Gratuita - Más de 42 Test. - 8 exámenes de convocatoria oficiales. - Preguntas continuamente actualizadas. - Actualizaciones periódicas de las preguntas. - Corrección inmediata de las respuestas. - Estadísticas de los test realizados. Disfruta de nuestra aplicación sin coste alguno

play.google.com



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

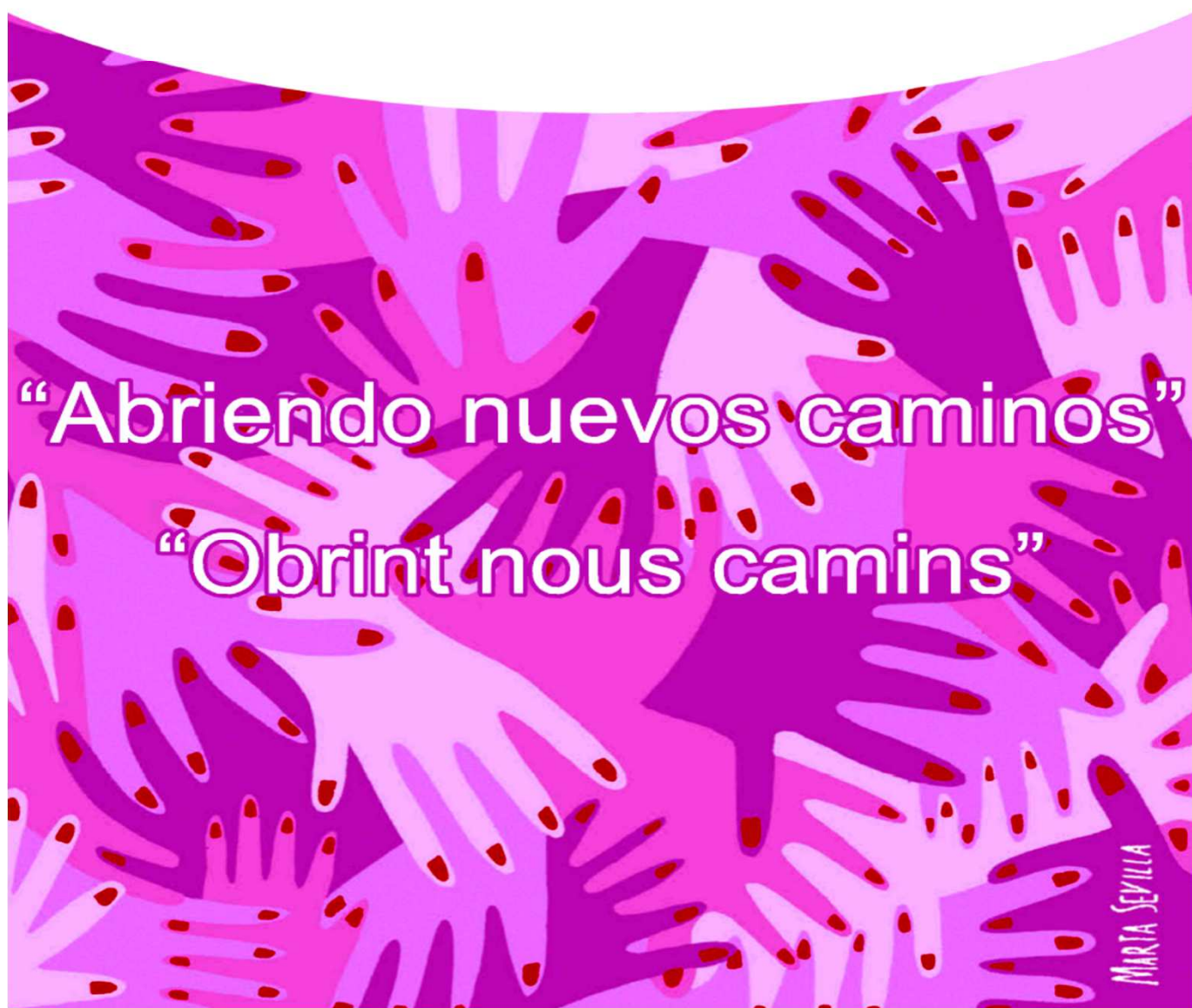
TODA LA INFORMACIÓN DEL CONGRESO EN: www.midwives2020.org

10ª TROBADA

Valencia, 29 de Marzo de 2019



Associació de Comares
de la Comunitat Valenciana



PROGRAMA

8:30 Entrega de documentación.

9:00 - 9:15 Inauguración de la Trobada.

9:30 - 10:15 TIC para Matronas.

D. Adrián Sarria Cabello. Coordinador de proyectos Innovación en el ámbito de la salud.

10:15 - 11:00 Microbiota y Lactancia Materna.

Dra. M. Carmen Collado. Investigadora del IATA.

11:00 - 11:45 Pausa – Café

12:00 - 12:45 Epigenética y su influencia en las personas.

Dr. Salvador Martínez Pérez. Director del Instituto de Neurociencias UMH - CSIC.

12:45 - 13:30 Conferencia Inaugural: Salud Mental Perinatal.

Dra. Lluïsa García. Psiquiatra coordinadora de la Unidad de Salud Mental Perinatal, BCN - Clinic.

13:30 - 14:00 Debate interactivo con audiencia.

14:00 - 15:30 Comida de Trabajo.

15:30 - 16:00 Lectura del premio Associació de Comares 2018.

Efectividad de las técnicas de movilidad en el inicio de parto espontáneo en gestantes a término con rotura prematura de membranas.

16:00 - 16:30 Parto en el agua.

Dña. Paula García Maronda. Matrona en Hospital de la Plana.

16:30 - 17:45 Mesa de Controversia. Vientres de alquiler.

Participantes: *Dña. Francisca Fernández Guillén, Abogada especializada en Derecho Sanitario. Dña. Modesta Salazar Agulló, Doctora por la UA. Matrona asistencial en HGU de Elche, Investigación en Género. Dña. M.ª de las Nieves Gómez Cubero, Presidenta de la Asociación por la gestación subrogada en España.*

18:00 - 18:45 Conferencia de Clausura. Climaterio y Sexualidad.

Dña. Eva Perea. Terapeuta de pareja. Sexóloga clínica y coach experta en alta sensibilidad.

18:45 Clausura de la Trobada

LUGAR:

Jardín Botánico de la Universidad de Valencia

Calle Quart, 80, 46008 Valencia.

Valencia, 29 de Marzo de 2019



LA CONFEDERACIÓN
INTERNACIONAL DE MATRONAS
CONVOCA EL:
2019 Young Midwifery Leaders



International
Confederation
of Midwives

Strengthening Midwifery Globally

!!!FINALIZA EL PLAZO EL 31 DE MARZO 2019 !!!



INFORMACIÓN:

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/project-files/2019/02/final-yml-advert---selection-c-and-process-document.pdf>.

CONTACTO PARA DUDAS (Ann Yates):

yml@internationalmidwives.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:

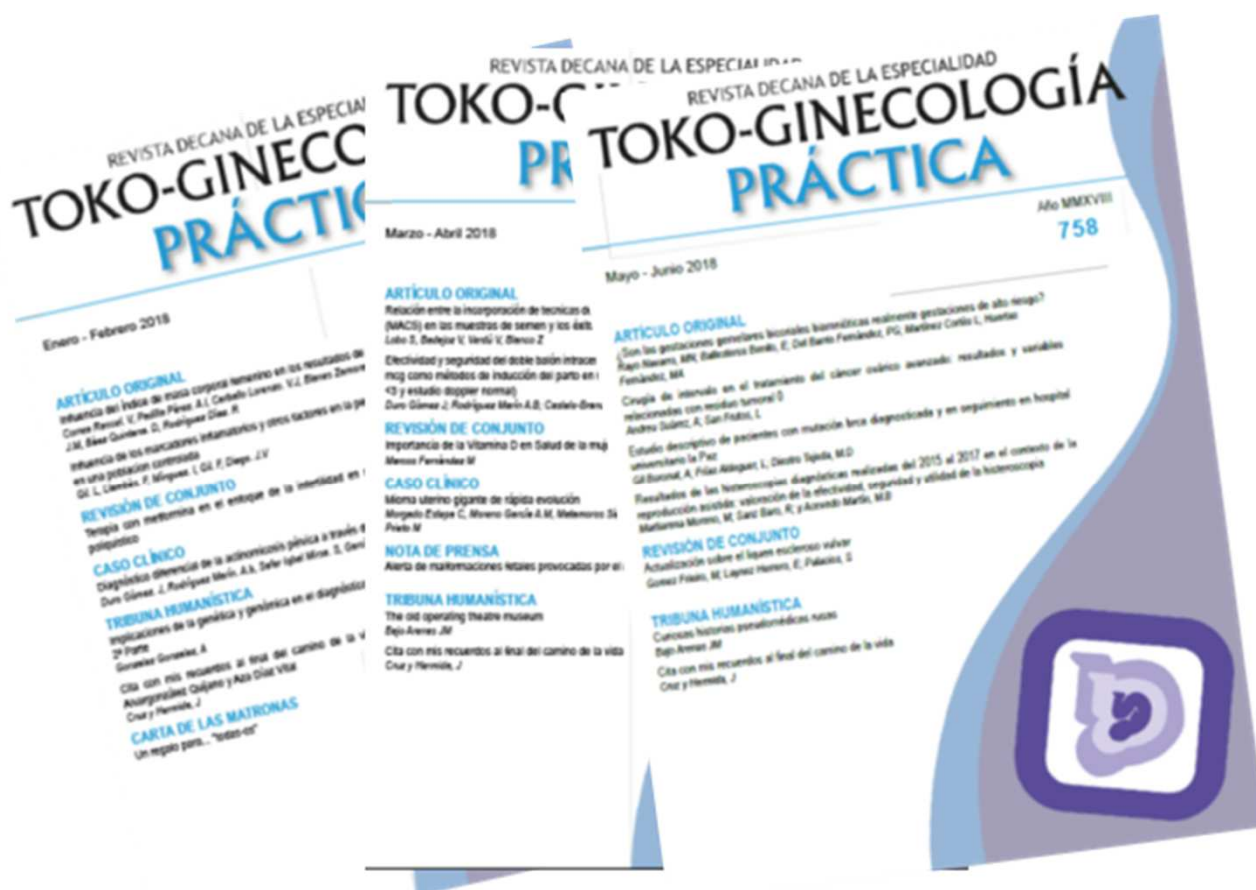
- Título del trabajo.
- Nombre de los autores.
- Profesión y cargo de todos los autores.
- Lugar de trabajo.
- Dirección para correspondencia, teléfono y correo electrónico habitual de contacto.

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



CÁRCEL E INHABILITACIÓN A UNA MATRONA POR UNA MONITORIZACIÓN INADECUADA

La Audiencia Provincial de Madrid ha condenado a un año de prisión y 18 meses de inhabilitación a una matrona por una mala atención y un defectuoso seguimiento de las constantes del feto durante un parto. La ginecóloga, que también fue denunciada por la familia del bebé ha quedado absuelta.

La sentencia de primera instancia entendió la existencia de un delito respecto a la matrona, por una mala atención y un defectuoso seguimiento de las constantes del feto, que posteriormente, ha sido confirmado por la Audiencia Provincial de Madrid, siendo absuelta la ginecóloga.

El bebé nació con graves lesiones neurológicas como encefalopatía hipóxico-isquémica, tras lo que las secuelas más relevantes fueron tetraparesia grave, deterioro muy grave de las funciones cerebrales superiores, ceguera bilateral de origen central y perjuicio estético.

La matrona, encargada de vigilar los movimientos del feto, no avisó a la doctora

El abogado de la familia del recién nacido, amplió la solicitud inicial de indemnización hasta 8 millones de euros durante la vista del juicio oral. Finalmente se alcanzó un acuerdo económico por las entidades aseguradoras rebajándose las pretensiones, siendo la responsabilidad civil fijada en más de un millón de euros. El proceso penal continuó contra los profesionales sanitarios a pesar de quedar zanjadas las responsabilidades civiles.

El juez, en su fallo, habla que la falta de seguimiento provocó que se alargara innecesariamente y en exceso el sufrimiento fetal

sin que se le pusiera remedio. El bebé nació con graves lesiones neurológicas como encefalopatía hipóxico-isquémica, tras lo que las secuelas más relevantes fueron tetraparesia grave, deterioro muy grave de las funciones cerebrales superiores, ceguera bilateral de origen central y perjuicio estético.

Tras estos hechos la familia denunció por la vía penal a la matrona y a la ginecóloga por imprudencia profesional en la atención del parto. Los reclamantes llegaron a solicitar más de 8 millones de euros por diversos conceptos indemnizatorios, llegando finalmente a un acuerdo en cuanto a las cantidades civiles.

Supervisión y control del seguimiento

La paciente, gestante de 40 semanas y 4 días, ingresó a primera hora de la mañana para que se le indujera el parto, según había acordado con su ginecóloga. La supervisión y el control del seguimiento se encargó también a la matrona acusada.

Las dos primeras horas de la monitorización se desarrollaron sin problemas ya que el registro cardiotográfico reflejaba una frecuencia normal. En las tres siguientes horas el registro no reflejaba imagen alguna en varios momentos, sin que se supieran los motivos concretos de esas pérdidas de foco.

La ginecóloga exploró a la paciente a media tarde e indicó a la matrona que vigilara los datos obtenidos de la gráfica y le avisara cuando llegaran los resultados de una analítica que había solicitado. Algo más de media hora después de la visita de la



ginecóloga la gráfica cambió y el registro del estado del feto se hizo patológico, lo que requería intervención inmediata, sin embargo la matrona, encargada de vigilar dichos movimientos, no avisó a la doctora.

Veinte minutos después avisó a la ginecóloga y le comunicó el resultado de la analítica, pero no le advirtió de que el RCT reflejaba sufrimiento fetal. Al cabo de media hora la ginecóloga pudo observar por sí misma en la gráfica una taquicardia fetal con pérdida de variabilidad, por lo que ordenó una cesárea de urgencia.

En primera instancia se condenó a la matrona y se absolvió a la ginecóloga ya que el juez no contempló que hubiera responsabilidad en su actuación y, por tanto, por haber obrado en todo momento conforme a la lex artis.

La familia del menor recurrió esta sentencia al considerar que la ginecóloga también debía ser declarada responsable de los daños ocasionados al recién nacido.

Se expuso que la doctora había vulnerado el deber objetivo de cuidado, imprescindible para evitar el resultado lesivo desde que tomó la decisión de inducir al parto hasta que se realizó la cesárea, ya que la información de la que disponía, a su modo de ver, era suficiente para que hubiera actuado de otro modo.

Tanto el abogado de la doctora como el ministerio fiscal se opusieron al recurso, ya que argumentaban que el resultado de las pruebas era determinante para que se absolviera a la doctora, siendo la matrona la responsable del retraso al no advertir a la ginecóloga, según era su obligación, de las variaciones experimentadas en los registros.

Fuente: [redacción médica](#)



condena consentimiento
informado defensa
diagnóstico error
diagnóstico obstetricia
historia clínica juicio
indemnización informes
inhabilitación juzgado lex
artis mala praxis médicos
penal parto peritos
reclamaciones sentencias
responsabilidad civil
profesional sentencia
partos profesional condena
consentimiento cesáreas
defensa error
diagnóstico obstetricia
historia clínica
informes inhabilitación



LAS AVENTURAS DE UNA COMADRONA

Unos cuantos números anteriores incluimos la recomendación de un libro de esta misma autora y **aunque sigo pensando que nunca en mi vida he encontrado un libro con mayor incorrección ortográfica y sintáctica, particularmente he sentido que es un libro que "engancha"; quizá ese enganche** además de un trama intrigante también venga sobrevenido además, por el recuerdo amable de un hermoso país en el que el nivel de pobreza y las dificultades de acceso los servicios de salud en las zonas rurales me impactó sobremanera cuando lo visité .

Sea por el computo de circunstancias que sea, lo cierto es que con las dificultades que supone leer un libro con un incorrecto uso de los signos de puntuación y cuyo relato parece la transcripción de un discurso oral y no un relato literario, no carece de grandes dosis de imaginación, intriga y suspense y en resumen, resulta entretenido.

Aunque los títulos son diferentes, el primero que recomendamos "El quipus y la comadrona" y ahora "Las aventuras de una comadrona" , incluso han sido publicados en años diferentes, el trasfondo, la trama son las mismas en ambos libros.

La protagonista , Camila , es una joven obstetriz recién licenciada que se dirige a realizar el SERUM,(Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud), una especie de servicio social en medicina como forma de respuesta a la escasez de recursos humanos en las zonas más vulnerables del país. Este servicio es de obligado cumplimiento para médicos, odontólogos, enfermeros, obstetras, químico-farmacéuticos, nutricionistas, tecnólogos médicos, asistentes sociales, biólogos, psicólogos, veterinarios e ingenieros sanitarios. Además es



requisito es indispensable para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a los programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios o perfeccionamiento.

Pues bien, la protagonista escoge la zona de Huancavelica ubicada en el centro del país andino donde se concentra una de las zonas de mayor índice de pobreza en oposición a Lima la capital en la que ella vive.

Enseguida se topa con la realidad: la cultura y las tradiciones que además erigen a la partera tradicional del lugar, en la referente en el cuidado sexual y reproductivo de las mujeres de la zona, lo que se presenta como una barrera infranqueable para la joven obstetriz.





Sin embargo ésta lejos de enfrentarse, decide establecer una simbiosis con la partera, mujer de principios y con gran afán de incrementar sus conocimientos empíricos, y así la obstetriz se sirve de la partera para ser introducida en la sociedad de mujeres y la partera, se sirve de la obstetriz para adquirir conocimientos alejados de la superstición y el empirismo.

Cuenta sucedidas aventuras de partos complicados que en ocasiones requieren, con las dificultades añadidas de largos y difíciles desplazamientos por una geografía intrincada, además de la oposición frontal de las parturientas a salir de sus casas, traslados al hospital de referencia; ninguno de los casos descritos resultan carentes de interés, harto al contrario, nos pone en situación de saber lo que es hacer "obstetricia de campaña" y la diferencia, la vida o la muerte en muchas ocasiones, entre que una mujer disponga en su parto de una atención cualificada o no.

Cuando por fin nuestra obstetriz ya se ha asentado en el lugar consiguiendo la inestimable ayuda de la partera que le ha permitido el acceso a las mujeres, llega la noticia al equipo de salud que uno de los médicos de un área cercana ha sido secuestrado, sorprendentemente nadie reivindica su secuestro y todos temen lo peor; acto seguido es secuestrada Camila por un grupo que creyó fueran terroristas de Sendero Luminoso organización subversiva y terrorista de la década de lo 80 que sembró el terror en el Perú, sin embargo fue un grupo desconocido pero peor incluso.

En principio es llevada a un desconocido lugar para atender el parto de la mujer del jefe pero sin querer, Camila y el médico secuestrado acaban interponiéndose en el trabajo ilegal de una mina de oro y un quipus legendario.

Entorno a la historia de Camila, se intercalan otras historias de amores y venganzas, de codicia humana, de la complicada pero agradecida

asistencia a las mujeres sin perder de vista su idiosincrasia y sus costumbres.

Al final, se llega a un feliz desenlace del que sin duda la obstetriz es protagonista y por ello, reconocida por el pueblo en el que finaliza sus prácticas del Serum.

Merece la pena leerlo, no es demasiado largo y ofrece entretenimiento además de poner a prueba los conocimientos de ortografía y estilo de cualquier lector.

Rosa M.ª Plata Quintanilla

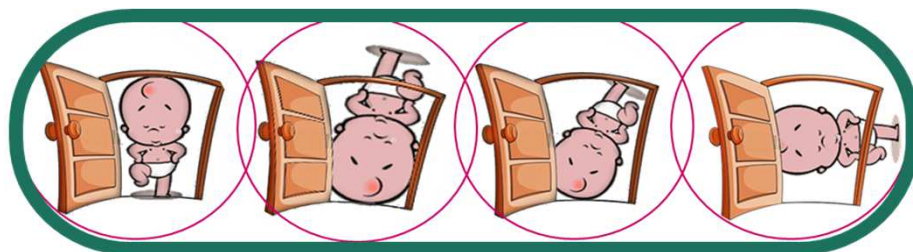
AVENTURAS DE UNA COMADRONA

Autor: ANA LUCIA JACINTO UBILLUS

Número de páginas: 217 páginas

Fecha de lanzamiento: Julio 2017





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 Cantabria 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 VÍA 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

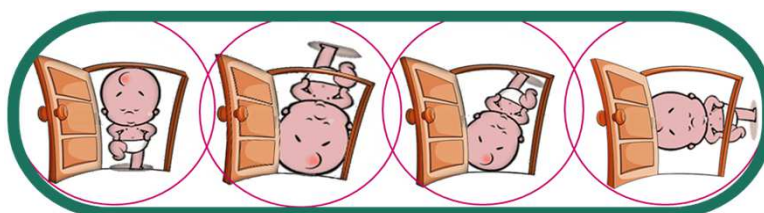
PRESENTACIÓN ANORMAL DEL OBJETO DE PARTO- EL PARTO PODÁLICO

- 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



40 AÑOS 40 LOGROS



www.aesmatronas.com



www.aesmatronas.com