



# INFORMatronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS SEPTIEMBRE 2019 N.º 39

COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN QUE  
 NOTICIAS INFORMACION  
 HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES  
 DICEN QUE CUENTAN QUE NOTICIAS  
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 PASANDO NOTICIA BREVES DICEN QUE  
 CUENTAN QUE HEMOS LEIDO  
 NOTICIAS DICEN QUE INFORMACION  
 ESTÁ PASANDO ANDO  
 QUE CUE TAN  
 COMPARTIM PASANDO  
 NOTICIAS IPARTIMOS  
 COMPART NOTICIAS AS BREVES  
 NOTICIAS NOTICIAS  
 HEMOS LEID CUE HEMOS LEIDO ESTÁ  
 DICEN QUE COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ  
 INFORMACION NOTICIAS BREVES DICEN QUE  
 PASANDO NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO  
 CUENTAN QUE NOTICIAS BREVES  
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN  
 QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION  
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 QUE DICEN QUE CUENTAN



*Es más fácil caminar colina  
 abajo que hacia arriba,  
 pero las vistas se ven desde  
 lo alto.*

*Arnold Bennett*





## 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 originales proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas y de otros medios 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<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

### Consejo editorial:

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

### ❑ ESPECIAL I:

- DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA PÉRDIDA FETAL

### ❑ ESPECIAL II:

- SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA

### ❑ HEMOS LEÍDO QUE:

- CRISIS DEMOGRAFICA EN ESPAÑA DE DIFÍCIL SUPERACIÓN
- EL ESTRÉS DE LOS PADRES EN EL EMBARAZO, ASOCIADO A PROBLEMAS ....
- CIENTÍFICAS DE FISABIO ESTUDIAN CÓMO MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN EMBARAZADAS Y DURANTE LA LACTANCIA
- LAS BATAS QUIRÚRGICAS RETIENEN BACTERIAS INCLUSO DESPUÉS DE DESINFECTARLAS
- EL CONSUMO DE ALCOHOL MODERADO A EXCESIVO DURANTE EL EMBARAZO ALTERA...
- DESPUÉS DE LA ESCISIÓN, UN LARGO CAMINO PARA RECUPERAR SU CUERPO

### ❑ MUY INTERESANTE:

- HISTORIA DE UN APRENDIZAJE: ROTACIÓN EXTERNA EN UN HOSPITAL REINO DEL UNIDO
- MUJERES QUE HAN HECHO HISTORIA: CÓMO LA PRIMERA MUJER GRADUADA DE KERALA ABRIÓ UN CAMINO PARA LA OBSTETRICIA CAPACITANDO MATRONAS
- IV EDICIÓN "ENTRE 2 MANOS"
- CONGRESO MUERTE PERINATAL Y DUELO. MADRID
- CURSO FORMACIÓN CONTINUADA DEL GRUPO GEMMA
- CONGRESO ISA 2019 MADRID

### ❑ BREVES:

- CURSO MULTIPROFESIONAL DE ENTRENAMIENTO EN DISTOCIA DE HOMBROS
- CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL PERINATAL PARA MATRONAS
- CONGRESO INTERNACIONAL SEPTIEMBRE DE 2019. WINDHOEK, NAMIBIA (ICM)
- CONGRESO HONG KONG 2020
- NOTICIAS DE SIMAES

### ❑ BUENAS NOTICIAS:

- LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS COLABORA CON LOS MEDIOS EN LA SEMANA DE LACTANCIA MATERNA
- LA PRIMERA UNIDAD DE PARTERÍA HOSPITALARIA EN CANADÁ ABRIÓ SUS PUERTAS
- OTRO HOSPITAL ESPAÑOL QUE INCORPORA MATRONAS A LA ASISTENCIA DEL PUERPERIO
- III CAMPAÑA DE PROMOCION DE LA SALUD ORAL Y EMBARAZO
- VII EDICIÓN DE LA JORNADA DE ETICA Y DEONTOLOGIA DEL CECOVA
- LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS FIRMA UN AÑO MAS EL MANIFIESTO DEL DÍA MUNDIAL DE LA ANTICONCEPCIÓN 2019
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM
- PREMIOS MARIBEL BAYÓN.

### ❑ PERLAS JURÍDICAS:

- ABSUELTO SACYL POR LA CONDENA DE UNA MATRONA

### ❑ LECTURA RECOMENDADA:

- LA HISTORIA DE UNA COMADRONA: LA VIDA DE MARTHA BALLARD BASAD EN SU DIARIO
- AGENDA A.E.M.



## DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA PÉRDIDA FETAL

**D**icen que ser matrona es tener la profesión más bonita del mundo, te dicen frases como “¡qué suerte, trabajas en el lado más agradable de la medicina!” o “¡que chulo estar en ese momento que una vida viene al mundo!” y otras muchas más de este estilo. Probablemente tengan razón, por lo menos yo así lo creo. Estar al lado de las mujeres ,los hombres, madres, padres, parejas, en el momento del nacimiento de un hijo/a y poder ayudarle y acompañarle en todo el proceso de gestación, parto y puerperio, sea lo más maravilloso del mundo, sobre todo, si el final es el deseado, un hijo/a sano/a con el que culminan todas las expectativas generadas durante el tiempo que dura toda la espera, incluido el previo, en el que se genera el deseo de formar una familia.

Toda pérdida de una vida es dolorosa, sea a la edad que sea, alguien sufre, una esposa, un hijo, un abuelo...pero no creo que haya pérdida más dolorosa para unos padres que la de un hijo/a, sea al poco de la concepción o al final de la misma y por descontado, en cualquier momento de la vida.

Acompañar en estos procesos de pérdida, de duelo de unos padres que tantas ilusiones han depositado en la concepción y gestación de un nuevo ser, es la cara oscura de nuestro trabajo como matronas, para lo que nunca se está preparada al cien por cien, sobre todo, por la gran carga emocional que conlleva.

No es difícil imaginar las dificultades que supone para una o un profesional que en su función asistencial acompaña en procesos de vida y generalmente en salud, como es el caso de las matronas, hacerlo en procesos de muerte o pérdida de un hijo/a, donde por añadidura se puede interponer o confundir la actuación o las emociones con proyecciones personales si se es madre o padre.

Creo que es la prueba más dura de profesionalidad a la que podemos vernos en el desempeño de nuestro trabajo, ser eficiente, empática, cercana sin perder el lugar que tenemos como profesionales y sin que las emociones nos bloqueen o paralicen en el mejor de los casos, o por el contrario, nos otorguemos un rol paternalista y digamos frases inoportunas, gestos inapropiados o consejos inadecuados. Saber estar en estas ocasiones es un logro que se adquiere con la formación, con la adquisición de conocimientos y habilidades, y por supuesto, con la experiencia de vida, aunque hay de todo, no lo negaré.



Dañar o añadir “dolo” en unos padres/madres que acaban de perder un hijo/a es fácil si no se tiene la formación adecuada sobre el manejo de estas situaciones y no siempre improvisar es lo mejor. En este caso, el dicho “un silencio vale más que mil palabras” tiene su mejor sentido, si las palabras no lo tienen y el común de los sentido está ausente.

En obstetricia, afortunadamente, hay inquietud por ofrecer siempre lo mejor a la mujer, madre, padres, parejas y ya en muchos hospitales existen protocolos de duelo perinatal en el que están implicados muchos profesionales. También existen guías elaboradas en asociaciones de padres que han sufrido estas pérdidas perinatales, aunque existen otras asociaciones que se ocupan de pérdidas infantiles por enfermedad como son las oncológicas.





Hay un caso de “pérdida” no tan tratada, que a mí, personalmente, me ha llevado a escribir este artículo y que comparto con vosotros: las pérdidas fetales tempranas o los abortos del primer trimestre, que por ser, muchas veces, tan incipientes, se banaliza su atención y cuidados, puede que no los físicos, pero si los psicológicos y emocionales.

## CASO PRÁCTICO:

Os relato un caso reciente: Mujer de 28 años, primigesta, de 11+5 días de gestación que acude a puertas de urgencia por dolor en fosa lumbar y todos los síntomas de una posible infección de vías urinarias. Ingresa para tratamiento, y observación de la evolución. Se le pone bomba de analgesia en la planta de maternidad. A las 12h (post-ingreso) la enfermera avisa a la ginecóloga de guardia, la bomba ya no es efectiva y solicita nueva valoración. Una hora más tarde, la mujer expulsa el embrión en la cama de su habitación.



Baja a paritorios para realizar una ecografía y valorar si hay restos placentarios y necesita un legrado uterino. Se traslada en cama y es “aparcada” en medio del pasillo, frente a las dilataciones donde otras gestantes cursaban su proceso de dilatación. La excusa es, si es que la hay, que no hace falta ubicarla en ningún espacio porque enseguida le harían una ecografía, así que, el que la matrona lograra que la ubicaran en una sala, lejos del pasillo frente a las dilataciones, supuso enfrentamiento con celadores, auxiliares y la propia ginecóloga. Tras este episodio, la imagen ecografía refiere restos y se programa para legrado a primera hora de la tarde. Se le indica tratamiento antibiótico 30 minutos antes de realizarle el legrado y al ir la matrona a poner lo pautado, esta le pregunta si le han ofrecido la posibilidad de reubicarla en otra planta que no sea maternidad, lejos de los llantos de los recién nacidos. Llorando dice que no, que nadie le había dicho nada y si es posible, ella quisiera esa opción, tener un tiempo para procesar lo ocurrido. Está muy afectada y sin su pareja (está trabajando fuera de la comunidad) y con su madre como acompañante. La matrona gestiona todo lo necesario para hacer posible lo solicitado, empezando por la supervisora general de ese momento, quien le dice que no hay camas libres y que depende de la decisión del jefe médico responsable de los incidentes del hospital de ese día. Al final, tras unos minutos de espera que parecían eternos, se logra reubicarla en el servicio de traumatología, en otro piso lejos de maternidad, donde tienen reservada una habitación para casos de urgencia. Se le comunica a la gestante que cuando salga de quirófano estará en otro lugar. Llorando, y agradecida, parte hacia el quirófano, pero tranquila de saber que no tendrá que pasar por otro calvario innecesario, escuchar los llantos de otros recién nacidos que no serán los que podría haber escuchado ella semanas o meses después.

## ARGUMENTARIO ÉTICO Y LEGAL



Se nos llena la boca cuando hablamos de la humanización del nacimiento, del parto pero ¿qué pasa cuando asistimos en el nacimiento de un hijo/a muerto/a? ¿Y sí no es a término, si es un aborto precoz o tardío? ¿Acaso el tamaño o tiempo de gestación importa para el dolor que pueda causar esta pérdida? Supongo que la mayoría que lea esto contestará que no, entonces ¿por qué se deshumaniza tanto y se trata como aquel que se va a quitar, yo que sé, un grano, un apéndice? Sin desvalorizar esta situación, por supuesto, pero entenderéis que no es ni comparable.

Se ha usado tanto la palabra humanizar que se ha perdido su contenido. La RAE la define





en una de sus acepciones como: “Conferir carácter más humano (en sentido moral), hacerlo más amable o justo, menos riguroso, etc” pero también tiene la siguiente: “Hacer que algo o alguien tenga aspecto o naturaleza humanos o muestre influencia de los seres humanos”. No me voy a extender en el concepto porque ya lo aborde en otro artículo de Infomatronas (febrero 2018) y que podéis consultar, pero que habría que tener presente día a día y no solo hablar de ella sino ejercerla.

Podría apelar a la legislación, a la Ley 41/2002, y argumentar el derecho a la información, el consentimiento informado, y otras pero creo que en este caso solo es necesario apelar a la ética profesional (deontología) y personal (moral).

En nuestro código deontológico de matronas (AEM 2011) solo es necesario leer la declaración previa, o su capítulo I art.1 (La matrona realizara todas sus actuaciones basándose en los principios de la bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, viniendo a proteger a las mujeres y sus hijos de intervenciones que puedan ocasionarle algún daño,.....) y en el ejemplo anterior, el daño psicológico y emocional puede resquebrajar la salud mental de estas mujeres cuando no se les ha atendido como corresponde, tal y como pone en su art 2 pero especialmente en su art.12 “La matrona colaborará en la recuperación psíquica y emocional de las mujeres que han sufrido una muerte perinatal, apoyándolas de manera que sean capaces de iniciar correctamente la elaboración del duelo”. Claro lo anterior es desde el punto de vista deontológico, pero desde el punto de vista moral, no es aceptable bajo ningún concepto, frases como “qué más da, está de muy poco” o “pues si mañana sale a la calle también verá a otras embarazadas”, menos si quien las emite es mujer, madre y profesional (gine o matrona). Y esto sólo son frases, pero los hechos, los hechos o “no hechos”, eso aún es peor.

En nuestro ejemplo: se le deja “aparcada” en mitad de un pasillo, eso está mal sea cual sea la situación, en este caso peor, y más grave, frente a la dilatación!!! En pleno proceso de asimilación de la pérdida, de shock. No se le informa de las diferentes posibilidades de estancia o ubicación si lo desea, ni siquiera le preguntan ¿nadie piensa cómo se sentirá esa mujer en esas 24 h posteriores tras el legrado? ¿En lo que acaba de vivir?. Menos mal que alguien, una matrona, intervino a tiempo y a pesar de las dificultades, logró que esa mujer pudiera comenzar su duelo sintiéndose escuchada, comprendida y acompañada en esos duros momentos. Se “**pre - ocupó**” de alguien vulnerable en un momento vital.

## CONCLUSIONES

Bueno, posiblemente no os haya aportado mucha información con este artículo y si muchas preguntas, algunas para la reflexión personal y profesional y otras para que iniciéis o generéis protocolos de actuación donde además de las cuestiones clínicas o incluso administrativas, se incorporen aspectos éticos de respeto, de dignidad en cualquier proceso de atención, de información, de intimidad y también manejo y habilidades de comunicación afectiva y efectiva (empatía, escucha activa, contacto, gestualidad).

Dicen que no hay nada más productivo y satisfactorio que conseguir convertir la frustración y la impotencia en acción, en mejora, en calidad de atención en los cuidados que proporcionamos los profesionales de la salud en general y las matronas en particular.

Y como siempre, una frase, esta vez de Kant, que se conoce como la segunda formulación del principio categórico de este autor como “principio de humanidad” y que dice así: **“Obra como si la máxima de tu acción debiera convertirse, por tu voluntad, en ley universal de la naturaleza”.**

M<sup>a</sup> Isabel Castelló López  
Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA



## SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA

La **semana mundial de la lactancia materna**, tiene su origen oficial en la iniciativa conjunta de la OMS y la UNICEF que, en 1992 decidieron instaurarla a la vista de que la cultura del amamantamiento se estaba perdiendo y conjuntamente generando numerosos problemas de salud en futuras generaciones. Más de dos décadas después esta semana se ha convertido en un movimiento social más extendido en defensa de la lactancia materna que lo celebran más de 120 países del mundo del 1 al 7 de Agosto coincidiendo con el aniversario de la Declaración de Innocenti firmada por la OMS y el UNICEF en agosto de 1990 sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna.

El lema de este año de la Semana Mundial de la Lactancia Materna ha sido **“Empoderémonos ¡Hagamos posible la lactancia materna!”** y quiere servir como una plataforma para exigir normas sociales equitativas en cuanto al género, como el trabajo en equipo entre las madres y sus parejas para una lactancia exitosa así como el equilibrio del trabajo remunerado y no remunerado.

Este año, la OMS está trabajando con UNICEF y los asociados para promover las políticas favorables a la familia que permiten la lactancia materna y ayudan a los padres a criar a sus hijos y establecer vínculos con ellos en la fase más importante: la primera infancia. En este sentido, destaca la aprobación de la licencia de maternidad remunerada de un mínimo de 18 semanas, y de la licencia de paternidad remunerada para fomentar la responsabilidad compartida de cuidar a los hijos en pie de igualdad. Las madres también necesitan tener un entorno laboral propicio que las proteja y apoye para seguir con la lactancia materna cuando regresan al trabajo, dándoles acceso a descansos para amamantar; a un espacio seguro, privado e



higiénico para extraer y guardar la leche materna, y a servicios de guardería infantil asequibles.

La lactancia materna promueve una mejor salud tanto para las madres como para los niños. El aumento de la lactancia materna a niveles casi universales podría salvar más de 800 000 vidas al año, la mayoría de ellas de menores de 6 meses. La lactancia materna disminuye el riesgo de que las madres padezcan cáncer de mama y ovario, diabetes de tipo 2 y enfermedades cardíacas. Se estima que el aumento de la lactancia materna podría evitar 20 000 muertes maternas al año por cáncer de mama.

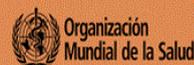
La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva desde una hora después del nacimiento hasta los 6 meses de edad. Luego se deben agregar alimentos complementarios nutritivos mientras se continúa amamantando hasta los 2 años o más.

**Presentamos, por su importancia, diferentes materiales que ha realizado la OMS en apoyo de la lactancia materna que están disponibles a través de su página web:**

<https://www.who.int/topics/breastfeeding/infographics/es/>

# APOYAR LA LACTANCIA MATERNA

## APOYO A LA LACTANCIA MATERNA



### QUÉ PUEDEN HACER LOS PADRES



AYUDA CON LAS TAREAS DEL HOGAR, REDUCE EL ESTRÉS DE TU PAREJA Y ASEGÚRATE DE QUE ELLA DESCANSE LO SUFICIENTE.

AYUDA A TU BEBÉ A QUE EXPULSE LOS GASES Y ERUCTE DESPUÉS DE MAMAR. ¡EL PECHO DEL PAPÁ ES IDEAL PARA ESTO!

PREOCÚPATE POR TU BEBÉ DE MANERAS DIFERENTES Y QUE VAN MÁS ALLÁ DE LA ALIMENTACIÓN (BÁÑALO, CÁMBIALE EL PAÑAL, PASEEN JUNTOS).

## LA LICENCIA DE MATERNIDAD REMUNERADA ES IMPORTANTE PARA LAS MADRES

Responde su decisión de amamantar

La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario

Mejora la salud, la recuperación y el bienestar mental de las madres



## APOYO A LA LACTANCIA MATERNA



### CUANDO NAZCA TU HIJO



EL PROFESIONAL SANITARIO ESTARÁ AHÍ PARA

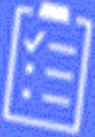
ALENTARTE A QUE PONGAS TU PIEL EN CONTACTO DIRECTO CON LA DE TU HIJO DESDE POCO DESPUÉS DEL PARTO.

AYUDARTE A RECONOCER LOS SIGNOS DE QUE TU HIJO QUIERE COMER.

MOSTRARTE CÓMO DARLE EL PECHO.

LA PRODUCCIÓN DE LECHE SE VERÁ ESTIMULADA SI DUERMES CERCA DE TU HIJO Y LE DAS DE MAMAR A DEMANDA.

# LA LICENCIA DE MATERNIDAD REMUNERADA ES IMPORTANTE PARA LAS MADRES



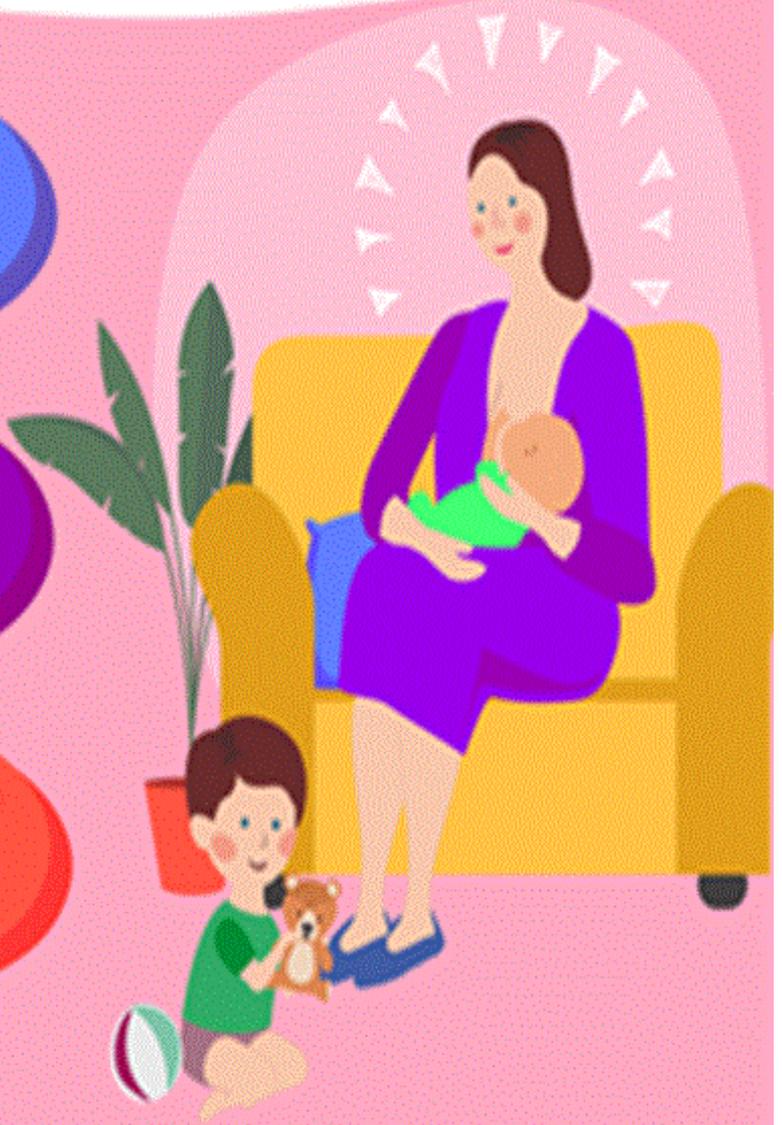
Respaldar su decisión de amamantar



La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario



Mejora la salud, la recuperación y el bienestar mental de las madres



Organización Mundial de la Salud



## ENCUESTA NACIONAL:

### “TOMANDO EL PULSO DE LAS MATRONAS”: ¡ES COSA DE TODOS!

La Asociación Española de Matronas te invita a participar en la encuesta “Tomando el pulso de las matronas” que pretende recabar los datos necesarios sobre la situación actual de las matronas españolas para una próxima reunión en el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. También te la haremos llegar a ti.

Con los resultados, podremos seguir reivindicando sobre todas las cuestiones que ya se han planteado y que necesitan un cambio y una mejora.

Tu situación, sentir y opinión, la suya y la del otro...cuentan!. Tu participación es importante. Nos interesa a todos.



Quieres que la situación de las matronas mejore

Quieres que se analicen las condiciones de trabajo

Quieres que se revise el modelo formativo

Quieres mayor autonomía en tu trabajo



*Haremos todo por ayudarte. AEM*

**¡PARTICIPA!**

Regalando unos minutos de tu valioso tiempo.

<https://aesmatronas.com/encuesta2019/>

¡MUY PRONTO EN WEB!



ALICANTE, 4 AL 6 JUNIO 2020

*Mujer: tu salud es lo nuestro*

# CONGRESO 20 NACIONAL DE MATRONAS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)

## CRISIS DEMOGRAFICA EN ESPAÑA DE DIFICIL SUPERACIÓN

Año	Número de nacimientos
2008	519.781
2009	495.00
2010	486.582
2011	472.00
2012	454.650
2013	425.720
2014	427.601
2015	420.293
2016	410.582
2017	393.180
2018	369.302

Tabla. Elaboración propia

### La pérdida poblacional se consolida debido al bajo número de nacimientos.

La encuesta sobre 'Movimiento Natural de la Población' indica que en 2018 nacieron en España 369.302 niños, 23.879 menos que en 2017, 56.413 menos que hace cinco años y 150.447 menos que hace 10. En cambio murieron 426.053 personas (un 0,4 % más que el año anterior). España ha perdido en cuatro años casi 57.000 habitantes.

**Es URGENTE que el Gobierno de España tome las medidas necesarias para resolver éste problema mediante la incentivación y protección de la maternidad. Sin embargo, y para desgracia de la sociedad, los políticos acometen mas medidas a corto plazo y cuanto mas populistas mejor. NO abordan lo importante a medio y largo plazo.**

Según datos recientes publicados por Eurostat, el número de nacimientos lleva una década descendiendo en nuestro país. España es el segundo estado con la tasa de natalidad más baja de la Unión Europea con 1,31 nacimientos por mujer. La tasa española solo está superada por Malta, donde se registran 1,26 nacimientos. Esto está llevando a que ante el predominio de una población envejecida, la crisis demográfica del país se haya convertido en una tendencia casi irreversible.

La pérdida de población tiene su factor principal en el escaso relevo generacional que se produce ante el número de muertes que se producen. La reducción de nacimientos se sitúa en un 6,1% en 2018, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). En la última década, la disminución llega al 29% en la última década.

## EL ESTRÉS DE LOS PADRES EN EL EMBARAZO ASOCIADO A PROBLEMAS DE CONDUCTA EN MENORES DE 2 AÑOS

Los conflictos emocionales de los futuros padres, incluyendo los problemas de pareja durante el embarazo, predicen problemas de conducta en menores de 2 años. Así lo demuestra un estudio publicado en la revista *Development & Psychopathology* que, por primera vez, analiza la influencia del bienestar de las madres y los padres antes y después del nacimiento, en el comportamiento de los niños a los 14 y 24 meses de edad.

El equipo, integrado por investigadores de las universidades de Cambridge, Birmingham, Nueva York y Leiden (Países Bajos), analizó las experiencias de 438 futuros madres y padres, con seguimiento a los 4, 14 y 24 meses tras el nacimiento. Los padres procedían del este de Inglaterra, del estado de Nueva York y de los Países Bajos.

En su investigación observaron que el bienestar prenatal de las madres primerizas tenía un impacto directo en el comportamiento de sus hijos a los dos años. Así, las madres que sufrieron estrés y ansiedad en el período prenatal tenían más probabilidades de ver a su hijo mostrar problemas de comportamiento como berrinches, inquietud y rencor. Además, los niños tenían más probabilidades de presentar problemas emocionales, estar preocupados, ser infelices, llorones, asustarse con facilidad o ser más dependientes, si sus padres habían tenido problemas de pareja tras el parto.

Para Claire Hughes del Centro de Investigación Familiar de Cambridge y autora principal del estudio, “nuestros hallazgos resaltan la necesidad de un apoyo más temprano y más efectivo para que las parejas los preparen mejor para la transición a la paternidad. Durante demasiado tiempo, las experiencias de los padres primerizos han sido marginadas o tratadas de forma aislada de las madres. Esto debe cambiar debido a las dificultades en los niños. Las relaciones tempranas con las madres y los padres pueden tener efectos a largo

plazo.

### Primer estudio en parejas

Otros estudios previos ya habían demostrado vínculos entre el bienestar de los padres y los resultados del niño, pero este es el primero en involucrar a las parejas, en rastrear el bienestar de ambos progenitores durante un período prolongado de tiempo, centrándose en el comportamiento del niño en los dos primeros años de vida. Para ello utilizaron cuestionarios estandarizados y entrevistas en persona. En cada una de estas visitas, los padres también completaron cuestionarios estandarizados sobre la calidad de la relación de pareja y las emociones y el comportamiento de los niños.

Como explica Hughes, “nuestro estudio se basa en una muestra relativamente grande y es único porque ambos padres respondieron las mismas preguntas en cada etapa, lo que nos permitió hacer comparaciones directas”.

Esta investigación es parte de un proyecto más amplio ya en marcha que examina el bienestar y la influencia de las nuevas madres y padres. En un estudio estrechamente vinculado, publicado en *Archives of Women’s Mental Health* en julio de este año, el equipo descubrió que los padres comparten recuerdos traumáticos de nacimiento con sus parejas mucho más de lo que se ha reconocido previamente. Este estudio comparó el bienestar de los padres en el tercer trimestre del embarazo con el de su hijo cuando tenía cuatro meses.

“Lo que muestran ambos estudios es que debemos hacer que el apoyo prenatal sea mucho más inclusivo y brindarles a las madres y padres primerizos las herramientas que necesitan para comunicarse entre sí y prepararlos mejor para esta transición importante”, subraya Sarah Foley, también del Centro de Investigación Familiar de Cambridge.

A la vista de sus resultados, este estudio destaca la necesidad de extender este apoyo a los futuros padres e ir más allá del bienestar individual para considerar la calidad de la nueva relación de pareja de con la llegada del nuevo miembro de la familia.

Fuente: [Diario Enfermero](#)

Gema Romero

## CIENTÍFICAS DE FISABIO ESTUDIAN CÓMO MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN EMBARAZADAS Y DURANTE LA LACTANCIA

Científicas del Área de Investigación en Enfermedades Raras de la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio) participan en el proyecto internacional ConcePTION, cuyo objetivo es mejorar la seguridad del uso de medicamentos en el embarazo y durante la lactancia materna.

El proyecto, que acaba de comenzar, es una iniciativa público-privada que reúne a 88 organizaciones de 22 países, entre los que se encuentran la Agencia Europea de Medicamentos, centros de investigación en salud pública, instituciones académicas y la industria farmacéutica, entre otros.

Hasta el 90% de las mujeres están expuestas algún momento a un medicamento recetado durante su embarazo. Hoy en día, solo alrededor del 5% de los medicamentos cuentan con información de seguridad adecuada sobre el uso en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

"El equipo de investigación comparte la visión de que existe la obligación social de reducir la incertidumbre sobre la seguridad del uso de medicamentos en el embarazo y durante la lactancia materna", ha afirmado la responsable del Área de Investigación en Enfermedades Raras de la Fundación Fisabio, Clara Cavero.

El equipo de ConcePTION trabajará para ofrecer soluciones que permitan cerrar esta brecha de información a través de la creación de un sistema en red que unifique las principales bases de datos médicas en toda Europa.

También se desarrollarán nuevos modelos estadísticos predictivos y se creará el primer biobanco a nivel europeo con muestras de leche materna para fines de investigación, que permitirá comprender mejor en qué medida los medicamentos se transfieren a la leche materna.

"Desde el Área de Investigación en Enfermedades Raras de Fisabio vamos a aportar nuestra experiencia en el estudio de la utilización de medicamentos durante el embarazo y su posible relación con la aparición de anomalías congénitas",

ha explicado Clara Cavero.

"Nos centraremos -ha añadido la investigadora de Fisabio- en la identificación de factores de riesgo gracias a la valiosa información que recogemos en el Registro Poblacional de Anomalías Congénitas de la Comunitat Valenciana, con datos de afectados nacidos a partir del 2007, así como de otras bases de datos sanitarias utilizadas en nuestra comunidad".

ConcePTION es un proyecto de 5 años de duración, con una dotación económica de 28,6 millones euros. Está financiado por la "Innovative Medicines Initiative 2 Joint Undertaking" en virtud del acuerdo de subvención nº 821520. Esta Joint Undertaking recibe el apoyo del programa Horizonte 2020 de la Unión Europea y de EFPIA.

La Innovative Medicines Initiative es una asociación público-privada entre la Unión Europea y la industria farmacéutica. En concreto, la Comisión Europea financiará con 15,3 millones el proyecto ConcePTION y la industria farmacéutica aportará 13,3 millones de euros.

Fuente: CONSELLERIA DE SANITAT (Generalitat Valenciana)

## LAS BATAS QUIRÚRGICAS RETIENEN BACTERIAS INCLUSO DESPUÉS DE DESINFECTARLAS



Una nueva investigación ha demostrado cómo las batas quirúrgicas usadas en los hospitales retienen **la superbacteria Clostridium difficile (C difficile)**, incluso después de haber sido lavadas y desinfectadas.

En la investigación, llevada a cabo por la Universidad de Plymouth (Reino Unido) y publicada en la revista Applied and Environmental Microbiology, se han analizado varias batas sanitarias de un solo uso -hechas con polipropileno- que se habían infectado con tres cepas de la bacteria, que puede causar diarrea severa, complicaciones intestinales e incluso la muerte. Tras ser lavadas durante diez minutos con un desinfectante que contenía 1.000 partes por millón de cloro -cantidad y tiempo recomendados por el Departamento de Salud del país- los investigadores encontraron que esta superbacteria sobrevivían, lo que les permitía potencialmente transferirlas a otros artículos hospitalarios. **“C difficile es una superbacteria que los hospitales deben impedir que se propague.**

Este estudio muestra que incluso cuando creemos que el material se ha limpiado lo suficiente, no ha sido así ya que como observamos 1.000 partes por millón de cloro no es suficiente.

En el estudio, las bacterias sobrevivieron y crecieron después de la desinfección”, ha resaltado Tina Joshi, una de las investigadoras. “Tenemos que llevar unas prácticas de higiene adecuadas, no no debemos usar batas fuera de áreas aisladas ya que el trabajo muestra que las bacterias pueden adherirse a cualquier superficie

Causando infecciones en los pacientes. En un momento en el que las infecciones se están volviendo resistentes a los antibióticos, nos preocupa que otras bacterias lo estén haciendo a los desinfectantes. Por tanto, lo mejor es asegurarnos de seguir unos procedimientos seguros”, ha añadido.

Fuente: Diario Enfermero  
A.Almendros

## EL CONSUMO DE ALCOHOL MODERADO A EXCESIVO DURANTE EL EMBARAZO ALTERA LOS GENES EN LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES.

“Cambios persistentes en los genes reguladores del estrés en mujeres embarazadas o niños con exposición prenatal al alcohol”

Según este nuevo estudio, las madres que beben niveles moderados a altos de alcohol durante el embarazo **pueden estar cambiando el ADN de sus hijos.**

El equipo del Doctor Dipak K. Sarkar, profesor distinguido y director del Programa Endocrino en el Departamento de Ciencias Animales de la Universidad de Rutgers-Nuevo Brunswick, ha publicado una Iniciativa de colaboración sobre los trastornos del espectro alcohólico fetal se encuentra en la revista *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* .este reciente julio pasado.

Del artículo se infiere que sus hallazgos pueden facilitar la evaluación de la exposición prenatal al alcohol en los niños y permitir un diagnóstico e intervención tempranos que puedan ayudar a mejorar la vida de estos.

Sobre la base de un estudio anterior realizado Rutgers que encontró que borracheras o niveles excesivos de consumo de alcohol continuado aumentan la metilación del ácido desoxirribonucleico (ADN) y reducen la expresión génica de proopiomelanocortina (POMC) y el período 2 (PER2) en sujetos humanos adultos (Gangisetty et al., *Alcohol Clin Exp Res*, 43, 2019, 212), sobre lo que el equipo de Dipak elaboró su hipótesis de que la metilación de estos 2 genes estaría constantemente asociada con la exposición al alcohol y podrían usarse como biomarcadores para predecir el riesgo



Crédito de la imagen: Syani Mukherjee / Rutgers University-New Brunswick.

### de exposición prenatal al alcohol (PAE).

Los grupos control se formaron con mujeres embarazadas que reportaron frecuente consumo de moderado a excesivo en el mes alrededor de la concepción y / o en la mayoría de los casos, en el primer mes de embarazo y mujeres que no bebían y cumplían con los criterios de detección (es decir, sin episodios de borracheras, mínimo o nulo alcohol en el mes alrededor de la concepción, y no beber en el último mes del embarazo.

El diagnóstico de **PAE** se asignó **al grupo de recién nacidos** expuestos al alcohol de madres que bebieron > 4 bebidas por ocasión al menos una vez por semana o > 3 bebidas por ocasión semana durante el embarazo. Individuos cuyas madres no bebieron durante el embarazo o quienes bebieron mínimamente (<1 bebida por semana en promedio y nunca más de 2 bebidas en cualquier una ocasión durante el embarazo) fueron designados como controles (no expuestos)

Los resultados fueron que las mujeres embarazadas que consumieron niveles moderados a altos de alcohol y dieron a luz a niños con PAE tenían una mayor metilación del ADN de *POMC* y *PER2*. Los niños con PAE también habían aumentado la metilación de *POMC* y *PER2*. Las diferencias en la

metilación génica de *PER2* y *POMC* entre PAE y controles no difirieron según el estado de tabaquismo materno.

Los niños con PAE tenían niveles elevados de cortisol, hormona del estrés y hormona adrenocorticotrópica. La suplementación con colina redujo la hipermetilación del ADN y aumentó la expresión de *POMC* y *PER2* en niños con PAE.

La investigación del Sarkar y cols. puede ayudar a los científicos a identificar biomarcadores, indicadores medibles como genes o proteínas alterados, que predigan los riesgos de la exposición prenatal al alcohol (PAE)

Los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) pueden incluir discapacidades físicas o intelectuales, así como problemas de conducta y aprendizaje. Si bien no existe una cura, los servicios de tratamiento de intervención temprana pueden mejorar el desarrollo de un niño, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU., los mismos que afirman que no se conoce una cantidad segura de alcohol para beber durante el embarazo.

Recordemos finalmente que el estudio también encontró que los bebés expuestos al alcohol en el útero, que pasa de la sangre de la madre a través del cordón umbilical, habían aumentado los niveles de cortisol, una hormona del estrés potencialmente dañina que **puede suprimir el sistema inmunitario y provocar problemas de salud continuos.** ■

Fuente: Sarkar, Dipak & Gangisettyand cols.. (2019). *Persistent Changes in Stress Regulatory Genes in Pregnant Woman or a Child With Prenatal Alcohol Exposure. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 10.1111/acer.14148.

El consumo de alcohol moderado a excesivo durante el embarazo altera los genes en los recién nacidos y las madres.

“Cambios persistentes en los genes reguladores del estrés en mujeres embarazadas o niños con exposición prenatal al alcohol”

## DESPUÉS DE LA ESCISIÓN, UN LARGO CAMINO PARA RECUPERAR SU CUERPO

**Más de 120,000 mujeres que viven en Francia han sido sometidas a mutilación sexual. Las unidades de cuidado parecen ayudarlas a la reconstrucción.**

En el corazón de París , una nueva unidad del grupo Deaconess Hospital Croix Saint-Simon abrió para atender a mujeres que han sido sometidas a una ablación del clítoris.

Han pasado ocho años desde que el ginecólogo obstetra Cyril Raiffort empezara a ayudar a las mujeres que desearan "recuperar su identidad femenina" después de sufrir una mutilación genital. Una experiencia que lo ha "marcado profundamente " .

Cuando se unió al grupo de hospitales en febrero, quería continuar con este trabajo. Este nuevo sitio de recepción ofrece atención multidisciplinaria a cargo de dos matronas, un psicólogo, un sexólogo y un cirujano.

### "Los pacientes a menudo están muy aislados"

"Las pacientes van al hospital para obtener información sobre la atención que podría ayudarlas", dice el Dr. Raiffort. Cada una vive la mutilación genital de una manera única y por lo tanto requiere un tratamiento individualizado.

Hacen una cita por diferentes razones: algunas tienen dolores y les gustaría mejorar su vida sexual, otras piensan "haber perdido su feminidad". Para todas, el desafío es encontrar profesionales para compartir su historia y obtener ayuda. "Las pacientes a menudo están muy aisladas. Tienen miedo de hablar al respecto con su cónyuge o su familia ", dice el ginecólogo.

### No solo soluciones quirúrgicas

Las víctimas de la MGF a menudo se sienten impotentes. Algunas buscan información en Internet, pero "los foros contienen información bastante contradictoria", lamenta Isabelle Gillette-Faye, socióloga y directora del Grupo para la Abolición de la Mutilación Sexual (GAMS). Otras se



ponen en contacto con asociaciones que los dirigen a las unidades de atención.

Una vez en el hospital, estas mujeres podrán hablar sobre su experiencia con un psicólogo especializado. Algunas mantienen el recuerdo de imágenes y sonidos de la ablación y los reviven en sus pesadillas. Otras no recuerdan ese momento doloroso de su infancia, pero experimentan un trauma relacionado con la pérdida de una parte de una misma.

Cuando las mujeres sometidas a ablación se enteran de que todavía tienen una parte de su clítoris, esto puede aliviarlas. Depende de ellas, en ese momento, tomar la decisión de repararlo o no. "Hay cada vez menos mujeres que se someten a la cirugía ", dice Isabelle Gillette-Faye. *Esto se debe al enfoque multidisciplinario propuesto por las unidades de atención. " Hace diez años, dijimos que la solución era puramente quirúrgica, aunque este no es el caso para todos", dice el Dr. Raiffort.*

### La cirugía no es suficiente"

La técnica de reparación de la mutilación sexual fue inventada en la década de 1980 por el urólogo Pierre Foldès, quien operaba mujeres extirpadas durante sus misiones humanitarias en África. "Desde entonces, entendimos que la cirugía no era suficiente", dice Sarah Abramowicz,

cirujana de la maternidad André-Grégoire en Montreuil (Sena-Saint-Denis).

Sin embargo, la reparación quirúrgica es una buena solución para aquellas que desean "encontrar su cuerpo femenino" o deshacerse de un poco de dolor. La operación dura solo de veinte a treinta minutos.

**"Al retocar el área extirpada, las mujeres pueden recuperar su clítoris, antes evitaban tocar o mirar", según Cyril Raiffort.**

### **Francia, uno de los países más afectados de Europa.**

Según las últimas estimaciones de Febrero del Boletín Epidemiológico Semanal 124,355 mujeres adultas que viven en Francia han sufrido mutilación genital femenina. El estudio anterior, realizado a mediados de la década de 2000 por los mismos investigadores, Armelle Andro y Marie Lesclingand, representó a 62,000 víctimas. *"Era una figura bastante vieja e imprecisa, que necesitábamos reevaluar", dijo Cyril Raiffort.*

El estudio esta vez tiene en cuenta a las personas de la segunda generación, nacidas en suelo francés. Según la publicación, *"Francia es uno de los países más preocupados a nivel europeo"*. La población adulta sometida a ablación que vive en Francia se ha duplicado en el espacio de diez años, mientras que la práctica prácticamente ha desaparecido en los últimos quince años más o menos. *"El aumento se explica por la llegada a Francia de nuevas mujeres migrantes de países en riesgo y por la transición a la edad adulta de niñas menores de edad que no fueron contadas en la estimación anterior"*, continúa el estudio.

Para crear conciencia entre el público interesado, las asociaciones que luchan contra la MGF están lanzando campañas de prevención y organizando conferencias en las escuelas. *"En Francia, hay mujeres extirpadas que vienen de Somalia, Costa de Marfil, Malí, Guinea, Mauritania y no hablan los mismos idiomas"*, explica Isabelle Gillette-Faye. *Esto complica la difusión de información*

*entre las mujeres migrantes."* Para hacer referencia a las madres de los niños en situación de riesgo, las asociaciones organizan charlas en torno a un hospital, un centro de maternidad o de la salud materno-infantil.

### **Unas quince unidades de atención en Francia**

Pero el peligro no proviene necesariamente de los parientes más cercanos. *"Las madres, o a veces ambos padres, vienen a preguntarnos cómo proteger a su hija de la escisión"*, dice el director de GAMS. Quienes se encuentran en una situación administrativa complicada se preguntan sobre la posibilidad de solicitar asilo para garantizar la protección de la niña. Aquellos que tienen un permiso de residencia o nacionalidad francesa están buscando formas de oponerse a los miembros de la familia que podrían disfrutar de la estadía de la niña en su país de origen para que lo eliminen.

Según la asociación Excision, hablemos de ello: *"tres de cada diez niñas cuyos padres son de países que practican la escisión tienen el riesgo de ser cercenadas durante las vacaciones escolares, durante un viaje a los países de origen de sus padres"*. Para protegerlas, los padres pueden informar al fiscal. *"De esta manera, la niña no podrá abandonar el territorio francés"*, explica el Dr. Raiffort.

Las unidades de cuidado de mujeres que han sufrido ablación genital son quince en Francia: en Ile-de-France, pero también en Bretaña, en Provenza-Alpes-Costa Azul.

**"En casi todo el territorio, encontramos hospitales multidisciplinarios", dice Isabelle Gillette-Faye. Con los avances en la atención, las víctimas pueden reconstruirse física y mentalmente, pero el proceso lleva tiempo. "Para ayudar a estas mujeres, es importante escucharlas", concluye Cyril Raiffort. ■**

Fuente:Le monde

## HISTORIA DE UN APRENDIZAJE: ROTACIÓN EXTERNA EN EL HOSPITAL HARROGATE DISTRICT DEL REINO UNIDO

Conocí a Julia Olea cuando ella iniciaba su residencia de matrona en la Unidad Docente de Matronas Provincial de Málaga en el año 2014, donde por aquel entonces yo era Jefa de estudios. Julia, amaba la profesión de matrona creo que antes de elegir su destino.

Durante su formación, realizó una rotación externa en el prestigioso Hospital Saint Thomas de Londres y esto la llevó a decidir al término de su residencia a marcharse a Inglaterra a trabajar. Hoy es una de las matronas del **Hospital Harrogate District**, el Hospital donde animada por ella decidí realizar una rotación externa.

La maternidad de este Hospital de North Yorkshire tiene un total de 1850 partos anuales (2018), posee la certificación de Unicef de "Hospital Amigo de los Niños", atiende sobre todo partos de bajo riesgo obstétrico, ofrece preparación al nacimiento con el método de hipn parto y asistencia al parto en el agua. La atención es una matrona por mujer: "One to one care".



En cada turno en partos hay 3 matronas más una cuarta que actúa como coordinadora pero que también en caso de necesidad realiza labores asistenciales. Las matronas son las cuidadoras de las mujeres en la planta de embarazo y también en el postparto.

Quizá lo primero que me llamó la atención en la forma de trabajar fue el respeto a la intimidad de la mujer y a su toma de decisiones en el parto, cada actuación de los profesionales debe ser con consentimiento verbal de la gestante y registrado en la historia clínica.

Se realizan muy pocas exploraciones (cada 4 horas, siguiendo la Guía NICE) y el seguimiento de la dilatación se basa sobretodo en la observación continua de la mujer. La monitorización continua se lleva a cabo solo cuando se presenta una complicación, la rutina en los partos de bajo riesgo es la auscultación intermitente.

Todas las actuaciones de la matrona están basadas en la evidencia científica y en protocolos del propio Hospital, elaborados por el equipo multidisciplinar.

La historia clínica es detallada y se registra absolutamente todo. En ella se incluye una valoración del riesgo de tromboembolismo venoso en pacientes obstétricas.

El cambio de turno es muy estricto, se realiza en la sala de personal con todo el equipo saliente y el entrante que en ese momento no esté ocupado y repasando caso por caso. Los adjuntos médicos tienen la entrega del turno con

la coordinadora matrona. Tiene que estar documentado en la historia clínica y asegura la práctica clínica excelente y la seguridad de la mujer durante el proceso.

Uno de los días de mi rotación tuve la oportunidad de asistir una reunión multidisciplinar de seguridad del paciente (Profesional Advice Pannel); se realizan semanalmente y allí se revisan casos y se plantea como se podría mejorar los cuidados a las mujeres, obtener mejores resultados, satisfacción de las usuarias o como eliminar riesgos innecesarios.

La formación de la matronas es continua y de forma rutinaria se realizan simulacros de complicaciones.

Soy matrona desde 1984, he aprendido mucho a lo largo de mi carrera profesional, me he emocionado y también he sufrido pero puedo decir que esta experiencia me ha marcado. He sido la sombra de Julia en todos sus turnos y he recibido de ella conocimientos y valores profesionales que llevaré ya siempre conmigo.

Quizás no pueda cambiar muchas cosas en el Hospital donde trabajo, un Hospital grande, muy jerarquizado y donde se atienden mucha patología, pero mi mirada ha cambiado. A lo largo de mi rotación, he conocido que se pueden hacer las cosas de otra manera con excelentes resultados para la madre y su bebé. He visto la figura de la matrona inglesa como la de un profesional fuerte, segura de si misma y que sobre todo mira a la mujer con respeto. La matrona es muy valorada dentro del sistema sanitario inglés (NHS) y por la población en general.



Angela en el Hospital Harrogate District

Para poder realizar esta rotación externa en el Reino Unido tuve primero que solicitarlo al Hospital Harrogate District. Cuando me aceptaron solicité el permiso a mi Dirección de Enfermería y posteriormente a mi Unidad de Formación, cumplimentando un formulario donde desarrolle los objetivos que tendría esta actividad formativa y la repercusión que tendría en mi trabajo como Matrona en la Unidad de Partos.

A mi vuelta, estoy preparando una sesión formativa sobre mi estancia al resto de los profesionales del área de partos.

Ya solo me queda animar a todas las compañeras a realizar este tipo de experiencias de aprendizaje que amplían nuestro campo de visión y nos aportan nuevas herramientas y estrategias para mejorar nuestros cuidados a las mujeres.

**Ángela Torres Díaz**  
**Matrona, Hospital Regional Universitario de Málaga**

## MUJERES QUE HAN HECHO HISTORIA: CÓMO LA PRIMERA MUJER GRADUADA DE KERALA ABRIÓ UN CAMINO PARA LA OBSTETRICIA CAPACITANDO MATRONAS.

**Ya en 1920, la Dra. Mary Poonen Lukose hizo la primera cesárea moderna de Kerala y comenzó a capacitar a parteras profesionales.**

**Y para 1929, esto había llevado a 1,6 millones de residentes del estado a tener acceso a la medicina moderna.**

La Dra. Mary Poonen Lukose fue una pionera en todos los sentidos de la palabra.

Fue la primera mujer graduada de Malayali, dirigió el Departamento de Salud en el estado principesco de Travancore (que la convirtió en la Ministra de Salud de facto), se desempeñó como la primera mujer legisladora de la India cuando fue nominada para el consejo legislativo estatal y finalmente se convirtió en la primera cirujana general de Travancore; y fue, de hecho, la primera mujer en ser nombrada Cirujana General en cualquier parte del mundo.

Galardonada con el título de Vaidyasasthrakusala del último Maharajá de Travancore Chithira Thirunal Balarama Varma, también se le presentó el Padma Shri en 1975.

### Una vida en difícil y costos ascenso

Sin embargo, la vida del la Dra. Lukose fue mucho más que estos logros legendarios.

Nacida el 2 de agosto de 1886, en la aldea de Aymanam, era una estudiante extremadamente brillante que superó su examen de matriculación, pero se le negó la admisión a las ciencias en el Maharajas College, Thiruvananthapuram (afiliado a la Universidad de Madras, y hoy llamado University College) por su género.

En cambio, tuvo que obtener una licenciatura, pero esto tampoco estuvo exento de obstáculos. Ella era la única estudiante femenina en la universidad, y en 1909 se convirtió en la primera mujer graduada de la ilustre Universidad de Madrás.

Para dedicarse a la medicina, dejó la India y se dirigió a Londres, donde obtuvo su MBBS de la Universidad de Londres y, por lo tanto, se convirtió en la primera mujer de Kerala en graduarse en medicina.



Luego optó por estudios de posgrado en obstetricia y ginecología en el famoso Hospital Rotunda de Dublín y se formó en pediatría en el Hospital de Niños, Great Ormond Street, Londres.

Su formación como partera fue un bautismo de fuego, trabajando fuera de los barrios bajos de Dublín, Irlanda, en condiciones absolutamente horribles. Sin embargo, más que nada, desarrolló una verdadera fuerza de carácter viviendo sola durante su tiempo en el extranjero.

Cuando regresó a la India en 1916, encontró un régimen progresista bajo Mulam Thirunal Rama Varma, el gobernante Maharaja de Travancore, que era favorable para las mujeres calificadas.

Llevó a cabo con éxito el primer procedimiento actual de cesárea de Kerala en 1920. Sin embargo, su carrera realmente despegó cuando Maharani Sethu Lakshmi Bayi llegó al poder en 1924. Fue ascendida a jefe del departamento médico y nominada para el consejo legislativo del estado llamado el Consejo de Estado Sree Chitra.

Como directora del departamento médico, emprendió muchos pasos revolucionarios, incluido

el establecimiento de clases de capacitación para parteras locales.

Solo tres años después de que los Maharani se hicieran cargo, los servicios de estas parteras capacitadas fueron muy buscadas en los cinturones rurales. En solo tres años, alrededor del 10% de todos los nacimientos en el estado fueron manejados por personal calificado en lugar de partos rudimentarios en el hogar. Según el historiador Manus Pillai "en 1929, 1,6 millones de los cinco millones de sujetos de Travancore tenían acceso a la medicina moderna". Bajo su liderazgo, la región avanzó rápidamente en la prestación de servicios de salud pública, lo que inspiraría a las futuras generaciones de médicos y practicantes alrededor de la India.

Nombrada Cirujana General de Travancore en 1938, supervisó las operaciones de 32 hospitales gubernamentales, 50 dispensarios y 20 instituciones privadas.

Durante su notable mandato, también fundó uno de los primeros sanatorios de la India, el Sanatorio de Tuberculosis en Nagercoil, que algún día se convertiría en el Colegio Médico del Gobierno de Kanyakumari. También fundó el famoso Instituto de Radiografías y Radios en Thiruvananthapuram.

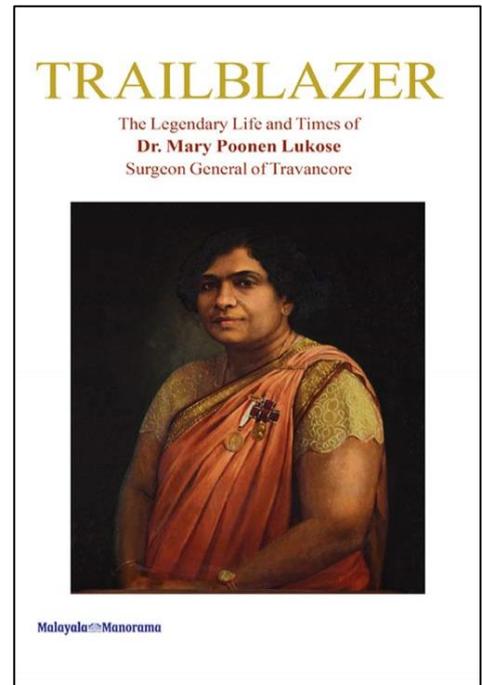
**Esta notable mujer fue una pionera, una creadora de instituciones, y mostró una manera para que las mujeres tengan éxito en un momento en que no parecía posible. Su historia de superación de los estereotipos y obstáculos es algo que debe contarse y por eso la traemos a estas páginas.**

Recientemente ha sido publicado un libro titulado pionera: La vida y época legendarias de la Dra. Mary Poonen Lukose, gran parte de él autobiográfico. Si bien la Dra. Lukose no pudo terminar su autobiografía, de hecho sus apuntes disminuyeron después de que ella se hace cargo del Hospital de Mujeres y Niños en Thiruvananthapuram, poco después de su regreso a la India luego de la repentina muerte de su



padre, se ha completado el resto del libro con los testimonios de su nuera Alen ( a quien se le se le ocurrió la idea del libro), sus nietos y varios otros que la conocieron.

Lamentablemente el libro ( en inglés) no se puede adquirir desde España, al menos de momento.



11-12  
de octubre  
2019

Madrid, España - Hotel Rafael Atocha

# 4<sup>A</sup> EDICIÓN ENTRE DOS MANOS

Jornadas pluridisciplinares de obstetricia y suelo pélvico

## PRESIDENTE

- León Boubli (Francia)

## PRESIDENTA DE HONOR

- Chantal Fabre-Clergue (Francia)

## COMITÉ CIENTÍFICO

- Begoña Caldera Brea
- Ascensión Gómez López
- Ana Beatriz Bays Moneo
- Juan Carlos Fernández Rodríguez
- Ana María Insausti Serrano



ORGANIZACIÓN: COM&CO, BENJAMIN RICHIER  
15, Bd Grawitz, 13016 Marseille, Francia  
brichier@comnco.com

[www.entre-dos-manos.com](http://www.entre-dos-manos.com)

### VIERNES 11 DE OCTUBRE TALLERES TEÓRICOS

**08:00** Recogida de la acreditación del congreso.  
TALLERES SIMULTÁNEOS

**09:00** Implicaciones (positivas y negativas) del porteo en el suelo pélvico.

*Lorena Gutiérrez (Madrid)*

**09:00** Modelaje torácico.

*Javier Gallego Prados (Madrid)*

**09:00** Cicatrices: novedades en el tratamiento.

*Chantal Fabre-Clergue (Marsella, Francia)*

**10:30** Pausa, visita de la zona de exposición

**12:00** Importancia del control motor en las disfunciones del suelo pélvico.

*Paul Hodges (Queensland, Australia)*

**12:00** Expresión de la sexualidad femenina.

*Ascensión Gómez López (Cartagena) y Blanca Herrera (Granada)*

**12:00** Taller de reparación de desgarros perineales.

*José Ángel Espinosa (Madrid)*

**13:30** Pausa, comida libre.

**15:30** Suelo pélvico y K-Strech®.

*Francisco Martínez (Oviedo)*

**15:30** El sacro traumático y sus consecuencias sobre la esfera ginecológica: dismenorrea, endometriosis, infertilidad y parto traumático.

*Marie Maurel (Nimes, Francia)*

**15:30** Actividad física y ejercicio terapéutico en el embarazo.

*Irene Fernández (Gerona)*

**17:00** Inauguración de las jornadas. SALA ATOCHA

**17:30** Presentación de comunicaciones libres. SALA ATOCHA

**18:00** La vulva en todos sus estados.

*Blanca Herrera (Granada)* SALA ATOCHA

**19:15** Animación. V.U.L.V.A.S: la vulvalución ha llegado y nosotras os lo contamos...

Proyecto PsicoWoman (Granada)

### SÁBADO 12 DE OCTUBRE

#### BLOQUE I: COMPRENDER Y TRATAR EL PROLAPSO GENITAL

**09:00** Evaluación clínica de los problemas de estática pélvica.

*León Boubli (Marsella, Francia)*

**09:30** El tejido conectivo y su acción en la aparición del prolapso genital.

*Alain Marzolf (Montpellier, Francia)*

**10:00** Opciones terapéuticas en el tratamiento del prolapso.

*Chantal Fabre-Clergue (Marsella, Francia)*

**10:30** Principios generales del tratamiento quirúrgico de la estática pélvica.

*León Boubli (Marsella, Francia)*

#### 11:00 SIMPOSIUM POR DETERMINAR

**11:30** Pausa, visita de la zona de exposición y presentación de los posters.

#### BLOQUE II: MENOPAUSIA

**12:00** Menopausias.

*Miriam Al-Adib Mendiri (Badajoz)*

**12:30** Salud vaginal: entre humedad y sequedad. ¿Por qué es importante la hidratación vaginal?

*María Torres Lacomba (Madrid)*

**13:00** ¿El buen sexo en la menopausia es posible?

Laura Cámara (Granada)

**13:30** Atrofia vaginal: del diagnóstico al tratamiento.

Laura Pastor (Barcelona)

**14:00** Pausa, comida libre.

**BLOQUE III: DOLOR**

**15:30** La evolución de la microbiota a lo largo del ciclo menstrual.

Antonio Carmona (Madrid)

**16:00** Las dismenorreas: opciones terapéuticas.

David Vargas (Gerona)

**16:30** El periné doloroso.

Rafael Torres Cuelco (Valencia)

**17:00** SIMPOSIUM POR DETERMINAR

**17:30** Pausa, visita de la zona de exposición y presentación de los posters.

**18:00** Cicatrices: el dolor invisible.

Rosa Sabaté Robert (Barcelona)

**18:30** Tratamiento de las dispareunias profundas.

David Sánchez Rienda (Gerona)

**19:00** Entrega de premios a la mejor comunicación libre y al póster elegido.

**19:15** Cierre del congreso.

En esta edición se establecen dos tipos de participación: comunicaciones y posters. Ambas participaciones deberán versar sobre los temas: Uroginecología y Obstetricia. Las propuestas pueden enviarse hasta el 31 de agosto de 2019, al correo:

electrónico: [comunicaciones.entredosmanos@gmail.com](mailto:comunicaciones.entredosmanos@gmail.com)

Para mayor información sobre la línea temática, el formato, el proceso de selección y los premios consulte la página web: [www.entre-dos-manos.com](http://www.entre-dos-manos.com)

**INSCRIPCIONES:**

La inscripción debe realizarse obligatoriamente en internet en la web: [www.entre-dos-manos.com](http://www.entre-dos-manos.com)

Antes del 15 de agosto	165 €
Después del 15 de agosto	200 €

Acceso 1 día (antes 15/08)	100 €
Acceso 1 día (después 15/08)	130 €

Residentes (plazas limitadas)	140 €*
Estudiantes (plazas limitadas)	40 €*

\*Podrán acogerse a esta tarifa los estudiantes de grado o que estén realizando la residencia y deberán enviar ([info@fisiomedit.com](mailto:info@fisiomedit.com)) como justificante un certificado por parte del hospital o la universidad donde estén matriculados.

Sólo se aceptarán documentos originales, con fecha actual y nunca fotocopias.

Anulando la inscripción con un mes de antelación, la organización se compromete a devolver el importe realizado (descontando 30€ por gastos bancarios y administrativos).

Si desea anular o no puede acudir transcurrido ese tiempo, no será devuelto el importe desembolsado.

**INFORMACIÓN:**

[www.entre-dos-manos.com](http://www.entre-dos-manos.com)

Av. del Mediterráneo nº 7, planta 1a A-B, 28007 Madrid, España

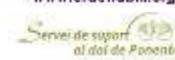
Tel.: +34 91 434 01 29 – [info@fisiomedit.com](mailto:info@fisiomedit.com)

SEDE DEL CONGRESO: HOTEL RAFAEL ATOCHA C/Méndez Álvaro, 30, 28045 Madrid - España

Tel. + 34 91 468 81 00 – [atocha@rafaelhotels.com](mailto:atocha@rafaelhotels.com)



**COLABORAN:**



**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, Cialapo, Italia)*

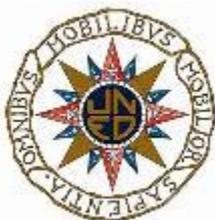
### **Desarrollo e implementación del programa iSAIL (Integrated Support After Infant Loss) en el Hospital Royal Prince Alfred**

*Ponente: Dra. Adrienne Gordon (Neonatólogo Especialista Senior, Royal Prince Alfred Centre for Newborn Care; 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.





24 y 25 de Octubre de 2019



Organiza:

Grupo para el Estudio de la Mujer de Madrid

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Sociedad Española de Ginecología Estética Regenerativa Funcional SEGERF



Secretaría Técnica  
Irene Sagrera  
Avda. Gran Vía de Hortaleza, 51  
28043 Madrid - Tel.: 91 522 99 09  
tsagrera@thetravelbrand.com



FARVÍN XXI Consultoría

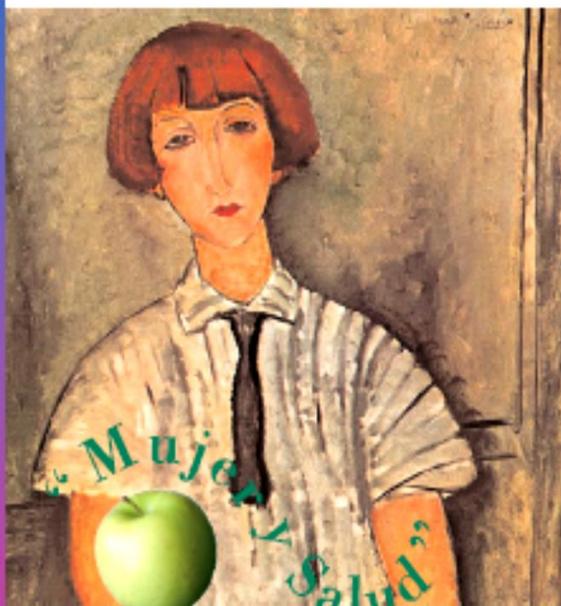
Pepelarma

Secretaría Científica  
C/ Pósito, 11  
28450 Collado Mediano (Madrid)  
Jesús Muñoz. Tel.: 639 13 00 67  
pepe@pepelarma.com

CONSULTORÍA  
Claudio L. Comacho. Tel. 629 100410  
claudiocomacho@gmail.com  
Calle/ Venancio Martín, 13-3ºD  
28038 Madrid



AULA MAGNA. Pabellón Docente  
Hospital Universitario Gregorio  
Marañón  
C/ Ibiza, 45- Madrid



Hospital Universitario Gregorio Marañón  
SaludMadrid

Comunidad de Madrid

## PROGRAMA

24 y 25 octubre 2019

### DIA 24 OCTUBRE 2019. MAÑANA

**08:30 - 09:00** Entrega de documentación

**09:00 - 09:10** Bienvenida

*Director del Hospital Universitario G. Marañón*

**09:10 - 09:30** Presentación de las Jornadas

*Dr. Huertas / Dr. Lizarraga*

**09:30 - 09:50** La maternidad en la mujer mayor

*Dr. Federico Pérez Milan*

**09:50 - 10:10** T.P.N.I. ¿Cuándo?, ¿Cómo?. Cribado prenatal primer trimestre

*Dr. Santiago García-Tizón*

**10:10 - 10:30** Revisión de los suplementos nutricionales durante el embarazo

*Dra. Faride Ojeda*

**10:30 - 10:50** Manejo y derivación desde Atención Primaria: Parto y lactancia

*Dra. Carmen Martínez Asensio*

**10:50 - 11:20** Coloquio

**11:20 - 11:50** Pausa

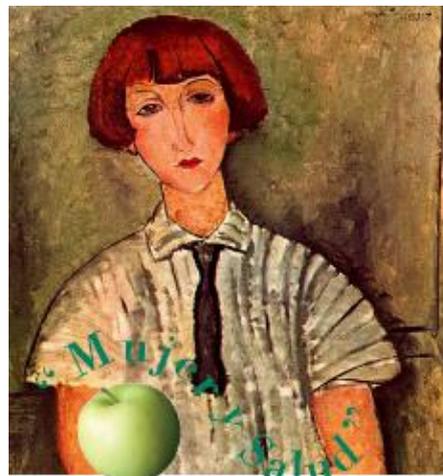
*Moderador: Dr. Manuel Marcos*

**11:50 - 12:10** Tratamiento estrogénico de la atrofia vaginal

*Dra. María Jesús Cancelo*

**12:10 - 12:30** Nuevas evidencias del tratamiento de la atrofia del vestíbulo vulvar con Ospemifeno

*Dra. July Trinidad Jaimes Suárez*



**12:30 - 12:50** Tratamiento de la atrofia vaginal con óvulos de Ácido Hialurónico. Vit E, PRP

*Dr. Fernando Aznar*

**12:50 - 13:10** Tratamiento con láser o radiofrecuencia de la atrofia vaginal

*Dr. César Arroyo*

**13:10 - 13:40** Coloquio

**13:40 - 15:30** Comida libre

### DIA 24 OCTUBRE 2019 TARDE

**15:30 - 15:50** DHEA. El precursor de los esteroides en la menopausia. Revisión y evidencias de uso

*Dra. Pilar Gasca*

**15:50 - 16:10** Flavonoides de origen vegetal en la sintomatología climatérica

*Dr. José Luís López Larramendi*

**16:10 - 16:40** Pausa

**16:40 - 17:00** Uso racional de la vitamina D en el climaterio. Actualización

*Dra. Carmen Pingarrón*

**17:00 - 17:20** Nuevos caminos terapéuticos en relación a la microbiota vaginal y los probióticos orales

*Dra. Olga del Pilar Aedo Ocaña*

**17:20 - 17:50** Coloquio

**17:50** Fin de la Jornada



## PROGRAMA

24 y 25 octubre 2019

### 25 OCTUBRE 2019 MAÑANA

*Moderador: Dr. Santiago Lizarraga*

**08:30 - 09:00** Manejo del dolor pélvico

*Dr. Augusto Pereira*

**09:00 - 09:20** Diagnóstico precoz de las neoplasias ginecológicas

*Dra. Karla Ferreres*

**09:20 - 09:40** Manejo de la vejiga hiperactiva y la IUE. Cirugía y alternativa terapéutica

*Dra. Mar Sirvent*

**09:40 - 10:10** Estado actual del tratamiento de los miomas

*Dra. María Luisa Cañete*

**10:10 - 10:40** Coloquio

**10:40 - 11:10** Pausa

*Moderadora: Dra. Marta G<sup>a</sup> Cardoso*

**11:10 - 11:30** Vacunación VPH: Respuestas sencillas para preguntas complejas

*Dra. Mar Ramírez*

**11:30 - 11:50** Inmunomodulación en procesos víricos de HPV

*Dr. Juan Ferragud*

**11:50 - 12:10** Autovacuna en infecciones del tracto urinario de repetición

*Dr. Juan Carlos Ruíz*

**12:10 - 12:30** Autovacuna de candidas en mujeres con candidiasis de repetición

*Dra. Laura Almarza*

**12:30 - 13:00** Revisión de los métodos anticonceptivos como tratamiento

*Dra. Esther de la Viuda*

**13:00 - 13:20** Manejo clínico y nuevas líneas de tratamiento en el PCOS

*Dr. Jesús de la Fuente*

**13:20 - 13:50** Coloquio

**13:50 Clausura del Curso**

*Dr. Huertas / Dr. Lizarraga*

**INSCRIPCIÓN GRATUITA EN :**

[pepe@pepefarma.com](mailto:pepe@pepefarma.com)

#### Secretaría Científica

C/ Postigo, 11

28450 Collado Mediano (Madrid)

**José Nuño.** Tel.: 639 13 00 67

[pepe@pepefarma.com](mailto:pepe@pepefarma.com)

#### Secretaría Técnica

Tomeu Sagrera

Avda. Gran Vía de Hortaleza, 51

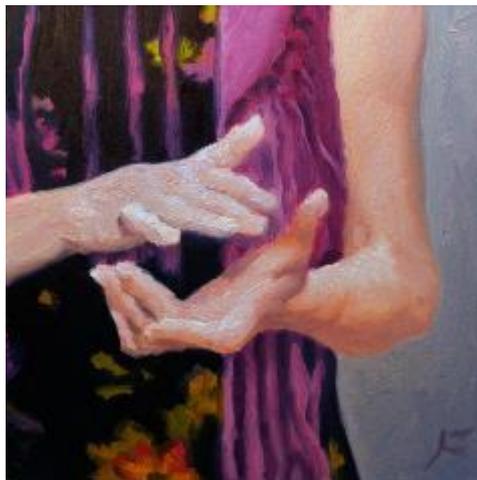
28043 Madrid - Tel.: 91 522 99 09

[t.sagrera@bthetravelbrand.com](mailto:t.sagrera@bthetravelbrand.com)

**CURSO  
MULTIPROFESIONAL DE  
ENTRENAMIENTO  
EN DISTOCIA DE HOMBROS**

FORMACIÓN BASADA EN SIMULACIÓN  
CLÍNICA CERTIFICADA

- 28 de OCTUBRE 2019
- SEVILLA
- HOSPITAL UNIVERSITARIO VALME
- 100 PLAZAS



**GRUPO ESPAÑOL DE PREVENCIÓN DE PARALISIS BRAQUIAL OBSTETRICA**

Inscripciones en el siguiente enlace al Formulario y/o mediante el código QR:

<https://forms.gle/LbXMrJtpfxBnyZ8D7>



**AVALADO POR:**





## PROGRAMA

La actividad formativa comenzará a las 9:00 horas y finalizará a las 20:00 horas  
 Los alumnos serán organizados en turnos de 16 alumnos: 8 obstetras y 8 matronas .  
 Cada turno tiene una hora de inicio que será asignado por la organización por riguroso orden de matrícula.  
 La duración de la actividad será de 3 horas.  
 Los alumnos recibirán por correo electrónico o postal material docente desde 15 días antes del curso.

### PROGRAMA TIPO:

**0:00-0:15 h. Introducción**  
**0:15-0:30 h. Repaso a Protocolo**  
**0:30-1:30 h. Taller de Maniobras de 1er y 2º nivel**  
**1:30-2:30 h. Escenario Clínico Simulado**  
**2:30-3:00 h. Examen**

Al final del curso y una vez superado el examen teórico se entregará un certificado oficial de la Sociedad Española de Simulación (SESSEP) y del aula de simulación del Hospital Universitario Puerta de Hierro

Este curso esta acorde con las recomendaciones internacionales sobre formación multiprofesional en DH incluidas la Fundación PROMPT y cumple con las recomendaciones del protocolo de la SEGO.

**Normas de inscripción:** <https://forms.gle/LbXMrJtpfxBnyZ8D7>

Cada turno se compone de 16 alumnos que irán realizando las distintas partes del entrenamiento.  
 Por riguroso orden de inscripción se elegirá el turno que prefiere el equipo. Cuando se llene un turno ya no se ofrecerá a las nuevas matrículas.

**Precio: 160€ por pareja**

Los beneficios se donarán al Grupo Español de Prevención de la Parálisis Braquial Obstétrica para la adquisición de material docente

### LUGAR:

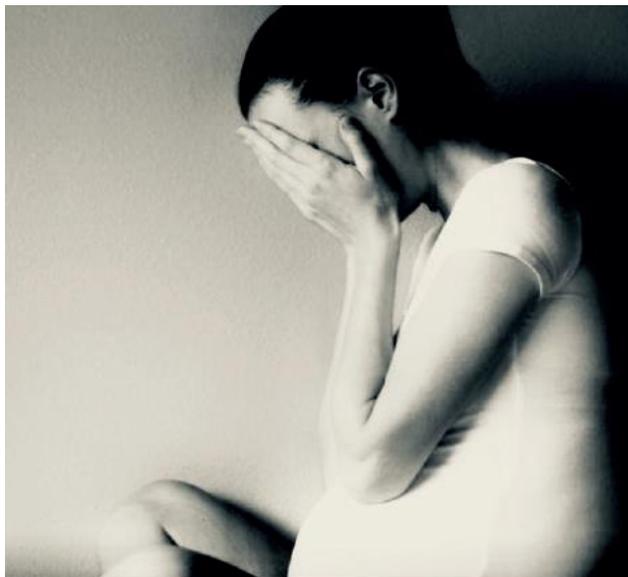
**Aulas de Formación**  
**Hospital Universitario de Valme .**  
**Ctra. de Cádiz, Km. 548,9, 41001 Sevilla**



**1ª EDICIÓN  
CURSO DE  
ACTUALIZACIÓN EN  
SALUD MENTAL PERINATAL  
PARA MATRONAS  
28-29 Noviembre 2019**

**Organizan:**

Associació de Comares de la  
Comunitat Valenciana  
Unitat de Salut Mental Perinatal  
CLÍNIC-BCN Hospital Clínic  
Universitari de Barcelona

**PROGRAMA**

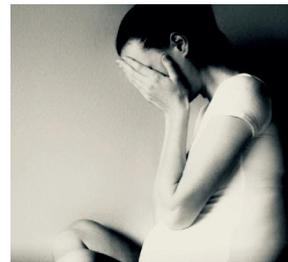
**JUEVES, 28 DE NOVIEMBRE DE 2019**

**09:00-09:15 BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN DEL CURSO**

**09:15-10:00 MODULO 1. LA SALUD MENTAL PERINATAL**

- La perspectiva de género en la salud y en la salud mental perinatal.
- Conceptos básicos y definición de trastornos.
- Epidemiología y curso de los trastornos mentales en el embarazo y puerperio.
- Modelo del estrés y programación fetal.
- Impacto del trastorno mental no tratado en la salud de la diada.
- Uso de psicofármacos en el embarazo y lactancia. Generalidades.
- Técnicas psicoterápicas de eficacia probada en la etapa perinatal.
- La relación terapéutica: el Rol de la matrona.
- Detección universal. Instrumentos de screening.
- Evaluación de los factores de riesgo para la salud mental.
- Protocolo de seguimiento del embarazo en Catalunya.
- Exposición y discusión de casos.
- Procedimiento para: Detección, Evaluación, Elaboración del Plan de Manejo Personalizado, Coordinaciones, Acciones.
- La salud mental perinatal: mitos y evidencias científicas disponibles.





## **10:00-11:15 MODULO 2. EPIDEMIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES PERINATALES**

11:15-11:45 **CAFÉ**

## **11:45-13:00 MODULO 3. INTERVENCIONES EN LA ETAPA PERINATAL**

13:00-15:00 **DESCANSO**

## **15:00-16:30 MODULO 4. ATENCIÓN COMADRONA A LA SALUD MENTAL PERINATAL**

16:30-19:00 **TALLER 1. DETECCIÓN Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO**

## **VIERNES, 29 DE NOVIEMBRE DE 2019**

11:00-11:30 **CAFÉ**

13:00-15:00 **DESCANSO**

## **16:30-18:00 CONCLUSIONES Y CLAUSURA**

- Exposición y discusión de casos.
- Procedimiento para: Detección, Evaluación, Elaboración del Plan de Manejo Personalizado, Coordinaciones, Acciones.
- Exposición y discusión de casos.
- Procedimiento para: Detección, Evaluación, Elaboración del Plan de Manejo Personalizado, Coordinaciones, Acciones.
- Exposición y discusión de casos.
- Procedimiento para: Detección, Evaluación, Elaboración del Plan de Manejo Personalizado, Coordinaciones, Acciones.

## **11:30-13:00 TALLER 3. DETECCIÓN Y MANEJO DE LA ANSIEDAD PERINATAL**

**15:00-16:30 TALLER 4. DETECCIÓN Y MANEJO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y/O COMPLEJO EN LA ETAPA PERINATAL**

## **09:00-11:00 TALLER 2. DETECCIÓN Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO**

- Trastorno de pánico. Agorafobia. Trastorno obsesivo. Fobias de impulsión.
- Psicosis puerperal y trastorno bipolar. Violencia en la pareja. Vulnerabilidad psicosocial.

### **INSCRIPCIONES:**

**Matronas asociadas y residentes: 200€**

**Matronas no asociadas: 260€**

**Aforo limitado, las inscripciones se gestionarán por riguroso orden de recepción.**

**Acceso a la inscripción en link:**

[https://www.provalentiaonline.com/prov/fonline/cong/acceso\\_cong.php?idcgrs=944625&idioma=es](https://www.provalentiaonline.com/prov/fonline/cong/acceso_cong.php?idcgrs=944625&idioma=es)



**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](mailto:abstracts@midwivesnamibia2019.org).



## **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



SINDICATO DE  
MATRONAS ESPAÑOLAS



Fecha: 05 de Agosto de 2019

## OFERTA DE EMPLEO para MATRONA

SE PRECISAN **MATRONAS** en **ISLAS BALEARES**  
para **Hospital Universitario Son Espases**  
en **PALMA DE MALLORCA**.

Se ofertan contratos por agotamiento  
de la Bolsa de Trabajo **URGENTE**

Interesadas enviar el curriculum a  
email: [isampedro@ssib.es](mailto:isampedro@ssib.es)



SINDICATO DE  
MATRONAS ESPAÑOLAS



Fecha: 20 de Agosto de 2019

## OFERTA DE EMPLEO para MATRONA

SE PRECISA **MATRONA** en **EXTREMADURA**  
para **Hospital Navalморal de la Mata (Cáceres)**

Trabajo en Sala de Partos en Hospital Público.  
Contrato para esto Agosto y Septiembre  
Turnos de 24 horas.

**MUY URGENTE**

Contactar con:  
**Departamento de Personal**  
Teléfono Contacto: **927 54 89 56**

## AEM Y SEMANA DE LA LACTANCIA



rne

**Cerveceros de España y la Asociación Española de Matronas** vienen colaborando desde 2013 en una campaña avalada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el objetivo de informar de la **incompatibilidad del consumo de alcohol durante el periodo de embarazo** así como **guiar sobre pautas de alimentación saludables y equilibradas** para las madres que se encuentran en este periodo.

**‘Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia, bebe SIN’**

Recientemente esta campaña se ha extendido reafirmando la necesidad de que, además del periodo de gestación, las madres eviten la ingesta de alcohol también durante la lactancia, a la vista de las evidencias científicas que demuestran los trastornos que este puede crear en la progenie.

Sobre esta campaña y otros temas relacionados con la lactancia, fue entrevistada en directo para el programa de RNE dedicado a la Semana de la Lactancia, M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén en representación de la Asociación Española de Matronas.

## LA PRIMERA UNIDAD DE PARTERÍA HOSPITALARIA EN CANADÁ ABRIÓ SUS PUERTAS EN JULIO

El Hospital Markham Stouffville es el hogar de la primera unidad de obstetricia del hospital en Canadá, inaugurado este pasado mes de julio.

Las mujeres embarazadas le dicen a la partera Carol Cameron que quieren lo mejor de ambos mundos: el cuidado constante e íntimo de una matrona y la seguridad de un parto en el hospital.

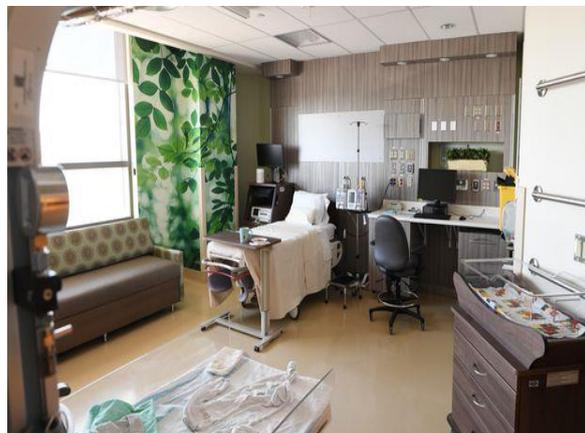
Esa visión se hizo realidad el martes en el Hospital Markham-Stouffville, al norte de Toronto, cuando el personal abrió oficialmente la unidad **Alongside Midwifery**, un espacio operado y operado por comadronas que, según los administradores, es el primero de su tipo en Canadá.

Es el último paso hacia el avance de la partería en el país como profesión autónoma, dijo Cameron, dando a las matronas la oportunidad de "brillar" en un hospital.

"Es hora de que hagamos esto por nuestra cuenta y cortar los hilos, si quieres", dijo.

Ontario y Alberta fueron las primeras provincias en reconocer legalmente la práctica de la partería en 1994. Ahora es una opción para la mayoría de las mujeres en Canadá, pero las matronas todavía buscan regulación y financiación en el Yukón y en la Isla del Príncipe Eduardo. En las regiones reguladas, las matronas pueden operar en centros de maternidad u hospitales independientes donde tienen privilegios de acceso..

Sin embargo, junto con la Unidad de Partería en Markham-Stouffville, proporciona un espacio donde las matronas pueden trabajar independientemente fuera de un hospital y convertirse en un elemento permanente allí.



Incluye suites de parto especialmente diseñadas con piscinas para partos en el agua, camas Murphy y eslingas de parto. Una matrona en el hospital atenderá a la unidad en todo momento, dijo Cameron, que ejerce como mentora de las matronas más jóvenes que usan las instalaciones y ayudan con los partos.

La unidad también permite que las matronas y los médicos trabajen juntos, especialmente si una mujer desarrolla complicaciones durante el parto y requiere.

La Sra. Sledziewski ha dado a luz a todos sus hijos con la ayuda de una matrona en Markham-Stouffville, pero las complicaciones en su primer embarazo la llevaron a un parto por cesárea y consultas con un obstetra para sus siguientes embarazos. La Sra. Sledziewski pudo tener un parto natural sin intervención para su tercer hijo. Ella atribuye el logro del proceso de nacimiento que quería al esfuerzo conjunto de matronas y obstetras. "Aprendes que cuando tienes un bebé, tus planes simplemente se salen de la ventana", dijo Sledziewski. Agregó que la nueva unidad ofrecerá la "combinación perfecta" de un parto con una matrona y un entorno que es "lo más cercano a su hogar posible".

El acceso a los centros de parto, donde las matronas pueden operar independientemente fuera del hogar o del hospital, es limitado en Canadá: solo hay tres en Ontario y las listas de espera son largas, dijo Cameron. Se alienta a las mujeres que pueden



## FIRST HOSPITAL MIDWIFE UNIT IN CANADA

necesitar una epidural durante el parto a ver a una partera en un hospital en lugar de un centro de parto, ya que es una opción más segura, pero algunos hospitales limitan la cantidad de matronas que pueden usar sus instalaciones, dijo.

La Dra. Christyne Peters, obstetra de Markham-Stouffville, dijo que el hospital es uno de los primeros en Ontario en integrar a las parteras en su programa y que la nueva unidad de partería es un paso hacia una mayor colaboración entre obstetras y matronas, al tiempo que proporciona a las dos profesiones oportunidad de "aprender unos de otros".

El Dr. Peters dijo que no solo los obstetras estarán presentes para brindar acceso rápido a la atención de emergencia si es necesario, sino que las parteras también tendrán la oportunidad de ayudar con las cesáreas.

La Sra. Cameron dijo que la unidad ha sido una aspiración durante más de 12 años y se inspiró en

unidades similares en Gran Bretaña y los Países Bajos. Está financiado por el Ministerio de Salud de Ontario, Markham-Stouffville y los grupos de práctica de partería que operan fuera del hospital.

El uso de la unidad de seis camas se estudiará mientras funciona, dijo Cameron, con la esperanza de una futura expansión para incluir una clínica que las parteras puedan usar para los controles durante el embarazo.

"Todos estamos emocionados de ver cómo evoluciona la unidad", dijo el Dr. Peters.

Fuente: The Globe and Mail

## OTRO HOSPITAL QUE INCORPORA MATRONAS A LA ASISTENCIA DEL PUERPERIO

Recientemente el Hospital Donostia IREKIA ha inaugurado unas nuevas instalaciones del Área de Maternidad en el Hospital Universitario Donostia, **a la que se ha incorporado la asistencia** de matronas para la atención al puerperio en el hospital.

Las nuevas instalaciones del Área de Maternidad, donde se ha procedido a la adaptación de esta zona hospitalaria, ofrece ahora "espacios tranquilos, cómodos y amigables que hagan sentirse a la mujer y a su acompañante en un ambiente cálido e íntimo, con el amparo de los profesionales en el momento oportuno.

Esta actuación cierra la atención hospitalaria que reciben las madres gestantes –parturientas y luego puerperas que corresponde al círculo de la asistencia al embarazo, parto y puerperio inmediato (precoz) que finalizará (puerperio tardío) en el centro de salud.

La consejera de Salud Nekane Murga que acudió a visitar las instalaciones destacó la importancia de esta nueva incorporación asistencial y manifestó "seguir trabajando para ofrecer a las mujeres embarazadas una asistencia multidisciplinar de calidad, a través de un proceso individualizado y personalizado, que sitúe a la mujer en el centro de la atención y le haga protagonista principal de su proceso de gestación parto y puerperio".

El objetivo de esta decidida apuesta es ofrecer a la mujer la atención sanitaria necesaria y obtener un buen resultado perinatal.

**La Consejera destacó que siendo el embarazo, parto y puerperio momentos únicos es "fundamental" el trabajo que se realiza desde los centros de salud (matronas, enfermeras, ginecólogos) en coordinación con el medio hospitalario.**



*Fuente de la Foto: Osakidetza. H.U Cruces*

Se asume que la incorporación de las matronas a la atención en el puerperio hospitalario es una mejora muy importante de la calidad asistencial ya que ofrece continuidad en los cuidados y atención especializada a la mujer y recién nacido que son el centro del proceso del parto y nacimiento.

Algunas de las mejoras que se han producido con esta innovación asistencial son el seguimiento del puerperio de bajo riesgo por parte de la matrona en la planta de maternidad, coordinándose con los ginecólogos en los partos de alto riesgo o cesáreas.

Con esta iniciativa también se empodera a la mujer en todo el proceso de su maternidad, la asistencia al parto a nivel hospitalario de manera personalizada y "adaptada a las inquietudes y deseos de la mujer" y el apoyo a la lactancia materna siguiendo los criterios de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).

**Desde la Asociación Española de Matronas aplaudimos esta iniciativa que desde hace décadas venimos solicitando a las autoridades sanitarias competentes.**



## **EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA CONJUNTAMENTE CON LA FUNDACIÓN DENTAL ESPAÑOLA LANZAN EN NOVIEMBRE LA IIIª CAMPAÑA DE SALUD ORAL Y EMBARAZO.**

La Campaña sobre Salud Oral y embarazo que se lanzará en el mes de noviembre, organizada por el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española, solicita la colaboración del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Matronas.

### **La campaña se estructura en 3 pilares:**

- Una plataforma dirigida tanto a la embarazada como a los profesionales sanitarios en la que se plasman de manera didáctica material educativo (infografías, videos, preguntas frecuentes), mapa de localización de clínicas dentales colaboradoras en la Campaña, entre otros datos de interés.
- Un mes de Revisión Clínica Gratuita en la red de consultas dentales voluntarias: al objeto de que las embarazadas que lo deseen puedan acudir a la revisión bucodental y recibir el asesoramiento oportuno.
- Un Curso online gratuito certificado, con 3 versiones específicas: dirigido a los dentistas, los farmacéuticos y las matronas que deseen continuar formándose en este campo.

### **La difusión de la Campaña incluye varias estrategias:**

- Presentación de la Campaña a nivel nacional y provincial en el mes de octubre.
- Presencia de cartel y trípticos en las farmacias colaboradoras en todo el territorio nacional
- Carteles y trípticos en los Centros de atención materno-infantil.
- Información a los colegiados y asociados a través

de sus respectivos Colegios provinciales o Juntas, así como a través de la nueva plataforma [www.saludoralyembarazo.es](http://www.saludoralyembarazo.es)

### **¿Cuándo?**

La Campaña será presentada al público general a principios del mes de octubre en una rueda de prensa. Los profesionales sanitarios que lo deseen podrán realizar el Curso online entre el 7 de octubre y el 30 de noviembre. Se han desarrollado 3 versiones diferentes del curso, dirigidas específicamente a los farmacéuticos, a las matronas y a los dentistas, con una duración global de 20 horas y autoevaluación final.

A los participantes al curso se les enviará el certificado correspondiente. Del mismo modo, aquellos dentistas que lo deseen podrán inscribirse en la Campaña para realizar revisiones gratuitas a embarazadas durante el mes de noviembre. **La campaña se iniciará el 1 de noviembre y finalizará el 30 del mismo mes.**

Las embarazadas podrán localizar a los dentistas participantes a través de la plataforma online preparada a tal efecto, indicando solamente su código postal de residencia para facilitarle las clínicas colaboradoras más cercanas a su domicilio donde podrán solicitar una cita telefónica.

## III Campaña de Salud Oral y Embarazo.

### ¿Por qué?

Los cambios fisiológicos durante el embarazo, incluyendo cambios en su cavidad oral que pueden afectar a su salud bucodental pero también a su propio embarazo y salud general. Por ello, es de vital importancia que los profesionales que están en contacto con la embarazada, lo discutan con ella, refuercen los hábitos positivos en salud oral y expliquen a la mujer que los cuidados dentales durante el embarazo son importantes y seguros. Los obstetras, las matronas, los farmacéuticos, al estar en permanente contacto con la embarazada, se convierten en elementos clave para reforzar estos mensajes de educación sanitaria y referir a la embarazada al dentista cuando lo estimen oportuno. La realidad en España es que tan solo el 10-15% de las mujeres visitan al dentista durante su embarazo.

### CRONOGRAMA DE LA CAMPAÑA

#### ¿Cuándo?



<b>CURSO ONLINE</b>	7 octubre-30 noviembre 2019
<b>INSCRIPCIÓN EN CAMPAÑA</b>	1 agosto-20 octubre 2019
<b>REVISIONES GRATUITAS</b>	1-30 noviembre 2019

[www.saludoralyembarazo.es](http://www.saludoralyembarazo.es)

## VII JORNADA DE LA COMISIÓN DE ÉTICA Y DEONTOLOGIA CECOVA

*“La toma de decisiones en la  
profesión enfermera”*



### Inscripciones

[www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)

(en Inscripción jornadas)

Plazas: Hasta completar aforo

Horario: 17h a 19h

**Fecha límite: 22 de octubre 2019**

### Lugar

Salón de Actos.

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

C/Polo y Peyrolón,59

Valencia

Día 24 de Octubre de 2019  
Colegio Oficial de Enfermería  
de Valencia



### Programa

#### 17h .- Inauguración

Dr. D. José Antonio Ávila Olivares

Presidente del CECOVA

Dña. M<sup>ª</sup> Isabel Castelló López

Presidenta Comisión Ética y Deontología CECOVA

Dr. D. Juan José Tirado Darder

Presidente Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

#### 17h 15.- Mesa :

*“La toma de decisiones en la profesión enfermera”*

Dña. Eugenia Trigos Arjona

Enfermera Servicio de Oncología Pediátrica (H.U.P. La

Fe) Miembro C.E.D CECOVA

#### 18.00.-Conferencia:

*“Aspectos legales en la toma de decisiones”*

D. José Pascual Fernández Gimeno

Abogado. Asesor jurídico del Colegio Oficial de  
Enfermería de Castellón. Miembro C.E.D CECOVA

#### 19h.00.-Cine fórum

Presentado por: D:Vicente Bellver Capella  
Catedrático de Filosofía del Derecho. UV

#### 19h 30.-Clausura

## **LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS FIRMA UN AÑO MAS EL MANIFIESTO DEL DÍA MUNDIAL DE LA ANTICONCEPCIÓN 2019**

***Diez años, y aún queda tanto por hacer!!!***

*Durante esta década al celebrar el “Día Mundial de la Anticoncepción”, cada año hemos intentado enfocarnos en temas y asuntos sociales tan trascendentes como los embarazos no buscados, la inclusión de la educación sexual en los centros escolares y a lo largo de la vida formativa de los jóvenes, el derecho a elegir la sexualidad propia, la divulgación de los derechos sexuales y sanitarios, el desarrollo de la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo, y la eliminación de la lacra de la violencia de género con su repercusión en la salud de las personas.*

*Hemos puesto especial atención en los más jóvenes, su educación afectivo- sexual, la defensa de la igualdad y gratuidad en el acceso a la información, prevención y dispensación de los métodos anticonceptivos. También hemos centrado en ellos el problema de la violencia de género, por su importante repercusión en esta etapa temprana de la vida para una salud sexual y reproductiva rica y plena.*

*Transcurrida esta década de celebraciones del “Día Mundial de la Anticoncepción”, observamos que la sociedad, y sobre todo las políticas sanitarias, no acaban de implicarse de forma decisiva con los medios precisos para resolver estos temas. Mantenemos un alto nivel de embarazos no deseados, la interrupción voluntaria del embarazo ha descendido pero aún está por encima de las 90.000 intervenciones anuales, y las estadísticas han hecho saltar alarmas sobre el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, particularmente entre los adolescentes.*

*Por ello, este 2019 el “Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción” lo centramos en la atención que requieren los adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva. Necesitamos para el desarrollo de una sociedad sana el cumplimiento de todo el articulado de la primera parte de la vigente “Ley de Salud Sexual y Reproductiva”.*

*Todas sus disposiciones sobre información, formación, prevención y atención igualitaria a los más jóvenes, incluyendo la implantación de la educación afectivo-sexual en los centros escolares.*

*Así mismo, pedimos compromiso e implicación de las autoridades nacionales y autonómicas en la promoción del doble método para combatir las ITS.*

*Hay autonomías que ya han comenzado a desarrollar esta ley, financiando y promoviendo el acceso universal a los métodos más modernos y eficientes, implementando en el currículum escolar y universitario temas de salud sexual y reproductiva, y pronto veremos comunidades como Aragón, Valencia, Asturias y las que están trabajando en ello recogen sus frutos y hacen de esta sociedad una sociedad más sana, igualitaria y solidaria.*

*No se está cumpliendo todo lo dispuesto en la Ley Orgánica de 2010, ni se ha avanzado lo suficiente en la equidad y gratuidad en el acceso a los métodos anticonceptivos. A pesar de las conquistas registradas, resta mucho por hacer y falta, sobre todo, el compromiso de los responsables sanitarios públicos, en el Ministerio y en las Comunidades Autónomas. Tenemos el ambicioso objetivo común de reducir el número de interrupciones voluntarias del embarazo, combatir las enfermedades de transmisión sexual, evitar los embarazos no buscados y educar a nuestros jóvenes para mejorar su salud sexual y reproductiva, erradicando la lacra social de la violencia de género.*

*Cumplida esta década desde del primer “Día Mundial de la Anticoncepción”, queda tanto por hacer, que se justifica plenamente que en este Manifiesto de 2019 sigamos insistiendo.*

**Fundación Española de Contracepción**

*Madrid, 27 de septiembre de 2019*

**32 CONGRESO  
INTERNACIONAL DE  
MATRONAS ICM**



**International  
Confederation  
of Midwives**



INSCRIPCIONES	DESCUENTO BONO	MADRUGADOR	REGULAR
	<b>30 septiembre 2017 a 28 febrero 2019</b>	<b>1 marzo 2019 a 2 marzo 2020</b>	<b>3 marzo-21 junio, 2020.</b>
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](mailto:abstracts@midwives2020.org)

TODA LA INFORMACIÓN DEL CONGRESO EN: [www.midwives2020.org](http://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.

CERRADO EL PLAZO DE ENVÍO DE TRABAJOS



## 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).

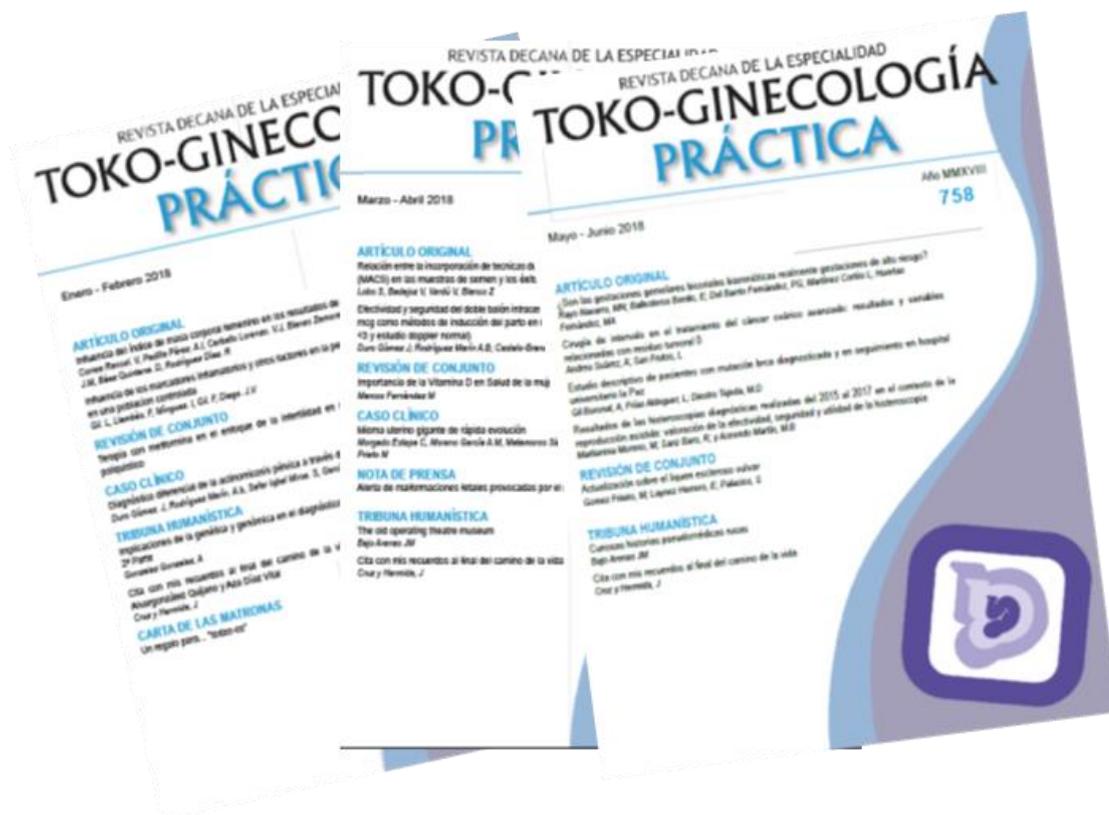
## En archivo Word aparte debe especificarse:

- 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.

## ¿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](mailto:infomatronas@gmail.com)



## ABSUELTO EL SACYL POR LOS DAÑOS ( INCONTINENCIA FECAL POR ROTURA DE ESFÍNTER ANAL DURANTE EL PARTO) SUPUESTAMENTE DERIVADOS DE UNA PROLONGACION DE EPISIOTOMIA PRACTICADA POR LA MATRONA EN UN PARTO.

Se interpone este recurso de casación para la unificación de doctrina contra sentencia de 28 de diciembre de 2015, dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid) en el recurso n.º 880/2014, que tiene como objeto la Orden de la Consejería de Sanidad de 3 de marzo de 2014 que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios causados a la recurrente por la actuación de los servicios sanitarios del SACYL.

La Sala de instancia describe el planteamiento del litigio en los siguientes términos: "Doña X de 25 años de edad, gestante de 40 semanas, ingresó a las 22 horas del día 14 febrero 1998 en la sala de partos del Hospital XXX (León). A la exploración, el feto se encontraba en presentación cefálica, I plano, bolsa prominente, cervix centrado, borrado, fino, blando en reposo, rígido a la contracción, dilatación de 2 dedos amplios. A las 23,00 horas se practicó amniorresis artificial, fluyendo aguas teñidas, siendo la frecuencia cardiaca fetal normal. En la exploración presentaba dilatación de 4 cm, resto igual a la exploración anterior.

A las 0,45 horas del día 15 de febrero de 1998, se apreciaba dilatación completa con feto en primer plano. A las 1,20 horas se produce un parto eutócico, naciendo una niña de 3.500 gr. y Apgar de 10/10. A los cinco minutos alumbró la placenta. En el post alumbramiento no deja de sangrar, se avisa al médico de guardia que revisa canal y colocar taponamiento con dos compresas y sonda vesical, pasando la paciente a la habitación a las 3,00 horas.

### JURISPRUDENCIA

Durante el proceso de expulsión del feto y al detectar que las aguas venían teñidas, hecho que puede suponer sufrimiento fetal, la matrona procedió a agrandar la apertura vaginal mediante la práctica de una episiotomía, mediante corte con tijeras, para facilitar la expulsión del feto constando en la hoja de parto que la apertura se prolonga, afectando esfínter. Finalmente la matrona suturó la herida. Doña X fue dada de alta hospitalaria 19 febrero 1998. El 2 marzo, doña Miriam fue derivada por su médico de Atención Primaria al Servicio de Ginecología por presentar cicatriz de episiotomía dolorosa e incontinencia fecal. La paciente fue valorada en Ginecología y en el Servicio de Cirugía, que diagnosticó incontinencia de heces por rotura de esfínter anal durante el parto y se pautó seguimiento.

Doña X fue intervenida en dos ocasiones (el 19 mayo de 1999 y el 26 marzo 2001), practicándosele esfinteroplastia y plicatura de músculos elevadores y esfinteroplastia e implantación de un esfínter artificial en marzo de 2001, sin éxito. Fue dada de alta el 21 mayo 2001.

Como consecuencia de la incontinencia fecal traumática que presenta doña X padece un síndrome depresivo reactivo, precisando de asistencia psiquiátrica.

El 30 enero 2003 mediante resolución de la Dirección Provincial del INSS de León fue declarada en situación de Incapacidad Permanente Absoluta. ➤



Se inició un procedimiento penal a instancia de la actora, por tramitándose diligencias previas (P.A. 496/2001) en el Juzgado nº 1 de DIRECCION XX contra la matrona interviniente en el parto. **El proceso penal terminó con sentencia dictada por la Audiencia Provincial de León el 18 octubre 2011, que confirmó la absolución de la matrona imputada del delito de lesiones causadas por imprudencia profesional grave, acordada en la sentencia de instancia."**

**Ante la reclamación de la responsabilidad patrimonial formulada por la interesada, la Sala de instancia lleva a cabo una considerable valoración de la prueba y concluye que: "no consta probada la relación de causalidad entre la asistencia prestada a la actora y las secuelas que presenta, ni existe mala praxis médica ni en la asistencia prestada a la paciente, ni en la información ofrecida a la misma durante todo el proceso asistencial.** Así, los daños y perjuicios sufridos por la actora a causa de la complicación surgida en el parto vaginal del desgarro rectal, carecen de la condición de antijurídicos precisos para que nazca la responsabilidad patrimonial prevista en el artículo 139 de la Ley 309/92 por la que se acciona en la demanda. **Por tanto, procede su desestimación".**

La parte defiende la capacitación de la matrona para llevar a cabo la episiotomía y suturar y que no está acreditado que la actuación profesional de la misma se hiciera de forma defectuosa, añadiendo en cuanto al consentimiento informado que la sentencia recurrida contiene la doctrina correcta.

"A falta de una prueba pericial en el proceso practicada por un médico especialista en la materia controvertida, en este concreto caso por un Ginecólogo, que hayan informado sobre la correcta realización de la técnica de la episiotomía en el momento de parto, sobre la forma en que se producen con el parto los desgarros del tejido perineal, sobre el protocolo aplicable en relación al

profesional que debe hacer las suturas, hay que concluir que no existe prueba suficiente que desvirtúe, ni los hechos probados, ni las conclusiones alcanzadas en el proceso penal previo tramitado a instancia de la paciente frente a la matrona interviniente en el parto por la comisión de un presunto delito de lesiones causadas por impericia profesional grave, **que concluyó por sentencia absolutoria dictada por la Audiencia Provincial de León en fecha 18 octubre 2011 .**

Así conforme se recoge en dicha sentencia: "*La episiotomía es una operación quirúrgica que consiste en realizar un corte al tejido perineal con la finalidad de facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto, acortando así el período exclusivo, evitando un posible desgarro vulvar y previniendo el prolapso genital y la incontinencia urinaria en el año 1988 esta actuación quirúrgica estaba indicada y preceptuado de forma rutinaria. En todos los partos de madres primerizas para prevenir riesgos durante el parto, aunque esta práctica no elimina completamente la posibilidad de que se produzcan tales desgarros. No está acreditado que la actuación profesional de la matrona al practicar la episiotomía se hiciera de forma defectuosa, con impericia o negligencia, no pudiendo concluirse que fuera una mala praxis sanitaria la causante de la incontinencia fecal traumática postparto que padece la Sra. X. Parece fuera de toda duda que en el caso de la denunciante (madre primeriza de 25 años de edad) estaba indicada la práctica de la intervención referida, pues durante el proceso de expulsión del feto se detectaron que las aguas venían teñidas, lo que revelaba sufrimiento en el mismo, por lo que para facilitar la expulsión del feto y evitar el riesgo de desgarros en la zona vaginal externa se practicó por la matrona acusada el corte con las tijeras y la posterior sutura".* **" No existe la certeza de que la matrona denunciada ejecutará defectuosamente la escisión como afirma la perito Sra. X, que estima que el corte realizado por la acusada fue**



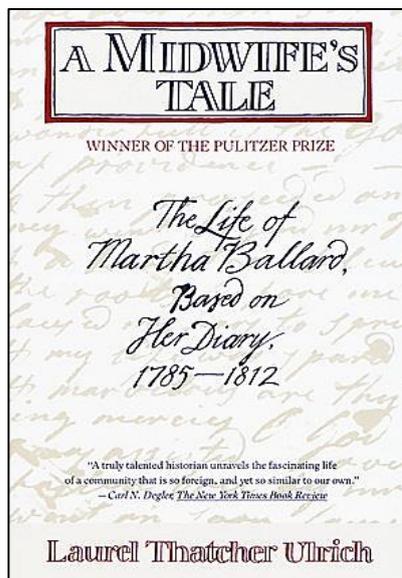
*excesivamente largo llegando hasta el esfínter anal, criterio contradicho por la médico forense quien afirma que el desgarro y rotura del esfínter anal pudo sobrevenir no durante la episiotomía sino con posterioridad a esta y como consecuencia del trabajo del parto, por lo que no cabe concluir que la actuación profesional acusada haya sido negligente, descuidada y no conforme con la lex artis"*

Hay que concluir que de las pruebas practicadas no ha quedado acreditada la relación causal indubitada entre la episiotomía practicada y el desgarro perineal de la paciente, pues tanto se pudo producir por la episiotomía, como posteriormente por el trabajo del parto, como informó la Médico Forense en el juicio penal.

Tampoco consta acreditada una negligente actuación profesional de la Matrona que asistió a la paciente en el parto; la episiotomía practicada a la paciente se ajustó al protocolo aplicable, parto de primípara, estando comprometido el bienestar fetal por la presencia de líquido meconial, no constando acreditado que el corte practicado de forma media lateral derecha según indicación de la Matrona, de la hoja del parto, y del informe del Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital XXX de fecha 4 febrero 1999; o de forma medial o central conforme a los informes del Dr. de La Cruz, se haya practicado de forma negligente o con incumplimiento del protocolo aplicable.

**Lo expuesto hasta aquí determina la desestimación del recurso, por lo que procede declarar no haber lugar al mismo, con imposición legal de las costas causadas a la parte recurrente.**

CONDENA ERROR  
 CONSENTIMIENTO PARTO  
 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  
 DIAGNÓSTICO OBSTETRICIA  
 HISTORIA CLÍNICA INHABILITACIÓN  
 JUZGADO LEX ARTIS MALA  
 PRAXIS MÉDICOS PENAL PARTO  
 PERITOS DIAGNÓSTICO ERROR  
 DIAGNÓSTICO OBSTETRICIA  
 HISTORIA CLÍNICA JUICIO



### LA HISTORIA DE UNA COMADRONA: LA VIDA DE MARTHA BALLARD BASADA EN SU DIARIO ( 1785-1812)

A partir de los diarios de una mujer del siglo XVIII en Maine, esta historia íntima ilumina las prácticas médicas, la economía doméstica, las rivalidades religiosas, la práctica de la partería y las costumbres sexuales de la frontera de Nueva Inglaterra. Sin duda el diario de esta mujer es una importante fuente de información sobre su vida y la historia social de aquellos primeros años de la vida en los nacientes Estados Unidos de América. Marta Moore (por casamiento Ballard) nació en 1735 en un pequeño pueblo de Massachusetts, y creció en una familia que incluía médicos (su tío era médico al igual que dos cuñados) pero la real historia de su vida empieza en Maine con el diario que ella escribió mientras asistía nacimientos en los territorios

a lo largo del río Kennebec.

En 1777, Martha Ballard, de 42 años, y su esposo, Ephraim, se mudaron a la ciudad, si se puede llamar así, de Hollowell, Maine. Las 100 cabañas de troncos de Hollowell estaban colgadas a lo largo del ancho y plano río Kennebec, un puerto del Atlántico, a 46 millas tierra adentro.

Efraín fue un ingeniero de molinos de cuarta generación. Marta sabía leer y escribir pero no tenía educación. Su ortografía era buena, y ella era muy creativa. Había tenido ocho hijos, con uno más por venir. Tres habían muerto en una epidemia de difteria ocho años antes. Ahora Martha, después de un largo aprendizaje, se dedicó a la partería en Hollowell.

Sus condiciones de trabajo eran espantosas: cruzar el Kennebec rompiendo el hielo en la primavera, la muerte y la enfermedad incurable viajando sobre la espalda de todos, tirando de su hogar cuando no estaba asistiendo nacimientos.

Entre 1785 y 1812, Martha Ballard mantuvo un diario que registraba su arduo trabajo (en 27 años asistió a 816 nacimientos), así como su vida doméstica en Hollowell, Maine.

Martha Ballard vivió en una época de cambios dramáticos. Vea cómo su vida encaja en la era de la Revolución Americana, los inicios de la medicina moderna y otros cambios importantes.

A través de su diario, también podemos vislumbrar las vidas de los otros habitantes de la ciudad: el personas comunes que normalmente son invisibles para nosotros cuando miramos hacia atrás en el pasado. Su diario enriquece, profundiza y complica nuestra comprensión de la vida cotidiana en los primeros Estados Unidos.

El diario de Martha Ballard cuenta 9965 entradas realizadas en 27 de práctica. La mayor parte de sus entradas diarias empezaban con una referencia al tiempo y a la hora en que eran escritas. Cada día reflejó su trabajo, así como acontecimientos sociales, convirtiéndose en una valiosa fuente de información para la historia social de aquellos primeros años de la historia de los Estados Unidos.

Niños traídos al mundo y decenas de personas curadas, gracias a su constante ir y venir a pie, canoa o caballo; remedios medicinales; disputas en la comunidad; hechos destacados; eventos religiosos, un cuadro de aquella sociedad que Martha fue pintando a lo largo de la última etapa de su vida.

Hay descripciones de las hierbas medicinales y las técnicas de parto que empleó. Ballard también registró las actividades de un nuevo



médico, Benjamin Page. Era joven médico (man-midwife) como entonces se les denominó a los hombres que entraban en el mundo de la obstetricia, que disfrutaba de una prestigiosa carrera. Ballard no estaba impresionado. Ella lo criticó por administrar drogas poderosas como el laúdano y su uso excesivo de instrumentos. Ella culpó a este último por la muerte de más de un bebé. Después de una de esas muertes, llama a Page un "pobre hombre desafortunado".

Los diarios de Ballard recuerdan que asistió a más de 800 bebés en un período de 27 años. Aparentemente era una comadrona extremadamente competente: solo un puñado de sus casos terminaron con una muerte, y solo el 5% de los nacimientos mostraron complicaciones.

Los diarios de Ballard también revelan las minucias domésticas y los chismes de la vida estadounidense en los pueblos pequeños poco después de la independencia del país. Registran cambios sociales rápidos, dificultades económicas, conflictos religiosos y los efectos de la enfermedad y la violencia. A través de su diario, también podemos vislumbrar las vidas de los otros habitantes de la ciudad: el personas comunes que normalmente son invisibles para nosotros cuando miramos hacia atrás en el pasado.

Su diario enriquece, profundiza y complica nuestra comprensión de la vida cotidiana en los primeros Estados Unidos.

Martha Ballard vivió en una época de cambios dramáticos. Vea cómo su vida encaja en la era de la Revolución Americana, los inicios de la medicina moderna y otros cambios importantes. Una de las partes más reveladoras del diario de Martha fue la luz que arrojó sobre la salud sexual y las costumbres sociales que rodean el amor, el sexo y el matrimonio. Me sorprendió descubrir que el sexo prematrimonial y el embarazo fuera del matrimonio eran bastante comunes. Además, las mujeres (en el territorio de Massachusetts, de todos modos) en

realidad tenían el poder de llevar a un hombre a los tribunales para recibir manutención de menores. Hoy en día, tendemos a pensar en el siglo XVIII como una época mojigata en la que abundaban los tabúes y el pensamiento era menos progresivo, pero el diario de Martha y el análisis de Laurel Thatcher Ulrich sobre él denotan todo lo contrario.

Tras la muerte de Martha, el diario quedó en manos de su familia hasta que una de sus descendientes, Mary Hobart, una de las primeras mujeres doctoras de la historia americana, se hizo cargo del diario. Mary Hobart, la primera mujer que ingresó en la Sociedad Médica de Massachusetts, donó en 1930 el diario a la Biblioteca del Estado de Maine en Augusta.

Sobre la base de ese diario, Laurel Thatcher Ulrich después de 8 años de investigación intentando desentrañar el diario publicó este libro del que hablamos en 1991. Se convirtió en un éxito de ventas galardonado con el premio Pulitzer nos ofrece un retrato íntimo y densamente imaginado, no solo de la trabajadora y reticente Martha Ballard sino de su sociedad.

Martha, en su búsqueda de lo que Ulrich describe como "medicina social", viajó en todo tipo de clima, incluidas tormentas e inundaciones.

Sus anotaciones en el diario registran las muchas veces que se cayó de su caballo, a veces hiriéndose gravemente en sus esfuerzos por llegar a un paciente angustiado.

Al contrario de lo que cabría esperar, disfrutaba del respeto de médicos como Samuel Colman, a quien compró medicamentos y compuestos para preparar medicamentos, y Benjamin Page. Su diario tiene 85 entradas entre 1794 y 1808 que se relacionan con su asistencia a las autopsias, denominadas "descpciones".

Para comprender la América del siglo XVIII a través de los ojos de una mujer, la historiadora y autora





Laurel Thatcher Ulrich pasó ocho años trabajando en el diario masivo pero críptico de Martha Ballard.

Relata las historias entrelazadas de dos mujeres notables: una comadrona y curandera del siglo XVIII y la historiadora del siglo XX que sacó a la luz sus palabras.

PBS American y Mass Humanities financió el proyecto cinematográfico de la adaptación de docudrama del libro ganador de Pulitzer de Ulrich, en 1994 .La película intercala recreaciones de Ballard haciendo su obstetricia de Maine y tareas relacionadas, y Ulrich en sus ocho años de investigación sobre su libro; al final, se hacen comparaciones claras entre el trabajo de las dos mujeres.

La película desarrolla como una historia de detectives: la verdadera historia de dos mujeres, separadas por doscientos años, unidas por el diario que una de ellas dejó atrás. Los relatos tradicionales del pasado dejan de lado la vida de la gente común porque dejaron muy pocos registros escritos, especialmente las mujeres. Llegamos a conocer a Martha como la sanadora principal en su comunidad, lidiando con nacimientos y muertes, epidemias, su propio hijo rebelde y el juez que violó a la esposa del ministro. A medida que compartimos sus luchas para sobrevivir en un período de vertiginosos cambios sociales, intensos conflictos religiosos y auge y caída económica, nos damos cuenta de que estamos presenciando el nacimiento del mundo moderno en el que vivimos.

*A Midwife's Tale* es un triunfo de la historia a escala humana.

Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla



SOLO VERSION INGLESA

Imagen de la película: *a Midwife's Tale* (1998) de Richrads P. Rogers

## CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO



**NUEVA EDICIÓN: 8 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:** 8 -11 octubre 2019  
Horario: 15:30 a 20:30h.

**LUGAR:** Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid

**Matrícula:**  
Socios y vinculados: 20 €  
Residentes: 70 €  
No asociados: 80 €

### Solicitud de inscripción en:

[matronas@asociación-nacional.com](mailto: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 Continua del S.N.S

## 40 AÑOS 40 LOGROS



[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)

