



INFORM Matronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS MAYO 2019 N.º 36

COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN QUE ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS
 HEMOS LEIDO INFORMACION
 DICEN QUE ESTÁ PASANDO COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
 INFORMACION CUENTAN QUE NOTICIAS ESTÁ PASANDO
 PASANDO COMPARTIMOS HEMOS LEIDO DICEN QUE
 CUENTAN QUE NOTICIA BREVES
 NOTICIAS HEMOS LEIDO
 ESTÁ PASANDO DICEN QUE
 QUE CUEN INFORMACION
 COMPARTIMOS PASANDO
 NOTICIAS BR NOTAN
 COMPARTIMOS ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES COMPARTIMOS
 NOTICIAS NOTICIAS
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 DICEN QUE COMPARTIMOS
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
 PASANDO NOTICIAS BREVES
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN
 QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES NOTICIAS
 QUE HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE
 DICEN QUE PASANDO
 CUENTAN





Presentación

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

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

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

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

En éste número...

❑ ESPECIAL I:

- RECONOCIMIENTO RECÍPROCO

❑ HEMOS LEÍDO QUE:

- MATRONAS MURCIANAS ACUDEN AL DEFENSOR DEL PUEBLO.
- MATRONAS DEL PESET EXIGEN A SANIDAD SOLUCIONES EN URGENCIAS
- TOMAR ANTIBIÓTICOS O SOMETERSE A UNA CESÁREA TIENE COSTES OCULTOS.
- LA RECOMENDACIÓN SOBRE LA ECOGRAFÍA DEL TERCER TRIMESTRE SE CONSOLIDA EN LA SEMANA 36
- NUEVO FARMACO PARA LA DESPRESIÓN POSTPARTO

❑ MUY INTERESANTE:

- I -JORNADA DE LA ASOCIACIÓN CIENTIFICA DE MATRONAS DE ARAGÓN. "Autonomía: Un reto presente y futuro"
- CONGRESO ISA 2019 MADRID
- FORMACIÓN AVANZADA EN LACTANCIA MATERNA. [ematrona](http://ematrona.com)

❑ BREVES

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

❑ BUENAS NOTICIAS:

- MATRONAS Y SALUD BUCODENTAL
- SE CELEBRÓ EL X CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA
- LA IHAN ACABA DE LANZAR EL PRIMER MÓDULO DE SU CURSO SOBRE LACTANCIA NATURAL.
- III CONCURSO DE CARTELES "CONGRESOS FEDALMA PRO LACTANCIA MATERNA"
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM
- PREMIOS MARIBEL BAYÓN.

❑ PERLAS JURÍDICAS:

- RECLAMAN MÁS DE 8 MILLONES DE € A UNA GINECÓLOGA Y A UNA MATRONA POR UN MAL RESULTADO EN UN PARTO

❑ LECTURA RECOMENDADA:

- EL LEGADO DE HIPATIA. HISTORIA DE LAS MUJERES EN LA CIENCIA DESDE LA ANTIGÜEDAD HASTA FINES DEL SIGLO XIX

❑ AGENDA A.E.M.

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

❑ 40 ANIVERSARIO A.E.M.



RECONOCIMIENTO RECÍPROCO



Como cada mes intento ofreceros temas interesantes que puedan aportar un granito de arena en vuestras vidas profesionales, y si no, al menos, un rato entretenido en lo personal. Entre un artículo y otro suceden cosas que dan pie a redactar un caso más práctico pero a veces, la musa de la inspiración remolonea y acude por sugerencia de alguna amiga, fiel seguidora, que la estimula y zarandea para beneficio de todas y todos. Esta vez, el propio panorama nacional ha sido suficiente para provocar ese estímulo al que no he podido resistirme y sucumbir.

A horas de este artículo, estamos imbuidos en la campaña electoral, todos los medios de comunicación están invadidos, en mi opinión, del bochornoso espectáculo que están dando los políticos. Aún no he escuchado ninguno que exprese solo su programa de mejoras sociales, educativas, sanitarias y demás propuestas para el país. Sólo prevalece el insulto y los exabruptos de unos contra otros como si de adolescentes “maleducados” se tratasen. No sé si será una nueva estrategia de “saturación del votante” y de “bronca diaria” para conseguir su fin, que con tanto lío, al final, uno vote al que no parece tan cabreado. No creo que esta sea la política que nos enseñaron los griegos de la antigüedad ni se parezca a lo que significa etimológicamente la palabra política, una pena.

Todo este panorama me recuerda mucho a la *Teoría del reconocimiento* de Axel Honneth, un importante filósofo y sociólogo alemán de la llamada tercera generación de la escuela de Frankfurt, del cual recomiendo su lectura, incluso a los políticos, aun reconociendo ciertas lagunas de su teoría.

MARCO CONCEPTUAL

Por un lado la palabra **reconocimiento**, de origen latino, está conformada por tres partes: el prefijo “re” equivalente a repetición; el verbo “conocer”(cognoscere) y el sufijo “mento” sinónimo de instrumento. Así, se conoce a alguien como reconocimiento, a la acción y el efecto de reconocer o reconocerse¹. El verbo se refiere a: *examinar algo o alguien con cuidado o así mismo, registrar algo para conocer su contenido, confesar alguna situación o aceptar un nuevo estado de las cosas*. También implica el hecho de distinguir una cosa o persona de las demás a partir del análisis de las características propias del objeto o del sujeto. Es una manera de darle identidad individual.

Por otro lado, recíproco, que se da o se dirige a otro y que a su vez recibe de éste en la misma medida. Adjetivo de la palabra reciprocidad, del latín reciprocitas, que es la correspondencia mutua². Algo recíproco es aquello que se hace como devolución, compensación o restitución. Sería hacer por el otro lo que éste hizo por uno, de una manera más genérica, daría un sentido de solidaridad u hospitalidad.

En el campo de la psicología, en base a esta reciprocidad, se establecen relaciones e interacciones sociales y personales. Como ejemplo baste decir que somos más afectuosos y cariñosos con aquellos que también lo son con nosotros.





Dentro de la ética, existe la Ética de la Reciprocidad, con origen en la Antigua Grecia que viene a decir que, para conseguir la felicidad de la generalidad, es necesario minimizar los daños que puedan causar, dicho de otra manera “no hagas a los demás, lo que no deseas que te hagan a ti” o formulado en positivo, como ya escribí una vez, “*trata a los demás como quieras ser tratado*”. También, en antropología, se reconocen tres tipos de reciprocidad como manera de intercambiar bienes y trabajo: *la generalizada*, donde el intercambio no es inmediato a corto plazo o no es imprescindible, *la equilibrada*, que es inmediata y *la negativa*, que busca el beneficio a expensas de la otra parte mediante trampas o engaños.

MARCO FILOSÓFICO Y ÉTICO

Desde finales del siglo XX, tanto en la filosofía política como en la filosofía del derecho se produjo un cambio, se reemplazó la categoría de justicia por la del **reconocimiento recíproco**, de manera que la teoría de Axel Honneth, que mencioné al principio, es una teoría intersubjetiva en la que el otro tiene una función esencial para el sujeto y que remite a los principios de igualdad y de moralidad.

Para Kant, este derecho es la condición de que la libertad de uno es compatible con la libertad del otro, lo que implica al otro como un igual.

Habermas, en el siglo XX, expone la noción *reconocimiento mutuo* como núcleo del Estado de Derecho democrático ya que para este autor, solamente la igualdad de condiciones garantiza el respeto o el reconocimiento mutuo³. Así para Honneth, la *humillación* es la negación del reconocimiento por parte de los otros o de la sociedad.

Para este autor, hay tres formas de reconocimiento recíproco: la *dedicación emocional* en las relaciones de amor o de amistad, *el reconocimiento jurídico*, a través del derecho y la *adhesión solidaria* a través de la valoración social⁴. Esto supone para Honneth la normativa o núcleo central de la concepción de justicia porque definen las condiciones intersubjetivas de la integridad personal de todos los sujetos. Pero este mismo autor, distingue tres formas de falta de reconocimiento o según él, menosprecio, una por cada una de las tres formas y que atentan contra algún aspecto de la identidad personal⁵.

- La primera falta de reconocimiento es *el maltrato físico*, que concierne a la esfera corporal del sujeto e incluye formas de tortura, violencia física, violación o cualquier intento de apoderarse del cuerpo de una persona contra su voluntad.
- El segundo modo es la privación de derechos o *la exclusión social*, de donde nace la lucha o reclamo de este derecho en algunos grupos o personas (derechos políticos de participación y derechos sociales como el bienestar).
- Y por último, la tercera forma es la *injuria o deshonra*, es decir, por la desvalorización social de ciertos modos de vida individuales o colectivos, dependiente de patrones culturales que determinan el valor y sentido de las actividades y contribuciones individuales o grupales.

De modo resumido, el reconocimiento recíproco sería la valoración no solo de uno mismo (autoestima) sino del otro y es el respeto a la dignidad que tenemos todos los seres humanos, la que nos hace iguales, como un valor intrínseco en sí mismo por el hecho de ser persona, y las formas de menosprecio serían como formas de injusticia moral. Cuando una persona no se siente valorada, la propia identidad se construye con dificultades.

Las experiencias de menosprecio (desvalorización) hieren, rompiendo tanto la interacción positiva con uno mismo (falta de autoestima) como con las demás personas (sentido de desconfianza), generando una dinámica de lucha (defensa-ataque)⁶ y de juegos de poder.





MARCO SANITARIO

En el ámbito de la salud, la identidad individual, se refiere al rol desempeñado como paciente (usuario de la sanidad) o como profesional sanitario. Habitualmente, frente al modelo clínico de **relación egoísta** (persona con un problema que busca al experto para que lo resuelva y experto que se enfrenta a una patología que resolver para incrementar su prestigio profesional) es posible un modelo clínico de **relación empática** basada en el reconocimiento recíproco (persona con un problema que busca al experto para intentar resolverla y experto que se posiciona frente a un ser humano, persona, en situación de vulnerabilidad).

Las tres esferas de Honneth, anteriormente descritas, podrían referirse a la relación profesional-paciente (persona) como la primera esfera, el reconocimiento de derechos como segunda y el respeto a la singularidad personal, manifestado en la toma de decisiones compartida con el paciente (persona) como la tercera esfera.

Aplicado al mundo de la matrona, del encuentro clínico con la usuaria (persona), en nuestro caso mujer, así como de las relaciones entre los miembros del equipo de trabajo, surge el reconocimiento referido a la primera esfera. El segundo nivel de reconocimiento se alcanza con la promulgación de derechos y deberes tanto de las usuarias como de las/os trabajadoras del sistema sanitario.

La tercera esfera de reconocimiento está en función de que los profesionales respeten los valores específicos de las personas que atienden (aunque no los compartan) y de que asociaciones de pacientes (usuarios/as), sociedades científicas y profesionales, también la institución sanitaria para la que se trabaja, aprecien las aportaciones de los profesionales. Implica a su vez el cambio de modelo paternalista en la atención del sistema sanitario, público o privado.

CONCLUSIONES

En el ámbito de la atención gineco-obstétrica atender a las necesidades psico-espirituales o psico-emocionales de las mujeres, gestantes o no, (expectativas, miedos, desesperanza, valores) mejora el estado de salud percibido por éstas y facilita que se sientan reconocidas.

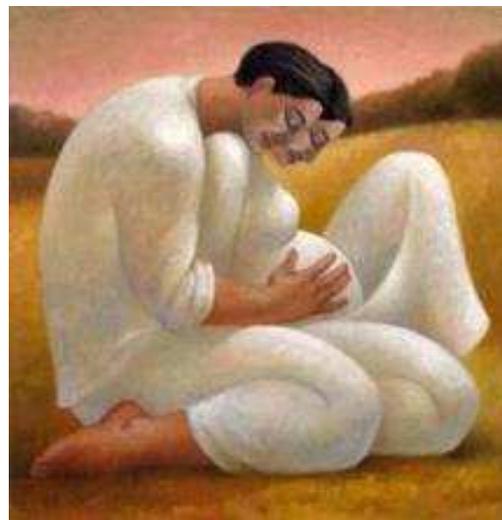
El vector “reconocimiento recíproco” es bidireccional. Pero la relación clínica de atención o de cuidados, aunque se da entre iguales (seres humanos/ personas) es asimétrica (la persona atendida está en situación de vulnerabilidad como ya expliqué en otro artículo). La matrona o matrona, como profesional, tiene mayor responsabilidad que la usuaria del sistema sanitario porque debe facilitar las condiciones adecuadas para que se dé reciprocidad en el reconocimiento y que sólo existirá cuando la mujer (o familia) perciba como valiosa la atención sanitaria recibida y el profesional, además de cuidar la calidad científico-técnica, exigible por otro lado, procure reducir al máximo la vulnerabilidad de quien atiende y cuida de manera que éste/a perciba que se confía en él o en ella. El vínculo de confianza es necesario para una vivencia positiva, por ejemplo, del parto.

Las/los profesionales que se sienten reconocidos por las gestante, siguiendo el ejemplo anterior, encuentran la mayor fuente de motivación para su trabajo en los bienes internos de la profesión. Unos/as y otros/as pueden también pueden recibir reconocimiento por parte de la organización sanitaria.





Quizá, cuando se hablaba de la Humanización en la atención al parto, se pensaba no sólo en ofrecer calidad técnico-científica, sino también, en la calidad de relaciones humanas, de persona a persona, con el individuo o grupo. Sin un sustrato emocional de benevolencia, no es posible el reconocimiento recíproco y este es el cimiento de la asistencia humanizada que parece que hace una década hemos descubierto. Personalmente, siento un gran reconocimiento profesional cuando una gestante me expresa su agradecimiento, no solo por el trabajo bien hecho, sino también, porque su satisfacción me devuelve la motivación original del porqué me hice matrona: por ayudar a las mujeres en la vivencia tal vital como es el del nacimiento, de su hijo/a y también de una nueva etapa en ella como lo es la maternidad.



Para finalizar, una frase de regalo que tantas veces escuché, esta vez de mi sabia abuela, no era famosa, pero sí muy querida por mí: ***“En esta vida se recoge lo que se siembra tarde o temprano, aunque no recuerdes haberlo plantado”***. Gran verdad, pues todos necesitamos ser valorados y eso empieza no sólo por uno mismo sino también por valorar a los otros, así que pasemos a la acción en lugar de sólo lamentarnos.

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

-
- 1.-Julian Pérez Porto y Marái Merino ([www. definición.es](http://www.definición.es))
 - 2.-RAE
 - 3.-Apuntes acerca de la teoría del reconocimiento, Javier Méndez Vigo (2008)
 - 4.-La *adhesión solidaria* a través de la valoración social
 - 5.-Justicia social clave de capacidades y reconocimiento. A. Fascioli
 - 6.-Honneth, Axel, *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*, Barcelona: Crítica, 1997
 - 7.-Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. Ana M^a costa- Alcaraz

MATRONAS MURCIANAS ACUDEN AL DEFENSOR DEL PUEBLO.

Las puntuaciones de los baremos de la bolsa del Servicio Murciano de Salud (SMS) suelen ser objeto de polémica, ya que para los profesionales que aspiran a entrar en un centro público 20 puntos más que menos pueden suponer que les llamen o no para trabajar. Quienes se han puesto ahora en pie de guerra son las matronas, especialistas de enfermería que consideran que se están viendo perjudicadas frente a las que llegan desde Inglaterra, «quienes tienen una mayor puntuación por haber estado fuera unos años pese a no haber pasado por un concurso de oposición», explica una de las afectadas. Una situación que les ha hecho llegar a pedir ayuda al Defensor del Pueblo con el fin de conseguir que se cambie el baremo del SMS e interponer un recurso de alzada en la Administración regional.

Dentro de los baremos de la bolsa de matronas hay un apartado en el que se dan 20 puntos a aquellos profesionales que estén trabajando en la condición de funcionario, los que tengan un contrato laboral fijo o los que mantengan una relación estatutaria con cualquier administración, una forma de 'promocionar' a los que tienen plaza en otro sector. El problema que encuentran las matronas murcianas es que estos mismos 20 puntos se les den también a las que regresan de Inglaterra «sólo por presentar un certificado que les acredita el haber estado trabajando en otro país, cuando en España es necesario haber pasado por un concurso oposición».

Las afectadas señalan que «así no estamos en igualdad de condiciones y las que llegan de fuera tienen más privilegios», por lo que solicitan un cambio en los baremos. A esto añaden que estos



20 puntos sólo existen en el baremo de Murcia, ya que el resto de comunidades no los contemplan, «lo que genera un efecto llamada para todas aquellas matronas que regresan ahora de Inglaterra empujadas por el efecto Brexit».

El secretario de acción sindical de Satse, Luis Esparza, reconoce que los certificados que se dan a los profesionales en el extranjero «no terminan de estar claros y aunque es un tema que hemos puesto sobre la mesa en más de una ocasión nunca se ha abordado», aunque también mantiene que «es muy difícil de filtrar quiénes se ajustan a los requisitos y quiénes no». Desde el Servicio Murciano de Salud informan de que han recibido una reclamación en ese sentido, reclamación que se va a estudiar en la Comisión Mixta de la Bolsa de Trabajo en la que están representados los agentes sociales y los sindicatos. Y apuntan que la baremación actual se aprobó en esta misma comisión.

Fuente: **Ana García** La opinión de Murcia

MATRONAS DEL PESET EXIGEN A SANIDAD SOLUCIONES EN URGENCIAS.

Las sanitarias critican que la falta de camas de hospitalización supone «una absoluta temeridad» y denuncian deficiencias en el paritorio.

Matronas del Hospital Peset de Valencia han solicitado a la Conselleria de Sanidad que acuerde «las medidas oportunas» para subsanar el 'totum revolutum' en que se ha convertido las Urgencias de maternidad «cada vez con más frecuencia» por «la falta de camas de hospitalización» y que supone «una absoluta temeridad».

Así consta en un escrito registrado el pasado 12 de marzo en la Conselleria de Sanidad, suscrito por una de las matronas y también abogada en representación de 10 de las 14 profesionales que dieron su aprobación a la denuncia de tres disfunciones que se registran en el paritorio para que «puedan realizar su labor asistencial en la Urgencia Obstétrica y Ginecológica con protección jurídica, seguridad laboral y adecuados protocolos». En concreto, piden instalar la centralización de registros de datos electrónica o telemática para el seguimiento materno-fetal de los monitores en las urgencias de maternidad. Así, señalan que es «imposible valorar el bienestar fetal de manera continuada y en tiempo real de todas las pacientes monitorizadas», lo que ha acarreado en «múltiples ocasiones problemas graves o muy graves».

Del mismo modo, piden declarar «nulo e improcedente» en sala de partos el protocolo de glucemias horarias y tomas de leche de iniciación a los recién nacidos de riesgo elevado y moderado a tratar, que «no se activa en paritorio en ningún hospital público» de la Generalitat.

Así, explican que este protocolo supone «un riesgo



elevado e innecesario» dejar «aparcados en el paritorio» a estos recién nacidos ya que «deben ser atendidos en las unidades diseñadas para tal fin». Al respecto, apuntan que la unidad de Urgencias se ha convertido «en un auténtico embudo» desde que se individualizan las habitaciones, lo que ha supuesto reducir las camas a la mitad pese a atender a un 18% de partos más. Del mismo modo, solicitan no asumir directamente de quirófano al paritorio las pacientes post-quirúrgicas de ginecología como las cesáreas con patología asociada sino que sean derivadas a la «unidad de despertar» donde tengan monitorización centralizada de constantes vitales.

Fuente: Las Provincias

TOMAR ANTIBIÓTICOS O SOMETERSE A UNA CESÁREA TIENE COSTES OCULTOS.

Martin Blaser, investigador de la Universidad Rutgers advierte de que un mal uso de los antibióticos puede provocar efectos catastróficos a gran escala.

El mundo es de los microbios. Están aquí desde hace más de 3.700 millones de años y han tenido tiempo para colonizar cada rincón del planeta. Aunque resulten invisibles, suponen el grueso de la biomasa de la Tierra, con más peso acumulado que todos los animales y los árboles sumados. Si se juntasen todas las células microbianas que habitan el océano, igualarían el peso de 240.000 elefantes africanos.

Así presenta Martin Blaser (1948) a los imponentes protagonistas de su libro SOS Microbios (Debate). El director del Centro para la Biotecnología y la Medicina Avanzadas de la Universidad Rutgers lleva décadas estudiándolos, concentrado en su particular relación con los humanos. En nuestro interior, todos albergamos casi kilo y medio de bacterias de miles de especies distintas. Sin ellas, no podríamos existir.

Sin embargo, desde que Louis Pasteur mostró que gran parte de las enfermedades tenían su origen en patógenos microscópicos, virus y bacterias se convirtieron en enemigos a batir por la medicina. Esto se comenzó a lograr en la primera mitad del siglo XX, con la aparición de los primeros antibióticos. Infecciones que antes mataban a millones de personas se volvieron enfermedades leves gracias a medicamentos como la penicilina, uno de los grandes triunfos de la humanidad.

Sin embargo, el éxito no fue gratuito, aunque eso solo se ha empezado a comprender en los

últimos años. Igual que el petróleo y los motores de combustión trajeron prosperidad a la humanidad, pero también los riesgos del cambio climático, los antibióticos han cambiado el ecosistema de las bacterias que nos habitan y han azuzado el desarrollo de bacterias inmunes a todo tratamiento. Blaser ha escrito este libro como una advertencia. El efecto de los antibióticos sobre el microbioma, junto a un aumento del consumo de calorías, puede estar detrás de la pandemia de obesidad

Pregunta. La obesidad es una de las grandes pandemias de nuestro tiempo. Usted dice que no solo tiene que ver con que se come más y peor, que también tiene que ver con los cambios que está produciendo en nuestro microbioma el uso de antibióticos.

Respuesta. El microbioma es parte de la historia, aunque no es toda la historia. Nosotros realizamos un experimento con ratones para ver cuál era la importancia relativa de los antibióticos y la ingesta de calorías en la obesidad. Lo que vimos es que si dábamos una dieta con muchas calorías a los ratones, engordaban. Si les dábamos antibióticos, también, pero si se lo dábamos todo junto engordaban mucho más. La vida es así, las cosas no son necesariamente excluyentes, podemos ver que en este caso ambas cosas contribuyen.

P. ¿Cómo nos hacen engordar los antibióticos?

R. Lo primero que hay que decir es que los antibióticos son muy importantes. No son el único factor que está afectando a nuestro microbioma, pero principalmente, el crecimiento de la obesidad tiene que ver con los antibióticos que les damos a los niños. La obesidad se ha extendido por todo el mundo. Primero comenzó en los países desarrollados, pero ahora, los niños en India o China y en todo el mundo en desarrollo están engordando. De hecho, si miras a los niños de menos de cinco años, el 80% con sobrepeso y

obesidad están en países en desarrollo y en pocos años van a ser el 90%. Eso significa que ahora mismo hay 50 millones de niños en el mundo por debajo de cinco años que tienen obesidad o sobrepeso.

Y se calcula que hacia 2020 serán 100 millones. La obesidad no es solo una epidemia, es una pandemia mundial. Y lo que hemos descubierto es que en los países en desarrollo está pasando lo que habíamos visto en los países desarrollados hace treinta años, y se están acercando muy rápido. Ahora, resulta que en muchos países en desarrollo el uso de antibióticos en niños es mayor que en EE UU o Europa. Los niños por debajo de un año de edad están recibiendo hasta diez tandas de antibióticos al año porque sus madres se preocupan de que están enfermos y el farmacéutico les da antibióticos para todo, desde una fiebre a un dolor de cabeza, y los antibióticos están fuera de control.

P. Otro de los factores que están cambiando nuestro microbioma y que se puede relacionar con el incremento de dolencias como el asma, las alergias o la diabetes tipo 1 es el aumento de los nacimientos por cesárea. Al no pasar por el canal del parto, el bebé no recibe las bacterias de la madre, que protegen frente a estas dolencias.

R. El punto de todo esto es que aunque hay factores individuales que están cambiando nuestro microbioma, los efectos son acumulativos. Las cesáreas tienen efectos negativos, los antibióticos tienen efectos negativos y dar leche de fórmula en lugar del pecho, también. Todo suma.

La bacteria 'Helicobacter pylori' [asociada al cáncer de estómago] es mala para nosotros, pero es buena también

Las cesáreas son importantes y en EE UU se aplican en el 32% de los nacimientos. En España es alrededor del 25%. Las tasas están descendiendo, y eso es bueno, pero son aún elevadas. En Suecia o en Holanda, la tasa es del 12%, así que probablemente en España es el doble de lo que debería ser. En un país como Turquía es del 53%.

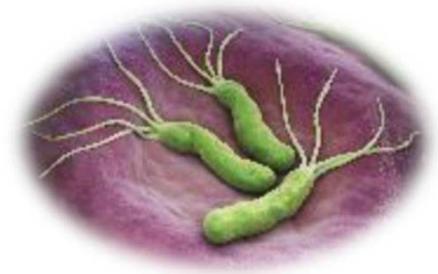
P. En el libro habla de una gran variabilidad en el uso del uso de antibióticos o cesáreas incluso dentro de un mismo país. En Roma, por ejemplo, dice que el 80% de los niños nacen por cesárea mientras en el resto de Italia la cifra no llega al 30%. Algo parecido sucede con el uso de antibióticos, que es mucho más elevado en los Estados del sur de EE UU que en los del norte. ¿A qué se deben estas diferencias tan grandes en la práctica médica?

R. Es justo eso. En Europa, por ejemplo, hay una tremenda variación entre el norte y el sur, con el norte utilizando las cesáreas y los antibióticos mucho menos que el sur, aunque no haya una tasa mayor de infecciones serias. Eso también sucede en EE UU. En el Sur utilizan un 50% más los antibióticos que en los Estados del Oeste. Esto refleja la cultura médica y los deseos de los pacientes.

Por este motivo escribí el libro, para decirle a la gente por qué no debe pedirle antibióticos a su médico y debe preguntarle si está seguro de que necesita tomar antibióticos. La gente debe saber que tomar antibióticos o someterse a una cesárea tiene costes ocultos.

P. El uso de los antibióticos ha permitido reducir drásticamente la población de la bacteria *Helicobacter pylori* en el estómago de los humanos, algo que se relaciona con un descenso de las úlceras y el cáncer de estómago. Pero usted dice que no todos los efectos son positivos, que eliminarla puede aumentar el riesgo de cáncer de esófago y producir un desequilibrio en el ecosistema de nuestras bacterias con efectos imprevistos.

R. Todo el mundo está tratando de dividir el mundo en blanco y negro y casi siempre es gris. *Helicobacter* es mala para nosotros y es buena también. Como científicos, tenemos que entender mejor la relación que tenemos con la bacteria, para entender en qué gente tendríamos que erradicarla y en quién la tenemos que mantener o recuperar. No conocemos las respuestas a estas preguntas y estamos tratando de poner a todo el mundo un zapato de la misma talla. No es correcto. Una de las mejores defensas contra las grandes infecciones es un microbioma normal y para mantenerla



deberíamos dejar de usar los antibióticos como ahora.

Hace unos 20 años se vio claro que *Helicobacter pylori* estaba desapareciendo, pero no se tomó nota o se pensó que era bueno que desapareciese. Me intrigó, porque nunca pensamos que uno de nuestros microorganismos pudiese desaparecer, que se extinguiría. Y entonces postulé que si un organismo desaparece, podría provocar la desaparición de otros. Y durante los últimos 20 años es exactamente lo que hemos visto. Estamos perdiendo diversidad ecológica. De acuerdo al trabajo de mi esposa [la investigadora María Gloria Domínguez-Bello], que estudia a amerindios en la jungla de Sudamérica, comparando su microbioma con el nuestro, vemos que hemos perdido ya un 50% de nuestra diversidad. Nuestro ecosistema se está agotando.

P. Usted compara esta tendencia con el cambio climático. ¿Qué problemas prevé en el futuro si no se actúa?

R. Preveo principalmente dos problemas muy serios. El primero es la expansión de enfermedades que ya estamos viendo crecer. Más obesidad, más asma, más alergias alimentarias, más autismo, más intestino irritable, más enfermedades del esófago.

Pero lo que más me preocupa es lo que llamo el invierno antibiótico. Es algo que asusta. Porque en la historia de la humanidad hemos sufrido a invasores muy malos que mataban a mucha gente, y hablo de microbios, no de invasores humanos. Una de las mejores defensas contra estos invasores es un microbioma normal y para mantener este microbioma normal deberíamos dejar de usar antibióticos de amplio espectro como hacemos ahora y buscar formas de saber qué infección específica sufrimos para después tratarla con un antibiótico más específico.

P. ¿Y lo estamos haciendo?

R. El gobierno de EE UU ha desarrollado un plan nacional para controlar la resistencia antibiótica. Estamos trabajando para crear antibióticos de

espectro más estrecho y mejorar el diagnóstico para que los médicos, enfermeras y dentistas utilicen mejor los antibióticos y creemos menos resistencias. Porque nos enfrentamos a un cambio ecológico. Un aspecto de ese cambio es la resistencia a antibióticos. Otro aspecto es la obesidad. Es como el cambio climático, que en algunas ocasiones tienes inundaciones, en otras sequías y en otras huracanes, pero todo viene del mismo fenómeno.

P. Otra de las enfermedades que estamos viendo crecer y no conocemos el motivo es la diabetes tipo-1

R. El estudio de la diabetes 1 es el principal proyecto de mi laboratorio ahora mismo. Tiene dos características. Una es que se produce en una etapa temprana de la vida, así que creo que es el tipo de problema que un microbioma dañado puede causar. En segundo lugar, su incidencia se está doblando cada 20 o 25 años. Es una plaga moderna. Hemos hecho muchos estudios en ratones, porque tienen microbiomas similares al nuestro y en muchos aspectos con un sistema inmune con paralelismos. Tenemos un tipo de ratón que desarrolla diabetes tipo 1 espontáneamente. Con ellos hemos mostrado que los antibióticos pueden acelerar la diabetes, que la desarrollan antes y con más frecuencia. Y estamos estudiando los mecanismos por los que los antibióticos tienen ese efecto. Sabemos que los antibióticos cambian el microbioma y los productos del microbioma. Cambian la interacción del microbioma con el intestino, cómo se expresan los genes en el intestino y cómo se regula el sistema inmune. Creemos que es un modelo muy bueno para ver qué causa este agravamiento de la diabetes y cómo lo podemos revertir.

Fuente: Daniel Mediavilla EL PAIS

LA RECOMENDACIÓN SOBRE LA ECOGRAFÍA DEL TERCER TRIMESTRE SE CONSOLIDA EN LA SEMANA 36

La ecografía del tercer trimestre en la semana 36 ofrece más sensibilidad que en la semana 32 para detectar alteraciones del crecimiento.

El control ecográfico de la gestación en España incluye una ecografía en el tercer trimestre de la gestación. La novedad en los últimos años es la tendencia a retrasar su realización en circunstancias normales hasta la semana 36, al haberse comprobado que es en ese momento cuando resulta más efectiva para detectar alteraciones en el crecimiento del feto.

Esta ha sido una de las conclusiones centrales de una mesa redonda sobre Actualización en tercer trimestre, en el marco del XII Congreso de Atención Prenatal, organizado en Gijón por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Cabueñes y dirigido por Javier Arenas, jefe de sección de dicho servicio.

En países como Reino Unido no se ofrece a las gestantes de rutina una ecografía en el tercer trimestre de embarazo. En España sí y es una prueba bien asentada en el diagnóstico prenatal y control ecográfico de la gestación. Sin embargo, en los últimos años se ha visto que su realización entre la semana 32 y 34 de gestación no ofrece tanta sensibilidad como cuando se practica en torno a la semana 36.

Así lo ha señalado Nerea Maíz, de la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Valle Hebrón, de Barcelona, quien ha destacado que esta mayor sensibilidad se ha demostrado en lo que a detección de restricciones del crecimiento como de fetos macrosómicos. “Así podemos manejar mejor este tipo de casos que presentan algunos riesgos y establecer el momento más idóneo para el parto, evaluando si conviene adelantarlo, particularmente en el caso de los fetos grandes, o no”.

En el caso de los fetos macrosómicos se ha visto que de modo general se reducen las complicaciones

cuando se induce el parto entre las semanas 38 y 39.

En la misma línea se ha pronunciado José Antonio Sainz, coordinador de la Unidad de Diagnóstico Prenatal y Medicina Fetal del Hospital Universitario de Valme, en Sevilla, quien ha insistido en que todas estas consideraciones son válidas para las situaciones generales porque “las gestantes de riesgo ya las hemos detectado en los trimestres previos”.

Este especialista se refirió también a la ecografía intraparto “que ha demostrado ser útil en la asistencia al parto, particularmente en partos instrumentales o de evaluación difícil”.

Sin embargo, “su implementación es difícil dado que no disponemos de ecógrafo en el paritorio cuando se presenta la necesidad suele ser en situaciones de estrés y urgencia, sin tiempo para el traslado”.

Anomalías de la placenta

Otro de los temas abordados en la mesa redonda fue el de las anomalías de la placenta, en particular la placenta ácreta, es decir, que invade la pared del útero, una complicación infrecuente pero que cuando aparece presenta una mortalidad del 7%.

“Es una situación infradiagnosticada porque no es fácil su detección”, ha explicado Nerea Maíz, una dificultad que se atenúa si se atiende a los factores de riesgo y se realiza una búsqueda dirigida de la misma.

Los factores de riesgo más destacados son haber recibido una o más cesáreas anteriormente y tratarse de una placenta previa, es decir, que obstruye el canal del parto. “En estos casos la probabilidad de que nos encontremos ante una placenta ácreta aumenta exponencialmente. A partir de aquí lo que debemos hacer es buscar signos ecográficos de placenta ácreta y así planificar el parto, buscando el momento adecuado, y contando con un equipo multidisciplinar para, entre otras actuaciones, anticiparnos a las hemorragias que se pueda presentar”.

Fuente: Covadonga Díaz. Oviedo

LA DEPRESIÓN POSPARTO TIENE TERAPIA Y CURACIÓN

EL ANTIDEPRESIVO APROBADO EN EEUU ES BIENVENIDO POR LOS ESPECIALISTAS

El parto ideal para el que se había preparado Luz Ruiz Peinado se convirtió en una pesadilla. Se complicó y acabó en una cesárea de urgencia que sufrió en vivo al no hacerle efecto la epidural. Estuvo varias horas separada de su bebé, ingresada en la UCI. Esta experiencia traumática fue el inicio de una depresión posparto que esta policía de 33 años pasó sola, sin buscar asistencia médica. "Tenía una tristeza extrema, lloraba por todo, cualquier cosa me costaba, engordé 20 kilos por un trastorno alimenticio, y con la niña tenía obsesión: sentía que tenía que compensarla por esas primeras horas en las que no estuve con ella, y aunque no podía más de insomnio, era incapaz de dejarla con otra persona para descansar", recuerda. Ahora, cinco años después, Ruiz puede entender lo que le ocurrió.

La depresión posparto es la patología materna más frecuente. La sufren al menos una de cada 10 madres en países industrializados, el doble en países en desarrollo, según la OMS. Algunos expertos elevan el porcentaje hasta el 35%. El estigma que arrastran las enfermedades mentales, y en este caso, por partida doble al producirse en un momento en teoría feliz, las deja infradiagnosticadas. "Las madres no lo suelen decir espontáneamente, y muchos profesionales sanitarios no están formados para detectarla", explica Ibone Olza, psiquiatra perinatal e infantil.

EE UU acaba de aprobar el brexanolone, el primer fármaco diseñado para la depresión posparto, que comienza a hacer efecto en dos o tres días frente a las tres semanas, como mínimo, de un antidepresivo normal, y que en España los expertos miran con buenos ojos. "Un medicamento que dé la vuelta de forma rápida al estado de la madre sería



muy positivo para ellas y los bebés", dice Luisa García, psiquiatra del Clínic. No hay una causa única para la depresión posparto. Se han encontrado factores psicológicos, sociales, genéticos y hormonales. Sufrir depresión durante el embarazo, ser muy perfeccionista, la soledad y la falta de apoyo familiar, tener problemas económicos, traumas o estrés elevan el riesgo. "El posparto es una etapa de mucha vulnerabilidad a la depresión", afirma García, coordinadora del Hospital de Día Madre-Bebé del Clínic de Barcelona. Es el único en España que atiende de forma conjunta a madres con trastornos psiquiátricos tras el parto y a sus pequeños, algo normal en Francia o Reino Unido. En un año de funcionamiento, el centro, con un equipo con psiquiatras, psicólogas, enfermeras, y trabajadoras sociales, ha atendido a unas 45 madres, el 40% por depresión. Algunas presentan trastornos, como el obsesivo compulsivo o el bipolar, que empeoran o reaparecen tras dar a luz. Mucho menos frecuente, pero muy grave, es la psicosis posparto, explica García, por el peligro de que se hagan daño a sí mismas o a sus bebés. Aparte de tristeza, llanto, cambios de humor repentino, trastornos alimenticios, sensación de no ser una buena madre o dificultad para vincularse con el bebé son síntomas comunes de la depresión posparto. Pero muchas veces es difícil de detectar. Por la salud del bebé: acudir al pediatra cada poco, o presentar conductas obsesivas, como miedo a sacar al niño a la calle. Sufrimiento que conllevan estos trastornos, hay un riesgo real para sus vidas: según la OMS, el suicidio es una "causa importante" >

de fallecimiento entre embarazadas y puérperas. "El 40% de las madres que hemos recibido traía ideas de muerte", confirma la psiquiatra con sorpresa.

La depresión puede hacer que la madre, como en el caso de Ruiz, se obsesione por su cuidado, pero también que no sea capaz de establecer el vínculo con el bebé. "Puede sentir que no lo quiere, que se ha equivocado, o pensar: pobrecito, qué mala madre le ha tocado", describe Olza. "Hasta que comienza a mejorar, todo el sistema de vinculación que la madre ha de poner en marcha con el bebé para que se desarrolle de forma óptima se altera". En el Clínic, las enfermeras enseñan, por ejemplo, a madres temerosas o reacias a bañar a sus pequeños. "Antes, esta formación la hacía la tribu, la familia. Ahora se encuentran solas en casa, intentando lidiar con un bebé por el que puede que no sientan mucho afecto, o al que no entienden, y culpabilizándose por ello".

La psicoterapia es parte fundamental del tratamiento. "Hay que estabilizarlas cuanto antes", explica Diana Sánchez, psicóloga perinatal. "Lo primero es darles herramientas para que estén tranquilas y desculpabilizarlas. Se les explica que se cura, y se trabaja para que se sientan capaces de hacer las cosas bien". Es conveniente incluir a la pareja, pues "es el principal apoyo y también lo pasa fatal, porque no entiende que aunque se desviva, ella va a tardar en mejorar", aconseja Olza. Si es necesario, se administra medicación, normalmente antidepresivos y ansiolíticos. Las expertas consultadas recalcan que la mayoría de los fármacos son compatibles con la lactancia materna, algo que para las afectadas suele ser positivo.

La recuperación, en cualquier caso, es lenta. "Como mínimo cuatro o seis meses", calcula Sánchez, aunque puede llegar al año, y si no se trata, la depresión corre el riesgo de hacerse crónica. La medicación aprobada en Estados Unidos puede ser, por ello, bienvenida.

- No dormir cuando el bebé lo hace, por miedo a que se despierte, o por controlar si respira.
- Es normal sentirse agotada las primeras dos semanas tras el parto. Pero después, puede indicar el inicio de una depresión.
- El miedo a no ser buena madre o a dañar al bebé, o la dificultad para vincularse con el recién nacido, afecta a la relación materna: puede ser un detonante de la depresión.
- Excesiva preocupación
- Problemas de sueño: Fatiga extrema: No disfrutar con el bebé: Dificultades con la lactancia

Son signos de alarma para detectar los síntomas. Una de cada nueve madres sufre esta patología. Un hospital madre-bebé del Clínic aborda el tratamiento conjunto de ambos.

Fuente: CECILIA JAN. El País



Autonomía: un reto presente y futuro



**I JORNADA
DE LA ASOCIACIÓN CIENTÍFICA
DE MATRONAS DE ARAGÓN
30 DE MAYO, 2019
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
LOZANO Blesa**

www.matronasaragon.org



I-JORNADA DE LA ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE MATRONAS DE ARAGÓN “Autonomía: un reto presente y futuro”

30 DE MAYO, 2019

9:00-09:30. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

09:30-10:00: ACTO INAUGURAL
AUTONOMÍA DE LA MATRONA.

MESA 1. LA FORMACIÓN DE LAS MATRONAS
COMO CAMINO HACIA LA AUTONOMÍA.

Moderadora: Dña. Belén Val Lechuz.

10:10-10:30: Autonomía de la Matrona en los
manuales de enseñanza (1878-1978).

Dña. Ana Belén Subirón Valera.

10:30-10:50: Situación actual de la Unidad Docente
de Matronas de Aragón.

Dña. Ana Muñoz Ruiz.

10:50-11:10: Relato de vida profesional.
La historia viva de la profesión.

*Entrevista a Dña. M^a Victoria García Ochoa,
comadrona rural de la comarca del Jiloca.*

Debate.

11:30-12:00 PAUSA CAFÉ

MESA 2. PROMOVRIENDO LA SALUD DESDE LA
CONSULTA DE MATRONA.

Moderadora: Dña. Silvia Otaí Lospau

12:00-12:20: Técnicas de dietoterapia para mejorar
el control glucémico en el embarazo.

D. Ignacio Lillo Monforte.

12:20-12:40: Proyecto ECO: El embarazo como
oportunidad para dejar de fumar. Intervención de
la Matrona.

Dña. Isabel Nerín de la Puerta.

12:40-13:00: Actualización y nuevas
recomendaciones sobre vacunación.

Dña. Inmaculada Cuesta Esteve.

COMIDA LIBRE

MESA 3. LA MATRONA COMO PROFESIONAL
AUTÓNOMA EN EL SERVICIO DE PARTOS.

Moderadora: Dña. Vanesa Tebán Ponce.

15:00-15:20: Reconversión de plazas en el Hospital
San Jorge de Huesca.

Dña. Jara Zabau Feroselle.

15:20-15:40: Programa asistencial de la matrona
en la fase prodrómica y/o trabajo de parto. Uso de
la esferodinamia.

Dña. Mayte Echarte Obregozo

15:40-16:00: Prevención de la distocia intraparto
por parte de la matrona.

Dña. Susana Lafuente Pardos

Debate

16:20-17:00. CONFERENCIA DE CLAUSURA. Casa de
nacimiento Baetulo, más que un lugar para parir.

*Dña. Lucía Alcaráz Vidal. Unidades de Parto
gestionadas por matronas.*

17:00 DOCUMENTAL “Cuerdas”. Debate Médicos
del Mundo.

18:00 CIERRE DE LA JORNADA. Conclusiones

Solicitada acreditación a la Comisión
de Formación de las Profesiones Sanitarias
de Aragón

INSCRIPCIONES EN :

www.matronasara.org



INFORMACIÓN

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

AVANCE DE PROGRAMA

PRINCIPALES TEMAS Y ENFOQUES

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



AVANCE DE PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

Planificación y gestión del parto centrada en la mujer (comunicación y toma de decisiones, tipo de parto, gestión del dolor, uso de sedantes, etc.)

Cuidados puerperales (manejo de la lactancia, donación de leche)

Disposición respetuosa del cuerpo: prácticas y bioética en la disposición del cuerpo y manejo de los restos/tejidos

El marco jurídico de la mortalidad perinatal: personalidad jurídica y social, legislación en materia de cuidados, penalización de la muerte intrauterina

Cuidados/rituales posparto después de la muerte intrauterina o neonatal (ver y cuidar al bebé, la conservación de objetos de memoria y la toma de fotografías).

Experiencias de los profesionales sanitarios en materia de la muerte perinatal, sistemas de apoyo a los profesionales

El impacto socioeconómico de la muerte perinatal

Diagnóstico y comunicación de malas noticias

PONENCIAS PRINCIPALES

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

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

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

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

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

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

El duelo perinatal e estigma

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

Hallando nuevos predictores para la restricción del crecimiento fetal

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

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

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

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

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

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

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



Estudio de caso: reducción de la mortalidad perinatal en Sudáfrica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



FORMACIÓN AVANZADA EN LACTANCIA MATERNA.



La **Formación Avanzada en Lactancia Materna** integra todos los criterios necesarios para conseguir tanto las habilidades como las competencias necesarias, y poder avanzar y afianzar los conocimientos de Lactancia.

Cada vez más profesionales intentan especializarse en Lactancia Materna, teniendo como modelo en esta especialización el llegar a ser Consultores Internacionales en Lactancia, el profesional de salud **mejor preparado y formado** para proporcionar ayuda especializada en Lactancia Materna.

Siendo la matrona el profesional clave y de referencia, tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia materna, no existen muchas matronas que obtengan esta certificación. Este curso permitirá a las matronas que lo realicen poner en valor su práctica clínica en lactancia, y además, si lo desean, postular con garantías al examen de IBCLC.

Alguno de los aspectos más interesantes de este curso son los siguientes:

En primer lugar es un curso diseñado y desarrollado por expertos IBCLC, muchos de los cuales son matronas.

Tiene un doble objetivo:

Constituye la formación más completa en lactancia materna que existe actualmente: el curso completo consta de 45 temas, completamente actualizados, acordes a la evidencia actual y algunos de ellos muy novedosos.

El curso está diseñado y desarrollado para poder presentarse al examen de IBCLC.

Tiene las siguientes acreditaciones y reconocimiento:

Créditos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias: el curso cuenta con 360 horas y 42 créditos CFC.

Es una actividad reconocida de interés por la **“Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)”** con nº de registro 013/2018.

Se han solicitado los créditos CERPS.

El formato.

Está dividido en 9 módulos progresivos para que pueda realizarse más cómodamente.

Es un curso que se realiza mediante plataforma e-learning on line, y cuenta con tutorías personalizadas, actividades, vídeos, chats y todo aquello que la tecnología nos permite.

Además el curso está acompañado por el nuevo **Manual de Lactancia Materna**, un libro editado en 3 volúmenes, que acompaña al curso y que contiene más de 1500 preguntas.

La matrícula permanecerá abierta durante todo el mes de abril, aunque se puede comenzar desde el día 15 de abril, y finaliza el día 7 de octubre.

Asociación Española de Matronas tiene un convenio de colaboración con la plataforma [e matrona](http://ematrona.com), y gracias a ello todas **las socias podemos beneficiarnos de un 5 % de descuento en este curso.**

Toda la información en:

[Formación Avanzada en Lactancia Materna.](#)

Puedes descargar un documento con información más detalla sobre el mismo en el siguiente enlace:

[Presentación del curso Formación Avanzada en Lactancia Materna.](#)

Solicitar información por correo electrónico a formacion@ematrona.com.

Atención vía telefónica en el número [682 845 142](tel:682845142).



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.

C/ Timanfaya N°29, 2º. Plaza de Casa Pastores,
35110 Santa Lucía de Tirajana
Gran Canaria - Islas Canarias - España.

Telef./ +34 691470138

Nº DE CUENTA:
ES37 00490153 46 2190860520
BANCO SANTANDER

Solidaridad Médica
España

www.solidaridadmedica.org

asociacionsolidaridadmedica@gmail.com



Delegaciones en Madrid, Málaga, Asturias, Tarragona, Illes Balears, Murcia, Navarra, Bizkala

 Solidaridad Médica
España

COOPERACIÓN INTERNACIONAL

TU PUEDES AYUDAR A CONSEGUIR
un mundo más justo

BRIGADAS DE ASISTENCIA SANITARIA COMUNIDADES INDÍGENAS AMAZONAS BOLIVIANO

VOLENTARIOS

<p>DEL 15 MAYO AL 25 JUNIO</p> <p>RIO ICHOA</p>	<p>DEL 29 JUNIO AL 13 AGOSTO</p> <p>RIO MANIKI</p>
<p>1 MATRONA PREVENTIVA 1 ENFERMERX</p>	<p>1 MATRONA 1 ENFERMERX (voluntari) 1 MÉDICX PREVENTIVA NO SANITARIX (2ª parte de la expedición) MICROBIÓLOGX</p>

Si estás interesado, envíanos tu curriculum al correo electrónico:
cooperantesm@gmail.com



TALLERES

TALLER 1 DE PRECONGRESO: CRECIMIENTO FETAL EN EMBARAZO GEMELO

TALLER PRECONGRESO 2: INVESTIGADORES DE CARRERA TEMPRANA

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

TALLER PRECONGRESO 4: TERAPIA FETAL EN EMBARAZO MÚLTIPLE

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

TALLER 6 PRECONGRESO: SIMULACIÓN: ENTREGA VAGINAL TWIN

AVANCE DE PROGRAMA

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

Mortalidad perinatal en gemelos

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

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

SESIÓN PARALELA 1B: MÉTODOS EMERGENTES EN DOS INVESTIGACIONES

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

Genotipos no transmitidos / método virtual-padre

Modelación causal en estudios de gemelos.

SESIÓN PARALELA 2A: ASPECTOS PERICONCEPCIONALES DEL EMBARAZO MÚLTIPLE

Directrices de la FIGO sobre el manejo del embarazo gemelar.

Nutrición óptima en el embarazo de gemelos.

Exámenes periconcepcionales en pacientes con FIV en riesgo de hermanamiento

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

Trampas en la evaluación de la corio-amnionidad

La placenta en el embarazo gemelar complicado.

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

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

Morbilidad del neurodesarrollo en gemelos monocoriónicos

Las características de IUGR en gemelos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NIPT en el embarazo de gemelos

Predicción del primer trimestre en gemelos

Ultrasonido en gemelos en los primeros trimestres.

MCDA gemelos con genotipos discordantes

Anomalías cardiovasculares funcionales y adquiridas en gemelos monocoriónicos.

Predicción y prevención de síndromes obstétricos mayores en embarazos gemelares.

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

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

Puntuaciones de riesgo poligénico en gemelos.

Gemelos en GWAS (genome-wide association studies)

Pruebas prenatales no invasivas

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

Detección del parto prematuro en el embarazo de gemelos

Progesterona para la prevención del parto prematuro en gemelos

Cerclaje para la prevención del parto prematuro en gemelos.

Pesario para la prevención del parto prematuro en gemelos

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

SESIÓN PARALELA 4B: ESTUDIOS TWIN "OMICS"

Microbiomas

Epigenomas

Epigenética y determinación forense de identidad en gemelos MZ

MicroARN sin células

Secuenciación en gemelos MZ



NOTICIAS DE SIMAES

SIMAES RECLAMA A LA COMUNIDAD DE MADRID MATRONAS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN.

La tendencia mundialmente reconocida es que los puestos de enfermería de atención a la mujer, en toda su etapa sexual y reproductiva, sean atendidos por Matronas.

El Sindicato de Matronas Españolas ha registrado una Reclamación para que el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid determine que, en las Plantas de Maternidad o Puerperio de todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, sin distinción, se disponga de las Matronas necesarias para la atención pre y postparto, reconvirtiendo aquellas plazas de enfermera generalista de planta a enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona).

Para ello, se ha exhortado a que se adopten las órdenes oportunas al objeto de crear las plazas necesarias, incluyéndolas en el próximo Concurso de Traslados y que, en tanto, se vayan cubriendo dichas plazas temporalmente por Matronas adscritas a la Bolsa de Trabajo vigente y se oferten nuevas plazas en próximas convocatorias de Oferta Pública de Empleo.

Entre los argumentos esgrimidos por SIMAES destacamos las denuncias que se reciben por parte de usuarias y profesionales como consecuencia del constante deambular de las embarazadas entre planta y paritorio, y a la inversa, porque habitualmente en las habitaciones de la plantas de maternidad no se las puede hacer un Registro Tocardiográfico para comprobar el bienestar fetal, valoración del periodo de dilatación, rotura de bolsa, en resumen el proceso de parto, porque no hay presencia de Matronas.

Con el nivel de calidad que tienen los hospitales madrileños "es inaceptable que en el postparto precoz, una mujer puérpera pase un mínimo de 48 horas en una planta de maternidad sin ser atendida por una Matrona, siendo un periodo en el que necesita cuidados, atención y vigilancia, tanto ella como su bebe, por Matronas que son las

profesionales sanitarias competentes para ello según la OMS", ha indicado SIMAES al Consejero. Por otra parte se ha hecho constar que actualmente la Comunidad de Madrid cuenta con suficientes Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas) para cubrir y ofrecer asistencia de calidad a las mujeres de la Comunidad, siendo la Matrona la competentes para prestar la debida atención al neonato, favoreciendo los procesos de adaptación y detección precoz de las situaciones de riesgo, así como los problemas de salud en el binomio madre-hijo durante parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas, como estipula expresamente la legislación nacional y comunitaria. SIMAES ha comunicado que cuanto reclama sigue las orientaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, del Plan Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecología y de diversas normas sobre funciones y competencias de la profesión de Matrona de la Unión Europea y de España, resultando incoherente mantener situaciones contrarias a la tendencia mundialmente reconocida de que los puestos de enfermería de atención a la mujer, en toda su etapa sexual y reproductiva, sean atendidos por enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, no solo por su idoneidad, como reflejan diversos comunicados de la OMS sobre las competencias de las Matronas y su efectividad, sino también porque está probada su eficacia en base a la evidencia científica.

Finalmente se ha incidido en la circunstancia de que el Ministerio de Sanidad recientemente ha publicado, en el Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud (SNS) del año 2017, que el parto por cesárea cuesta casi el doble que uno de la forma natural, lo que viene a confirmar la relación coste/eficacia de la labor de las Matronas.

NOTICIAS DE SIMAES

LOS PROBLEMAS LABORALES PRINCIPAL CAUSA DEL DEFICIT DEMOGRÁFICO.

Las mujeres españolas retrasan la maternidad más de 5 años por los bajos sueldos y la falta de conciliación.

De los datos que emanan de la Encuesta de Fertilidad 2018, elaborada recientemente por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se desprende que conciliar la vida familiar y laboral y los problemas económicos por los bajos salarios hacen que las españolas retrasen su maternidad una media de 5,2 años, respecto a la edad en la que tenían previsto tener su primer hijo y tengan menos de los deseados.

La encuesta refleja que las medidas de conciliación familiar y el horario son lo que más valoran las mujeres con hijos a la hora de elegir un puesto de trabajo.

Aunque, en general y a cualquier edad, lo que más valoran las mujeres de un puesto de trabajo es que tenga unas buenas condiciones económicas. Las diferencias aparecen entre aquellas que tienen hijos y las que no los tienen, de modo que las medidas de conciliación familiar y el horario pasan de ser los factores más importantes para las primeras a los menos relevantes para las segundas. La segunda cuestión más importante para las mujeres menores de 30 años sin hijos es que el trabajo sea interesante y las satisfaga personal y profesionalmente, lo que pasa a ser la sexta para las mujeres con hijos de la misma edad.

También refleja que a medida que aumenta el nivel educativo se retrasa la maternidad, que las que trabajan tienen menos hijos que las inactivas y que las extranjeras tienen más que las españolas.

La encuesta refleja que el 42% de las mujeres residentes en España de edades comprendidas entre 18 y 55 años ha tenido su primer hijo más tarde de lo que consideraban ideal, un retraso que,

% DE MUJERES QUE NO TIENEN HIJOS	
EDAD	%
25 a 29 años	80%
30 a 34 años	52%
35 a 39 años	28%
40 años ó más	19%



de media, asciende a 5,2 años. En cuanto a los motivos que alegan para el retraso de su maternidad, la suma de las razones laborales, de conciliación de la vida familiar y laboral y las económicas superan el 30% en las mujeres de todas las edades y llegan a sobrepasar el 36% para las de 35 a 39 años y para las de 45 años y más.

Si se tiene en cuenta la situación laboral actual de las mujeres de 18 a 55 años residentes en España, las que están trabajando tienen menos hijos de media para todas las edades. Entre ellas, la mayor fecundidad se da en las ocupadas con 40 o más años, con una media de 1,5 hijos. Mientras, las mujeres en situación de inactividad son las que más hijos tienen de media, llegando a alcanzar los 1,8 hijos en el grupo de edad de 40 a 44 años.

Por nacionalidad, las mujeres de nacionalidad extranjera tienen más hijos que las españolas a todas las edades. A modo de ejemplo, mientras que en el grupo de edad de 30 a 34 años las extranjeras alcanzan una cifra media de 1,2 hijos por mujer, las españolas sitúan su promedio en 0,69 hijos.

MATRONAS Y SALUD BUCODENTAL

La vigilancia de la salud bucodental de las madres embarazadas y sus primogénitos ha estado de actualidad durante la última semana. Fue el presidente del Consejo General de Dentistas, Óscar Castro, quien durante [la presentación de una campaña de salud bucodental infantil en España](#) denunció que en el Sistema Nacional de Salud (SNS) existe un “caos” en cuanto a quién tiene que hacer la prevención.

Manifestando la necesidad e importancia de las unidades de salud bucodental, “abandonadas en algunos puntos de España por desconocimiento”, Castro aseguró que “son las matronas las que están haciendo salud bucodental”. Algo que, a su juicio, “no tiene sentido”; y que se contrapone con la idea del Consejo General de Enfermería que aboga por la labor en prevención y salud pública que tiene la profesión, y más concretamente las matronas. Castro defiende el valor del odontólogo en este tipo de prevención sociosanitaria. Valora la necesidad de que “todo lo relacionado con salud bucodental esté coordinado con el equipo de odontólogos del centro hospitalario”.

Una petición que, en base a las declaraciones de las afectadas (las matronas), se cumple. El presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, ha confirmado a *Redacción Médica* que la labor de estas profesionales en salud bucodental se centra en talleres de Educación para la Salud “dirigidas a mujeres en estado de gestación y centrados en las alteraciones que pueden tener en la boca como consecuencia del embarazo”.

“Allí, las matronas enseñan a estas mujeres habilidades para los cuidados en salud bucodental tales como conocer los hábitos dietéticos saludables en el cuidado oral, la prevención de patologías orales y hábitos saludables de vida para una óptima salud bucodental. Por tanto, las matronas



no le miran la boca a sus pacientes para ver si tienen caries ni les hacen una limpieza bucal, se limitan a darles consejos”, ha manifestado el Consejo General de Enfermería.

Equipo multidisciplinar

Respecto a ese proyecto de colaboración entre ambos profesionales, Pérez Raya confirma que en las comunidades autónomas donde la odontología es parte de la sanidad pública “trabajan en equipo con los dentistas para velar porque pasen por sus consultas a hacerse las revisiones establecidas en Los protocolos existentes.

“La salud de las personas es algo muy serio que requiere de la intervención de todo el equipo multidisciplinar, debemos sumar esfuerzos, no restar. No iniciemos guerras corporativistas e interesadas que perjudican a quienes son nuestra razón de ser, los pacientes. Centrémonos en trabajar todos juntos para dar las mejores respuestas a las necesidades de la salud los ciudadanos. Lo que no significa invadir competencias de otros sino adaptarlas a los conocimientos, habilidades y actitudes que poseemos cada uno como profesionales de la salud. Y ahí, seguro, podemos convivir, en este caso, también con nuestros colegas odontólogos”, ha asegurado Pérez Raya en sus declaraciones a este medio.

La Asociación Española de Matronas participa en las campañas desde 2013

Fuente Redacción Médica



Día Mundial de la Salud Bucodental

20 de marzo



Un año más, el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española se unen para conmemorar el Día mundial de la Salud Oral junto a más de 130 organizaciones dentales en el Mundo.

En esta ocasión, el lema elegido por la Federación Dental Internacional (FDI) "*Piensa en su boca, cuida su salud*", lo hemos focalizado en la etapa infantil. No en vano, los esfuerzos que se realicen en los primeros años de vida serán rentabilizados en términos de salud en etapas posteriores. No es posible conseguir adultos sanos si previamente no se reducen las patologías orales en la infancia.

En España, aunque se han alcanzado niveles aceptables en reducción de caries, todavía queda mucho por hacer. Cerca de 2 millones de menores de 8 años presentan caries en su dentición temporal, acumulando 7 millones de dientes afectados, la mayoría sin haber recibido los tratamientos oportunos. De hecho, solo el 26% de los padres de preescolares de 3-4 años han llevado a su hijo al dentista alguna vez, cuando todas las organizaciones internacionales recomiendan hacer una primera visita al dentista al cumplir el primer año de vida. En la población española persiste la falsa creencia de que los dientes temporales son irrelevantes y no necesitan tratamiento porque serán reemplazados por los permanentes. Esta actitud conlleva múltiples problemas, como el deterioro de la erupción normal de los dientes permanentes y el mayor riesgo de caries en la dentición definitiva. Además, una mala salud oral se refleja en la salud general. Estos motivos justifican que realicemos todos los esfuerzos posibles para mejorar el nivel de educación sanitaria de los

progenitores, con el objetivo de alcanzar una salud oral óptima en los menores.

"Hay desigualdad entre los niños españoles en salud bucodental"

"Cada euro invertido en prevenir es dinero ahorrado por tratar", ha asegurado. Porque en España, de cada 100 dientes de leche solo se tratan 20. "Esto puede afectar a la salud general, provocando infecciones en los riñones o a las válvulas cardíacas, además de empeorar el control de la diabetes infantil", ha indicado **Óscar Castro**, presidente del Consejo General de Dentistas, y **Paola Beltri**, presidenta de la Sociedad Española de Odontopediatría. Y ha añadido: "En España, se producen situaciones paradójicas entre las comunidades autónomas. En el País Vasco, por ejemplo, empiezan a atender a niños desde temprana edad hasta los 18 años", ha asegurado el presidente de los Dentistas. Pero no ocurre así en todas las regiones. "Hay una desigualdad entre los españoles. Tiene que homogeneizarse la cartera de servicios y dar extras a los niños, ancianos y personas con discapacidades o en riesgo de exclusión social".

Nueva plataforma

Para ayudar a mejorar estos datos, el Consejo General de Dentistas, junto con la Fundación Dental Española (FDE), han puesto en marcha la plataforma saludoral2019.es.

Fuente Redacción Médica

**SE CELEBRÓ EL X CONGRESO
ESPAÑOL DE LACTANCIA
MATERNA ORGANIZADO
POR LA IHAN**



Un año más la IHAN (Iniciativa para la Humanización en la Atención al Nacimiento y la lactancia) celebró en la primera semana de abril su **X Congreso Español de Lactancia Materna**, en la bella ciudad de Santiago de Compostela, con el lema "Gotas de vida, fuente de salud", un lema que destaca la importancia vital que tiene amamantar a un recién nacido, tal y como promueven todos los organismos, instituciones sanitarias y asociaciones científicas de profesionales siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Este evento, que se realiza cada dos años, congregó a más de 500 profesionales de la salud de diferentes formaciones (matronas, enfermeras, pediatras, ginecólogos, médicos de familia) implicados en la promoción de la lactancia materna y a numerosas asociaciones de madres lactantes de ámbito nacional y local que también tuvieron su espacio para debatir y exponer sus inquietudes.

La conferencia inaugural corrió a cargo de la conocida neuropsiquiatra **Ibone Olza** con el título de "**La importancia de facilitar o preservar la neurofisiología del parto normal**" en la que resaltó la consecuencia que tiene el parto y todas las circunstancias o prácticas, muchas veces innecesarias, para el desarrollo cognitivo del hijo/a que va a nacer. Todas las hormonas que intervienen, todo el ambiente, influyen en los aspectos psicoemocionales de la madre y del neonato. Todas estas cuestiones pueden leerse en su libro "Parir" de venta en librerías.

La primera mesa redonda abordó los **aspectos psicosociales** en la que se trató el coste económico tan alto que supone NO dar lactancia materna para el sistema público de salud; los aspectos éticos del



incumplimiento del código de comercialización, expuesta por la **Dra. Aguayo**, gran experta en el tema.

En esa misma mesa participó y también conocido **Dr. Carlos González**, con la ponencia sobre el rol del padre en la lactancia materna, quien recalcó la importancia del nuevo permiso de 8 semanas obtenido por los padres pero que no tuvo el eco esperado en el foro, quien se pronunció reivindicando la necesidad, por parte de los legisladores, de leyes que considerasen ampliar el permiso materno antes de haber sacado este último decreto que lejos de ser "de igualdad" no es de "equidad".

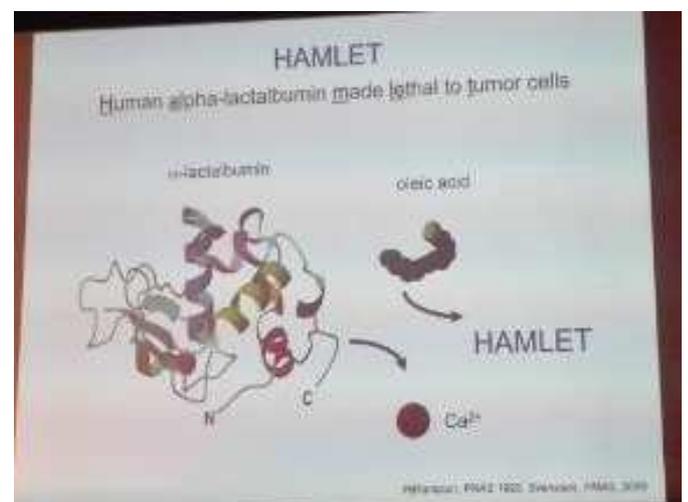
En la siguiente mesa se abordaron el tema del **manejo de la lactancia materna y algunas enfermedades infantiles**, tanto por prematuridad como por sus complicaciones, entre ellas la hiperbilirrubinemia, con la propuesta del **Dr. Gómez Papi** de hacerla en cohabitación con la madre, muy interesante para evitar las separaciones que pueden afectar no sólo a la lactancia sino a la creación del vínculo y el apego.

La tercera mesa, como no podía ser de otra manera, fue dedicada a las madres con enfermedades endocrinas y la lactancia, brillantemente expuesta por la **Dra. Guadalix**. También se habló de las **indicaciones y contraindicaciones de la extracción del calostro prenatal**, tema controvertido actual, con gran desconocimiento en algunos colectivos profesionales. Para acabar la jornada, la prestigiosa bióloga **Katherine J. Hinde** habló sobre las consecuencias tan negativas que tiene la alta **concentración de cortisol** en sangre materna, y por ello en la leche, sobre el bebé, hasta el punto de afectar en su futuro comportamiento.

En la última sesión de esta jornada, la mesa dedicada a la **donación de leche materna**, dejó mudo y conmovido a la sala con la emotiva exposición del relato de una madre donante después de la pérdida fetal. Admirable su entereza, su calma y a la vez el orgullo que sintió, expresado por ella misma, al poder ayudar a otros niños con la leche que ella no pudo dar a su hijo Miguel. Contó todas las dificultades para encontrar al profesional que la ayudase y acompañase en la decisión pero también en el banco de leche que no tenía experiencia en estos casos. Recalcó la necesidad de formar a los profesionales en acompañar adecuadamente los procesos de duelo perinatal y la importancia de poder ofrecer esta posibilidad de donar su leche a una madre en duelo. **La Dra. Flores**, explicó la importancia que tiene la buena higiene de los sacaleches y otros recipientes para donación para evitar determinadas infecciones. Un amplio estudio realizado en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Y fue la **Dra. Samaniego**, del banco de leche de ese mismo hospital quien expuso el posicionamiento de la Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH) respecto a este tema, por la contribución de la donación para mejorar la elaboración del duelo, la importancia de visibilizar esta forma de donación entre los

profesionales, pero sobre todo, entre los profesionales que acompañan en el duelo en los momentos inmediatos y antes de la inhibición de la lactancia.

En la última mesa, dedicada a la investigación en lactancia, con ponentes internacionales, de nuevo bióloga **Katherine J. Hinde**, expuso los resultados del estudio que llevó a cabo y que pusieron sobre la mesa la relación de la producción de leche materna en función del sexo de las crías, aumentando cuando son hembras. También, la **Dra. Catharina Swanborg** expuso los resultados del estudio llevado a cabo con monos reshus y un sofisticado mecanismo llamado HAMLET encontrado en la leche que protege al neonato de determinados tipos de cánceres e infecciones.



Y para finalizar esta mesa, un microbiólogo español, **Dr. Alejandro Mira** quien tras los estudios realizados con secuencias genética de microorganismos de la leche para el correcto diagnóstico de las mastitis subagudas, a veces polimicrobianas y diferenciarlas de una disbiosis, o desequilibrio de la carga bacteriana que hay en la leche humana.

Para concluir esta última jornada, la mesa de la **IHAN**, organizadora de este congreso, y presidida por su presidenta, la **Dra. Pallás**, en la que se

expusieron las nuevas directrices y pasos a seguir con la introducción de nueva normativa a cargo de la **Dra. Hernández**, coordinadora nacional. Se mostraron varias de las actividades llevada a cabo durante estos dos últimos años y se presentó el nuevo logo de la IHAN.

La conferencia de clausura corrió a cargo del **Dr. Marcus Stanlhofer** quien habló de la situación del código de comercialización a nivel mundial y su relación con los Derechos Humanos quien concluyó con una excelente frase de **Keith E.Hansen**, vicepresidenta del banco mundial para desarrollo humano *“Si la lactancia no existiera ya, quien la inventase hoy, se haría merecedor de un doble Premio Nobel, en medicina y en economía”*.



LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS PREMIA UN TRABAJO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE UNAS MATRONAS EXTREMEÑAS



Completando este extraordinario programa, numerosas comunicaciones orales y pósters que fueron presentados durante estas jornadas y que participaron en la obtención de varios premios otorgados por diferentes asociaciones profesionales.

La AEM, una de las asociaciones cofundadoras de la IHAN, otorgó el premio a la mejor comunicación oral presentada por una matrona. Este premio fue entregado por Maribel Castelló, vicepresidenta de la AEM y miembro del Comité Nacional de la IHAN y recayó en un grupo de matronas del Servicio Extremeño de Salud y miembros de la Universidad de dicha comunidad, Cristina Franco Antonio, Esperanza Santano Moga, Julián Calderón García, Sergio Rico Martín, Soledad Poblador Borrella, Laura

Soto Terrón y Sergio Cordovilla Guardia cuyo trabajo lleva el título de: **“Ensayo clínico para mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva con una intervención motivacional breve”**, nuestra enhorabuena por este magnífico trabajo. Es muy importante que las matronas investiguen, es lo que da cuerpo de conocimientos a nuestra profesión.



LA IHAN ACABA DE LANZAR EL PRIMER MÓDULO DE SU CURSO SOBRE LACTANCIA NATURAL.

El curso ofrece formación ONLINE para diferentes necesidades. Lanzaremos diferentes módulos entre los que elegir. Con todos ellos se podrán obtener CERPs y en la mayoría se podrán también obtener créditos del sistema Nacional de Salud. Hemos seleccionado ponentes de calidad y temas de interés.

Esperamos con ello contribuir a difundir el conocimiento sobre lactancia natural en el mundo de habla hispana. Si estás interesado apúntate! Por un precio módico obtendrás formación de calidad y además ayudarás a la IHAN en la consecución de sus fines. Todo el dinero recaudado se destinará al desarrollo de los fines de la IHAN.

La IHAN España es una asociación no gubernamental, sin ánimo de lucro. **Nuestro objetivo es Humanizar la Asistencia al Nacimiento y Apoyar la Lactancia Natural.** Respetamos las exigencias del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones relacionadas de la OMS: No aceptamos donaciones de la industria de alimentación infantil y la mayoría de nuestro trabajo es voluntario.

Si estás interesado haz click en el link. Si crees que puede interesarle a alguien que conozcas, envíale este correo.

TODA LA INFORMACIÓN EN:

<https://luaula.online/sumario/5/lactancia-natural-modulo-i#.XHqAyyzCS8E.gmail>

LOS MODULOS

UNIDAD 1: La importancia de la lactancia materna

Profesor: Flores Antón B.

UNIDAD 2: Estrategia de atención al parto normal

Profesora: Castelló López M.I.

UNIDAD 3: Cómo funciona la lactancia materna

Profesor: Jiménez Moya A.I.

UNIDAD 4: La IHAN. Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia. Los pasos hacia una feliz lactancia natural.

Profesora :Hernández Aguilar M.T.

UNIDAD 5: Afecciones del pecho

Profesor: Gómez Papí A.

UNIDAD 6: Enfermedades en la madre lactante.

Anticoncepción y lactancia

Profesora: Caño Aguilar A.

UNIDAD 7: Lactancia materna y medicamentos

Profesor: Lasarte Velillas J.J.

UNIDAD 8: Estrategias de lactancia para la madre trabajadora. Lactancia y vida familiar

Profesor: Martín Morales J.M.

**32 CONGRESO
INTERNACIONAL DE
MATRONAS ICM**



**International
Confederation
of Midwives**



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

TODA LA INFORMACIÓN EN:

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



PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:

Tipo de presentaciones.

Los cinco tipos principales de presentaciones son:

- Presentaciones orales
- Presentación de posters
- Simposio
- Habilidades Talleres de investigación de tres minutos en la práctica o la innovación

- **Sesiones temáticas especiales**
- ¿Cómo se manejan las parteras alivio del dolor para las mujeres?
- ¿Cómo pueden gestionar parteras hemorragia postparto a través de configuración del nacimiento?
- ¿Cómo pueden parteras contribuir a reducir las cesáreas innecesarias?

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

CONSULTAS EN:

abstracts@midwives2020.org

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



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

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

Participantes.

Individual: todas las matronas tituladas de nacionalidad española.

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

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

Dotación.

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

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

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

Plazos.

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





El Jurado.

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

Fallo y entrega de los premios.

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

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

Normas generales.

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

Estructura y formato

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

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



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

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

El número máximo de citas será de 40.

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

Dirección de envío:

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

Páginas.

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

En archivo Word aparte debe especificarse:

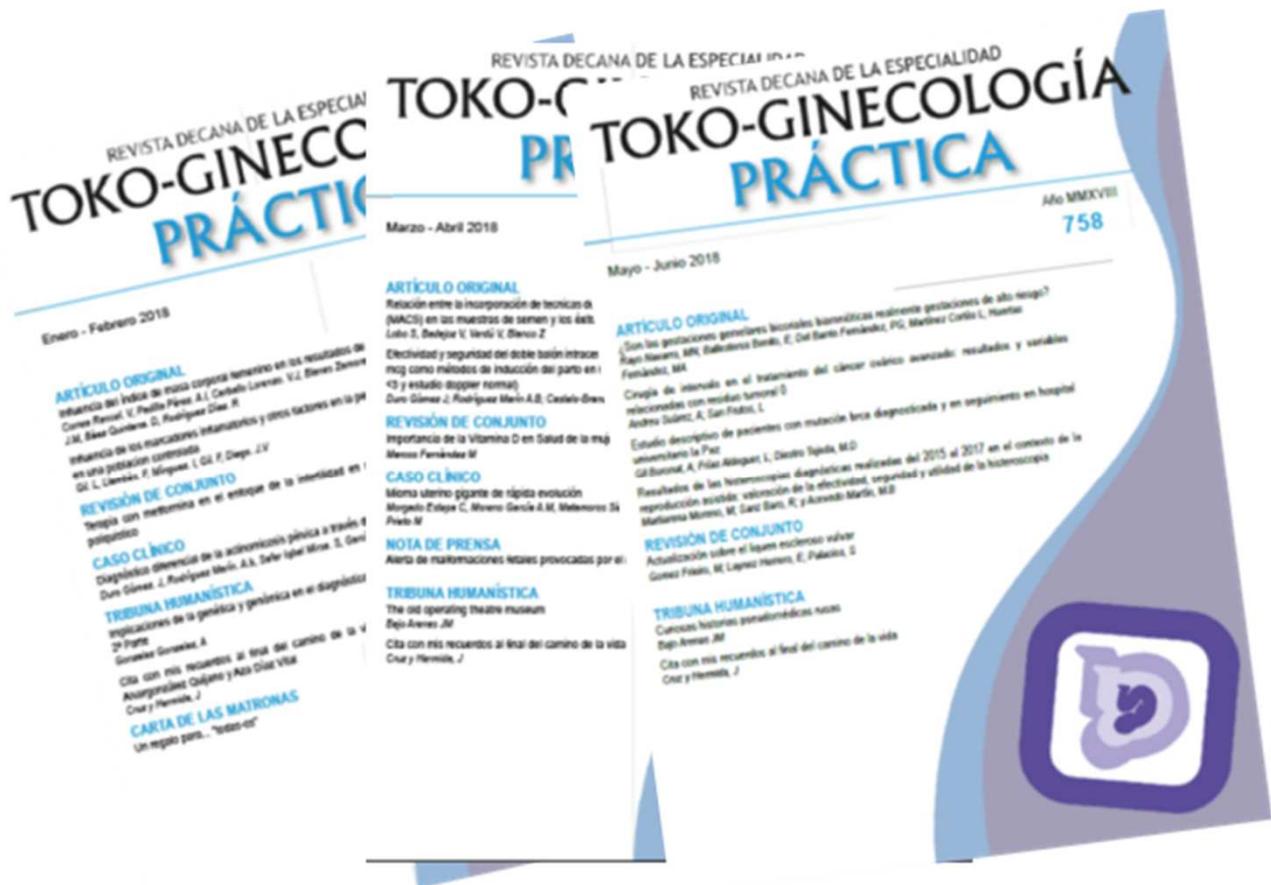
- Título del trabajo.
- Nombre de los autores.
- Profesión y cargo de todos los autores.
- Lugar de trabajo.
- Dirección para correspondencia, teléfono y correo electrónico habitual de contacto.

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

El resto de autores será colaboradores. ■

¡ Participa!

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

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

infomatronas@gmail.com



RECLAMAN MÁS DE 8 MILLONES DE € A UNA GINECÓLOGA Y A UNA MATRONA POR UN MAL RESULTADO EN UN PARTO

Una ginecóloga y una matrona fueron demandadas por la vía penal por imprudencia profesional debido a un presunto delito de lesiones ocasionadas a un recién nacido por una mala atención durante el parto. La acusación llegó a pedir **más de 8 millones de euros** por diversos conceptos indemnizatorios.

La paciente ingresó sobre las 9 horas del día programado para que se le indujera el parto. De la supervisión y control de todo el seguimiento se encargó también **la matrona acusada**.

Desde el inicio de la monitorización y durante dos horas, el registro cardiográfico reflejó **una frecuencia normal**. Sin embargo, desde las 11 de la mañana hasta las 13.40 horas se mantuvo en diversas ocasiones sin imagen alguna, sin que se supieran los motivos concretos de dichas pérdidas de foco.

La ginecóloga exploró a la paciente a las 17.30 horas e **indicó a la matrona que vigilara la gráfica** y le avisara con el resultado de una analítica que había ordenado. Pasados cuarenta minutos, **la gráfica cambió y el registro del estado del feto se hizo patológico, lo que requería intervención inmediata**. Pero la matrona, encargada de vigilar dichos movimientos, no avisó a la doctora.

Pasados veinte minutos, avisó a la ginecóloga y le comunicó el resultado de la analítica, pero no le advirtió de que el RCT reflejaba sufrimiento fetal. Sobre las 19.30 horas, **la ginecóloga observó en la gráfica una taquicardia fetal con pérdida de variabilidad, por lo que ordenó una cesárea de urgencia**.

Como consecuencia de la no extracción del feto durante el período en el que el RCT registraba patrones claramente negativos, **el bebé nació con graves lesiones neurológicas** consistentes en

encefalopatía hipóxico-isquémica, quedándole como secuelas tetraparesia grave, deterioros de las funciones cerebrales superiores muy grave y ceguera bilateral de origen central.

En primera instancia **se condenó a la matrona y se absolvió a la ginecóloga**, al no observar el Juzgado responsabilidad en su actuación y, por tanto, por haber obrado en todo momento conforme a la [lex artis ad hoc](#). Interpusieron recurso de apelación, por entender que el juez incurrió en error en la valoración de la prueba, considerando que **la ginecóloga también debía ser declarada responsable**.

La recurrente alegó que no entendía la desaparición de un documento de la historia clínica del paciente, considerado esencial para conocer las causas y el nexo con el resultado lesivo, ya que no figuraba el partograma original. También se expuso que **la doctora había vulnerado el deber objetivo de cuidado**, imprescindible para evitar el resultado lesivo producido desde que tomó la decisión de inducir al parto hasta que se realizó la cesárea, ya que la información de la que disponía era suficiente para que hubiera actuado de otro modo.

El abogado de la doctora y el ministerio fiscal se opusieron al recurso, por considerar que el resultado de las pruebas determinaba que **se absolviera a la doctora**, siendo la matrona la responsable del retraso **al no advertir a la ginecóloga**, según era su obligación, respecto a las variaciones experimentadas en los registros.

Para resolver el recurso se tuvieron en cuenta varias nociones importantes en el procedimiento penal.



Primero, la **presunción de inocencia**, la necesidad de mantener una prueba de cargo suficientemente razonable contra una persona. En lo que respecta a la praxis, la resolución recogió que, en las primeras horas de la mañana, las incidencias no fueron importantes ni relevantes. No se ignoró que la doctora acusada acudió a ver a la parturienta en varias ocasiones, observó que la monitorización era constante y pidió explicaciones a la matrona tras haberle suministrado anestesia epidural. La sentencia recogió que no fue hasta el final del tramo horario cuando las circunstancias evolucionaron a peor y cuando la matrona incumplió sus obligaciones.

Por tanto, **se confirmó la absolución de la ginecóloga** por no haber sido advertida por la matrona de las alteraciones presentadas, condenando a ésta y no a la doctora, que no pudo realizar ninguna actuación por pleno desconocimiento de las alteraciones registradas.

Fuente: Lex Artis

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
 diagnóstico obstetricia
 historia clínica informes
 inhabilitación diagnóstico
 obstetricia historia clínica



EL LEGADO DE HIPATIA. HISTORIA DE LAS MUJERES EN LA CIENCIA DESDE LA ANTIGÜEDAD HASTA FINES DEL SIGLO XIX

Autora: Margaret Alic



En mi constante búsqueda para esta sección me he encontrado con este libro que me "ha ensanchado el alma" porque habla de mujeres, mujeres científicas sometidas a esa ginopia proverbial o lo que es lo mismo, a la imposibilidad de ver lo femenino o invisibilización de la experiencia femenina íntimamente relacionada con la cultura androcéntrica que desde tiempo inmemorial sufrimos las mujeres. Imagino que este título la autora lo ha escogido no sólo por ser Hipatia una de las primeras mujeres científicas conocidas, sino y además, por ser la figura de esta mujer reivindicada principalmente por los movimientos feministas como paradigma de mujer liberada, incluso sexualmente.

Una turba de cristianos fanáticos descuartizó y quemó en el siglo IV a Hipatia, sabia mujer alejandrina, porque enseñaba matemáticas, geometría y ciencia griega en el famoso Museo de su ciudad natal. Tomando su nombre como divisa, Margaret Alic ha escrito una fascinante historia de las mujeres que cultivaron las ciencias de manera eminente y que, no obstante, no encuentran lugar en las historias tradicionales del conocimiento humano.

Y en este libro se habla de mujeres en la obstetricia, mujeres médicas, parteras- comadronas que incluso pusieron en "solfa" la introducción de los fórceps en la especialidad dedicada a la asistencia a los partos de las mujeres como Elizabeth Nihell, mientras que otras adoptaron el uso del mismo. Margaret Stephen comadrona de la reina Carlota, esposa de Jorge II, escribió el libro *The domestic Midwife* (1795) enseñó anatomía y como utilizar instrumentos médicos. *The midwife's candid advice to the fair sex; or the pupil of nature* (que traducido sería "El sincero consejo de la matrona a las mujeres"); o *la pupila de la naturaleza* (1797), una obra de obstetricia y ginecología, impresa y vendida por su autora, Martha Mears, que a veces usaba el fórceps, pero en términos generales se oponía a la intervención.





Precisamente esta mención me ha llevado a rastrear la pista de este libro del siglo XVII y gracias a la infinidad de bibliotecas a disposición en internet, lo he encontrado. Sin aun haber podido leerlo completo, ya que en inglés se hace más arduo que en la propia lengua madre, me he encontrado con una afirmación que os ofrezco traducida porque que sin duda tiene la misma razón en 1797 que en el 2021:

"Todas las sensaciones de dolor corporal están tan estrechamente relacionadas con la idea de enfermedad o de peligro, que no podemos convencer fácilmente a los demás de que su ser en muchos casos es esencialmente distinto. Sin embargo, es importante grabar esta distinción en las mentes de las mujeres embarazadas en particular, que suelen alarmarse e inquietarse por cualquier cambio que surja en su condición (de embarazo-se entiende), pero más especialmente por los síntomas que preceden y acompañan a sus partos. Estos cambios son, de hecho, muy dolorosos; pero difieren tan materialmente de todos los efectos mórbidos que la intensidad del dolor es a menudo la indicación más segura de salud, vigor y seguridad.

Como el éxito de un trabajo de parto puede depender mucho del estado mental de la mujer en ese momento, el primer objetivo de un consejo y una instrucción útiles es darle a la mujer sólo nociones de la causa de tales dolores y la gran finalidad que ellos tienen para enseñarle a soportarlos sin miedo y sin impaciencia ; para evitar que realice cualquier esfuerzo voluntario por su parte para aumentar su efecto con el fin de acortar el trabajo; y para inspirarla con una confianza racional en los poderes no asistidos, así como en la sabiduría y la benignidad de la naturaleza".

Hipatia de Alejandría, la abadesa Hildegarda, la "loca Magde", duquesa de Newcastle, la notable Émilie du Châtelet, Caroline Herschel,distinguidas científicas cuyos nombres han sido

hechos de lado en los libros de historia, cuya obra ha sido suprimida o escamoteada y cuyas realizaciones han sido negadas.

En este libro, que abre nuevos horizontes, Margaret Alic empieza a corregir ese desequilibrio y a descubrir una herencia perdida de logros de las mujeres en la ciencia. Lo hace con una gran riqueza de evidencias biográficas y científicas y así, su libro proporciona una fascinante penetración en la vida y tiempos de las mujeres en la ciencia desde la prehistoria hasta finales del siglo XIX.

Para valorar el trabajo de la mujer en la ciencia, primero debe reconocerse que tal existe. En ocasiones fue reconocida su labor como una curiosidad y una minoría, como si fueran una subcultura el interior de una comunidad; no debemos hacer referencia solo de aquellas que contribuyeron directamente a la ciencia, sino también de las que cultivaron intereses científicos, porque ha habido un interés femenino hacia la ciencia desde las civilizaciones más remotas.

¡ A leer y disfrutar!

Rosa M^a Plata

Editorial: Siglo XXI de España Editores

Páginas: 246

Fecha de publicación:

1^a Edición en inglés 1986. *Hipatia 's heritage a history of women in science from antiquity to the late nineteenth century*

1^a edición en español 1991.México

2^a edición en español 2005.Madrid

ISBN: 978-9682316821

3^a edición en español 2014

ISBN-978-6070306099

CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO



NUEVA EDICIÓN: 7 al 11 OCTUBRE de 2019

Objetivos

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

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

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

LUGAR: Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid

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

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

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

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

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

40 AÑOS 40 LOGROS



www.aesmatronas.com

