



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS OCTUBRE 2019 N.º 40





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:

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa Mª Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fragüas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Andrea Herrero Reyes
Pilar Medina Adán
Lucia Moya Ruiz

En éste número...

❑ ESPECIAL I:

- **¿PODEMOS REHUSAR LA ATENCIÓN A UNA GESTANTE?**

❑ ESPECIAL II:

- **XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS JUNIO 2020**

❑ HEMOS LEÍDO QUE:

- **UN ESTUDIO ENFERMERO DEMUESTRA QUE LAS MUJERES TARDAN MÁS EN DILATAR DURANTE EL PARTO A PARTIR DE LOS 30 AÑOS**
- **ALGUNAS EMBARAZADAS DESOYEN EL PELIGRO DE TOMAR UN MEDICAMENTO PARA EL ACNÉ**
- **NO GRACIAS**

❑ MUY INTERESANTE:

- **"UN MATCH X UNA VIDA"**
- **3.ª JORNADA "ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO" (EIM)**
- **IV EDICIÓN "ENTRE 2 MANOS"**
- **CONGRESO MUERTE PERINATAL Y DUELO. MADRID**
- **CURSO FORMACIÓN CONTINUADA DEL GRUPO GEMMA**

❑ BREVES:

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

❑ BUENAS NOTICIAS:

- **LA ASAMBLEA NACIONAL DE NACIONES UNIDAS PUBLICA EL INFORME SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**
- **SARAMPIÓN: NOTA INFORMATIVA DEL MINISTERIO DE SANIDAD**
- **PREMIOS NACIONALES DE INNOVACIÓN Y DE DISEÑO 2019**
- **III CAMPAÑA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL Y EMBARAZO**
- **32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM**

❑ PERLAS JURÍDICAS:

- **ACOSO LABORAL**

❑ LECTURA RECOMENDADA:

- **UNA MUJER EN LA TORMENTA**

- **AGENDA A.E.M.**

- **XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS**



¿PODEMOS REHUSAR LA ATENCIÓN A UNA GESTANTE?

Como a veces ocurre, la musa de la inspiración se permite tomar unos días de descanso y en su lugar, la realidad del día a día ocupa el puesto.

Posiblemente os hayáis hecho muchas veces la pregunta con la que inicio este artículo, ¿podemos rehusar la atención a una gestante? O formulado de otra manera, ¿estoy obligada/o a atender/ asistir a toda mujer/ persona que acuda a mi centro de trabajo y requiera de mis cuidados? Intentaré contestar con la mayor claridad posible y plantearé un caso práctico, a la vez que real, para mejor comprensión del tema con los intrínquilis ético-legales que tiene la cuestión.

Puede que no todas/ todos las/los que somos matronas o matrones trabajemos en la sanidad privada donde uno tiene sus clientes directa o indirectamente o existe *“la reserva al derecho de admisión”*. Esto es, o bien son *clientes directos* porque son de tu propia consulta privada (hay matronas/es con centros privados) o bien *clientes indirectos* porque trabajas con un médico (obstetra) en concreto y asumes sus clientes o clientas o porque tu contrato es con un centro hospitalario que a su vez admite privados puros (sin compañía aseguradora) o aseguradoras privadas (de la que también formas parte como autónoma).

Por otro lado, el derecho de admisión, significa *“el **derecho** en virtud del **cual**, la persona titular del establecimiento y/o evento, **se reserva** la atribución de admitir o excluir a terceros de dichos lugares siempre **que** la exclusión **se fundamente** en condiciones objetivas de **admisión**”*.¹

Claro que no estamos hablando de ningún evento lúdico ni establecimiento de ocio hacia un público, en los que se suele ver el cartel. Como usuarios y/o consumidores debemos ser sabedores de que este derecho conlleva unos límites legales, que no pueden vulnerar derechos fundamentales, y que como dice Marina Villalonga, deben ser objetivos y respetuosos con el artículo 14 de la Constitución Española, “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Pero es cierto, que para acudir a un hospital privado, médico privado o aseguradora privada, se han de cumplir una serie de requisitos, véase, por ejemplo, estar al corriente de los pagos, formar parte de un colectivo profesional determinado, etc.

En resumen, es una manera de resaltar que hay más opciones en asistencia privada, pero ¿qué pasa cuando trabajamos para un servicio en la Sanidad Pública, y/o Universal, en su mayoría?, ¿es diferente? La respuesta es no



respecto al ejercicio profesional ya que la deontología y la Lex artis no distingue el ámbito de trabajo y por lo tanto, debe garantizarse el derecho a la protección de la salud, tal cual recoge el artículo 43 de la Constitución Española. Otra cosa serán los términos en los que se establecen las relaciones contractuales con la empresa privada sanitaria en la que si existen diferencias, y ambos eligen, unos a los profesionales y los otros a sus clientes, cuestión que en la sanidad pública no ocurre, no podemos elegir a la población que atendemos.





CASO PRÁCTICO:

El caso que os describo ocurre en un centro de salud de una de nuestras comunidades autónomas.

Gestante de nacionalidad rumana, de 26 años de edad, G4P2 A1 de 6 semanas de gestación, acude a su primera visita en el embarazo actual. El aborto ha sido un IVE hace 6 meses por selección de sexo del embrión, es decir, era una niña y ella quería un niño. Comenta a la matrona (en forma de advertencia) que en 2 semanas se va a hacer una prueba genética para determinar el sexo del embrión y que en caso de ser otra niña, se hará otro IVE. Al indagar un poco más la historia con la gestante, ésta le explica que en su cultura, es mejor tener un niño porque es quien se queda con la familia para su cuidado y la de sus congéneres, mientras que las hijas se van con la familia del marido. La propia mujer le explica que a ella la dieron a la familia del marido a los 15 cuando se casó. La matrona, y cito textual “Respiro, ante todo llevo bata blanca, le he informado que me acojo a la objeción de conciencia si quisiera tramitar el IVE y le expongo las otras alternativas y sin ser paternalista, le expongo que nuestra legislación no contempla el IVE por razón de sexo. La verdad, desconozco si está en una situación de desigualdad o violencia machista pero no quiero atenderla aunque sea un niño y continúe su embarazo”.



La situación se le hace incómoda y no comparte su forma de plantear la maternidad por razones culturales y menos por razones machistas, está convencida de que repetirá la pauta hasta lograr su objetivo que es la de tener un hijo varón y con ello satisfacer el deseo de su marido, y por ende, el de ella.

ARGUMENTARIO ÉTICO Y LEGAL

Respecto al tema de objeción de conciencia, no explicaré nada, ya lo describí en el nº8 de Infomatronas (noviembre 2016) y que podéis consultar en la web de la Asociación Española de Matronas (AEM), solo recordaros que se debe comunicar a la supervisión o coordinación del servicio o centro de salud para que gestionen las medidas oportunas (reubicación del profesional o derivación de la usuaria a otro centro próximo que no haya objetores). Es un derecho del profesional, cierto, pero debe garantizarse la debida asistencia o la atención a la que



la usuaria también tiene derecho y que contempla la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva (LO 2/2010 del 3 de marzo), en su capítulo II, artículo 15, apartado 2 sobre “medidas para garantizar la prestación”.

Por otro lado, como ya he explicado anteriormente, está la Constitución Española y su artículo 14, que todos los profesionales debemos cumplir, trabajos donde trabajos, sanidad privada o pública.

Pero además, el Código Penal obliga al deber de socorro, y castiga “la omisión del deber de socorro ” (Título IX del Libro II del Código Penal vigente) en sus artículos 195 (ciudadano en general) y 196, en éste último, en concreto, porque afecta a los





profesionales sanitarios “El Artículo 196 del actual texto penal castiga al profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare el servicio sanitario, si de estas conductas se derivase peligro grave para la salud de las personas”² .

Y desde el punto de vista ético, tanto el Código Deontológico de la Enfermería Española (CGEE) o de las Comunidades Autónomas, así como, el de las Matronas Españolas (AEM)³ , se aplican a todas y todos los profesionales sean del ámbito privado o público y regulan varios artículos en caso de conflicto laboral o profesional.

En concreto, el CD del CGEE, en su artículo 79 dice: “La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes”, por supuesto que el incumplimiento de este artículo, de todos en general, conlleva sanción disciplinaria.

Pero en este caso confluyen más que conflictos de orden laboral, puesto que el argumento es la selección del sexo fetal por razones “culturales”.

Visto lo anterior, cabe resaltar que surgen varios conflictos éticos o morales.

Si solo se tratara de un tema cultural, el artículo 10 del CD del CECOVA dice:

“La enfermera se esforzará por comprender a las personas procedentes de otros entornos culturales para ofrecerles una atención respetuosa con sus creencias y valores, en el marco de la garantía de los derechos constitucionales básicos. Su relación con ellas se basará, por tanto, en el reconocimiento recíproco y en los valores compartidos de una ética intercultural”, pero el conflicto surge cuando ese “respeto” afecta o daña a otra vida. Aquí sí podría acogerse al conflicto moral de la profesional y por lo tanto a la objeción de conciencia,

pero si continua el embarazo y no hay otra causa argumentable, nos debemos a la propia Lex Artis de nuestra profesión como matronas.



CONCLUSIONES

En un intento de aclarar nuestro caso, la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva⁴ contempla la posibilidad de un IVE a petición de la propia mujer (art.14) siempre que esté por debajo de las 14 semanas de gestación. En esta situación cabe la objeción de conciencia del profesional.

Si la gestante continua con el embarazo y respondiendo a las preguntas del inicio, la respuesta es que el único argumento posible para rehusar la atención a una gestante sería por: agresión verbal o física hacia la/el profesional (garantizando la asistencia sanitaria en otro centro) ya que es un delito porque las matronas también somos autoridad sanitaria y la otra causa sería, la pérdida de la confianza entre la usuaria y la matrona suficiente para no poder garantizar un cuidado de calidad, tal y como contempla el artículo 27 del CD del CECOVA (*Si la enfermera, matrona, llegase al convencimiento de que no existe hacia ella la necesaria confianza por parte de algún paciente, deberá comunicárselo al propio interesado y/o sus familiares. En ese caso, la profesional podrá suspender sus cuidados, siempre y cuando se garantice su continuidad, facilitando a la nueva enfermera (matrona)*



la información precisa). Y con arreglo a la ley, no podemos omitir los cuidados necesarios a una gestante porque no compartamos sus mismas creencias culturales o ideología, en todo caso, si se sospecha o se lograra confirmar que la mujer sufre una violencia machista o de género durante su embarazo, deberíamos cursar la denuncia del delito donde proceda.

Así que, y como conclusión, la matrona del caso planteado debe continuar los cuidados a esa gestante si sigue con su embarazo, de lo contrario, la que incumpliría con la legislación y la ética profesional sería ella.

Y para no interrumpir lo que ya viene siendo un ritual, os dejo una frase de Potter Stewart ***“La ética es la diferencia entre lo que tienes derecho a hacer y lo que es correcto hacer”.***



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

Referencias:

1. Marina Villalonga Cladera
<https://www.bufetebuades.com/derecho-de-admision-contrapartida-derecho-de-acceso>
2. Juan Siso, profesor de Derecho Sanitario de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Juan Carlos I.
<https://www.redaccionmedica.com/opinion/la-omision-de-socorro-sanitario>
3. C. Deontológico de las Matronas Españolas (AEM) Cap.VI art.29 al art. 33
4. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
5. Añado matrona libremente puesto que afecta a toda enfermera/o sea especialista o no.

¡INFORMATE AQUÍ!

www.aesmatronas.com



UN ESTUDIO ENFERMERO DEMUESTRA QUE LAS MUJERES TARDAN MÁS EN DILATAR DURANTE EL PARTO A PARTIR DE LOS 30 AÑOS



El pasado mes de junio Diario Enfermero publicaba esta noticia:

“La edad sí que importa, por lo menos para tener hijos. Así lo ha demostrado un estudio en el que ha participado Juan Miguel Martínez Galiano, matrón e investigador de la Universidad de Jaén. Los resultados de esta investigación han sido recientemente publicados por la revista Journal of Clinical Medicine y establecen que la primera fase del parto, denominada dilatación, suele ser más duradera en mujeres de más de 35 años, concretamente 100 minutos más de media. Para llegar a esta conclusión el equipo de investigadores ha analizado el perfil sociodemográfico de 373 futuras madres primerizas de Córdoba, Granada y Jaén y han corroborado la existencia de una relación directa entre la edad avanzada de la gestante y posibles incidencias antes, durante y después del alumbramiento.

En el comunicado difundido por la Fundación Descubre informan que las mujeres que se convierten en madres sobrepasada la treintena suelen padecer patologías como hipertensión y diabetes gestacional y un parto con unas características similares, entre las que se incluye la necesidad de emplear instrumentación durante la fase de expulsión o la realización de cesárea. “La razón se debe a que el parto suele ser inducido. Al provocar el parto, que en su mayoría requieren intervención médica, esta fase del alumbramiento se prolonga durante casi una hora y media más”, relata el matrón e investigador de la Universidad de Jaén.

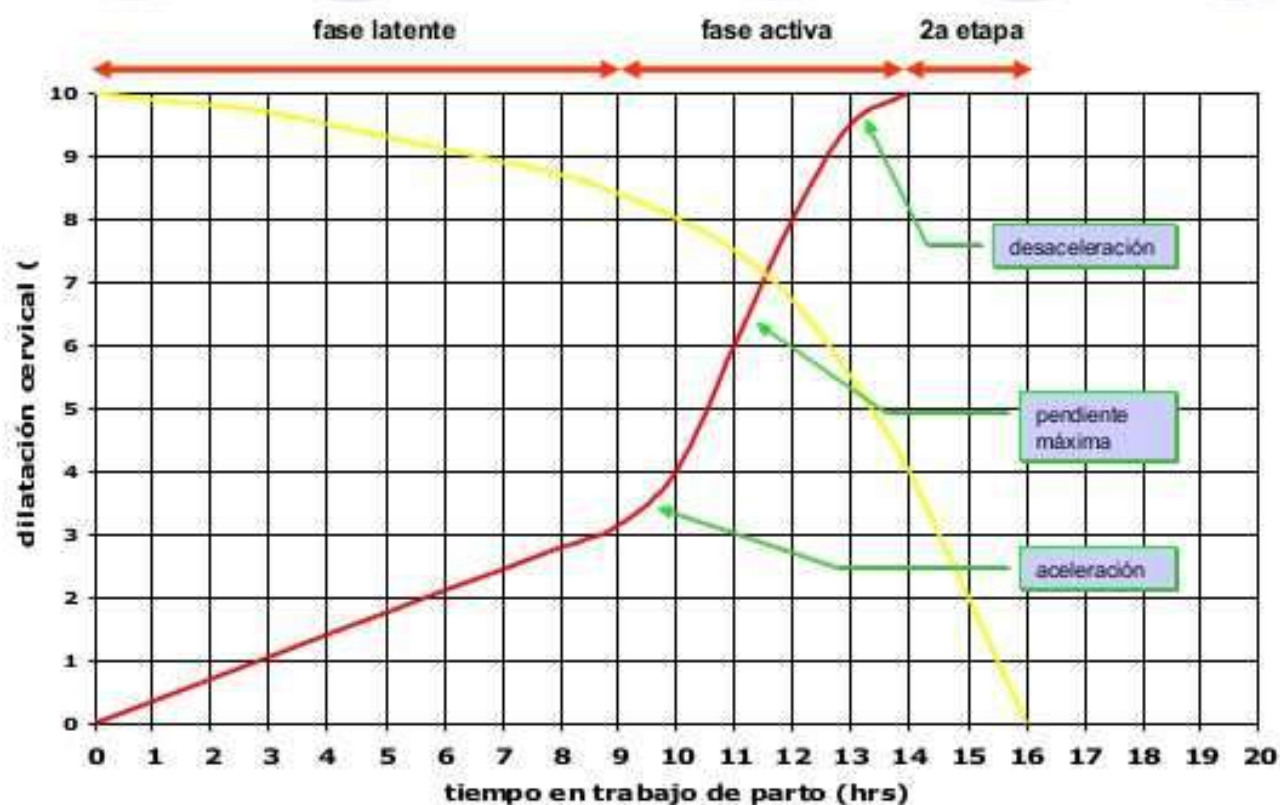
Más edad, más enfermedades

Las conclusiones de este trabajo indican además que una edad materna avanzada se asocia a una mayor incidencia de enfermedades o dolencias durante el embarazo como la hipertensión y la diabetes gestacional, generalmente. “El retraso de la maternidad es un fenómeno común en todo el mundo y cada vez es más frecuente debido en parte a la necesidad y al deseo de establecer una mejor preparación profesional, así como una estabilidad laboral y familiar. No obstante, debemos ser conscientes de que cuanto mayor es la mujer, el parto se hace más largo y también desemboca en un aumento de cesáreas”, alerta Martínez.

Según los datos obtenidos tras este estudio, la edad media de las mujeres que presentaron problemas de salud durante el embarazo rondaba los 31 años, en comparación con los 29 de aquellas que no registraban ninguna patología. “Vimos una diferencia notable y muy significativa para la hipertensión, ya que las futuras madres que padecían esta dolencia superaban los 34 años en comparación con los 30 en el caso de aquellas que no tenían este trastorno”, cifra este investigador.

Los responsables de dicho trabajo también observaron una diferencia significativa en el caso de la diabetes gestacional. “Quienes sí presentaban este cuadro médico tenían un edad media de 36 frente a los 29 años de mujeres sin problemas con los niveles de azúcar”, comenta Martínez. Otra de las cifras que destacan los expertos en esta investigación está relacionada con el tipo de parto. “Las encuestadas que se pusieron de parto de

Curva de dilatación-descenso/tiempo (nulípara).



Curva de Friedman 1954

forma espontánea tenían menos de 29 años, frente a las que requirieron intervención, cuya media rondaba los 31", afirma el experto.

Por otro lado, los investigadores también han recalado en el tipo de parto según su edad. "Las mujeres que tuvieron un parto eutócico, es decir, que no necesitaron ayuda ni intervención médica también eran más jóvenes, rondando los 29 años, mientras que las futuras madres que presentaron un parto distócico tenían alrededor de 32 años". Concluye Martínez.

En este trabajo, fruto de la tesis doctoral de la investigadora de la Universidad jiennense Leticia Molina, también han participado expertos del Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (Ciberest) y de los hospitales públicos Reina Sofía de Córdoba, de los Complejos Hospitalarios de Granada y de Jaén, y los hospitales San Juan de la Cruz de Úbeda y San Agustín en Linares". ■

Fuente: Marina Vieira. Diario Enfermero

ALGUNAS EMBARAZADAS DESOYEN EL PELIGRO DE TOMAR UN MEDICAMENTO PARA EL ACNÉ

La isotretinoína está relacionado con el riesgo de defectos congénitos graves.

El pasado 16 de septiembre Diario Medico publicaba este artículo:

"Hace tiempo que se sabe que el medicamento altamente efectivo para el acné, la isotretinoína, está relacionado con el riesgo de defectos congénitos graves. Pero incluso con un programa especial para prevenir la concepción en mujeres que toman el medicamento, cada año 200 a 300 mujeres en los Estados Unidos quedan embarazadas mientras lo toman, según muestra un nuevo estudio.

El programa, denominado 'iPledge', que comenzó en 2006 por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), requiere que las mujeres que desean una receta de isotretinoína usen anticonceptivos o prometan abstenerse de tener relaciones sexuales y hacerse una prueba de embarazo antes de comenzar el medicamento y cada mes a partir de entonces.

Si bien el programa puede haber reducido el número de embarazos en mujeres que toman el medicamento, el número no se ha reducido a cero, según el estudio publicado el 17 de julio en 'JAMA Dermatology'.

"Este medicamento realmente cambia la vida de las personas con acné severo que es resistente a todo lo demás", ha señalado el coautor del estudio, Arash Mostaghimi, profesor asistente de Dermatología en la Facultad de Medicina de Harvard y el Hospital Brigham and Women's.

"Incluso aquellos que han tenido acné muy leve pueden pensar en cómo les afectó. Imagine lo impactante que sería si fuera grave y causara cicatrices permanentes. Pienso en esto como una oportunidad para estudiar la situación y pensar en cómo podemos mejorar la entrega de este



medicamento a los pacientes de la manera más segura posible".

Para observar más de cerca el impacto de 'iPledge', Mostaghimi y su equipo analizaron los datos del 'Sistema de Informe de Eventos Adversos' de la FDA.

Los investigadores encontraron informes de 6.740 embarazos entre mujeres que tomaron isotretinoína entre 1997 y 2017, que alcanzaron un máximo de 768 embarazos en 2006 y luego comenzaron a disminuir, estabilizándose en 2011 a 218 a 310 por año. Entre las mujeres en edad fértil que se registraron para 'iPledge' en 2006 y 2009 a 2010, las tasas de embarazo oscilaron entre 33 por 10.000 y 65 por 10.000.

Solo el 41 por ciento de los informes incluían la edad de la mujer. Entre esos informes, la edad promedio de las mujeres que quedaron embarazadas fue de 24,6 años. En general, las mujeres de 20 a 29 años representaron el mayor número de embarazos reportados (1.510), abortos terapéuticos (317) y abortos espontáneos (227).

Mostaghimi espera que la discusión sobre la isotretinoína no asuste a las personas con acné severo y dejen de tomarlo. "He visto una mejora en la vida de las personas", dijo.

Es poco probable que el número de embarazos entre las mujeres que toman isotretinoína disminuya a cero, señaló Hyagriv Simhan, vicepresidente de Obstetricia en el Hospital Magee-Womens de la UPMC." ■

UNA ORGANIZACIÓN CIVIL INTERNACIONAL (ESPAÑA, ARGENTINA, URUGUAY) POR LA TRANSPARENCIA, LA INTEGRIDAD Y LA EQUIDAD EN LAS POLÍTICAS DE SALUD, LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA PUBLICA UN MANIFIESTO EN CONTRA EL PROTOCOLO DE TDAH



Publicado por **NO GRACIAS** Organización civil independiente por la transparencia, la integridad y la equidad en las políticas de salud, la asistencia sanitaria y la investigación biomédica, uno de cuyos fundadores es Joan Ramon Laporte, catedrático de farmacología de la Universidad Autónoma de Barcelona. (Ver Internet)

Más de 112 organizaciones y miles de firmas individuales están apoyando una iniciativa profesional, de colectivos de pacientes y ciudadanos en contra del Protocolo para el manejo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) infanto-juvenil en el Sistema Sanitario Catalá.

Según los autores del Manifiesto, el Protocolo, supone:

- Un paso más en la política de patologizar y medicalizar la vida en general y la infancia y adolescencia en particular.
- Un menosprecio a las diferentes teorías y prácticas existentes en la clínica de las sintomatología psíquicas, y en consecuencia:
- Un atentado contra la libertad de elección de los pacientes.

Consideran inaceptable calificar de "enfermedad mental" lo que es "una agrupación de síntomas". Y les parece que "es muy grave la prevalencia e incidencia de los diagnósticos que se están realizando, pues supone una inflación diagnóstica de la infancia y adolescencia".

El llamamiento a la reducción de la variabilidad existente en la atención que hace el Protocolo no sería sino la imposición desde instancias políticas de "un solo modelo: el biomédico-cognitivo-conductual".

El Manifiesto denuncia los conflictos de interés económicos e intelectuales de los autores de la Guía:

"el supuesto grupo de expertos escogidos para su elaboración no es una "amplia representación" - como dice el Protocolo- de los profesionales con experiencia clínica infanto-juvenil, sino una amplia representación de un solo modelo: el biomédico-cognitivo-conductual".

El escrito critica la perspectiva biologicista que el Protocolo quiere imponer sin ninguna evidencia a favor:

"El protocolo define el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo (pag.8) y como un trastorno de origen neurobiológico (pag.30). Los abajo firmantes denunciaremos esta falta de rigor en cuanto que no existen marcadores biológicos que evidencien esa causalidad".

El Protocolo desinforma acerca de la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos:

"Se hace evidente que en esta sesgada información los riesgos se minimizan, los beneficios se exageran y los costes se ignoran".

Entre las conclusiones, destacamos:



1- La preocupación social y sospecha diagnóstica por el TDA/H se ha extendido desproporcionadamente más allá de su incidencia real. No hay razón para pensar que nuestros niños y adolescentes hayan cambiado tanto, lo que ha cambiado es la clasificación.

2- La clínica de las sintomatologías psíquicas no puede ser administrada ni evaluada con los mismos criterios de la medicina en general. La complejidad de dicha clínica requiere consensos entre las diferentes teorías y prácticas que nuestras autoridades sanitarias no pueden zanjar con medidas de gestión técnico-administrativas o protocolos donde se reduzca a un solo modelo bio-médico, tanto los problemas como sus soluciones.

3- Psiquiatrizar, medicalizar y psicologizar los problemas que se manifiestan en las dificultades de aprendizaje y en el comportamiento. es paliar las consecuencias sin tratar sus causas.

4- A fuerza de divulgarlo se pretende crear la opinión de que es predominante la ideología neurobiológica del TDAH.

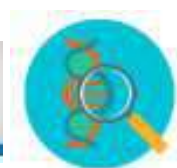
5- Es tal la dimensión creciente del problema que, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han llamado la atención sobre la detección de un incremento, escasamente justificado por criterios clínicos, en el diagnóstico de TDAH y de los tratamientos farmacológicos asociados".

6- UNICEF ha alertado sobre la tendencia generalizada en España a prescribir medicación a niños con TDAH, y ha recomendado elaborar un profundo análisis de la relación de los condicionantes sociales con la Salud Mental infantil y el tratamiento, instando a adoptar iniciativas para proporcionar tanto a estos niños como a sus padres y maestros, acceso a la amplia gama de tratamientos y medidas educativas y psicológicas existentes".



COCHRANE COLLABORATION
CONFLICTOS DE INTERÉS CRISIS
DE LA CIENCIA CRISIS MBE CÁNCER
EFECTOS ADVERSOS ENSAYOS
CLÍNICOS EPISTEMOLOGÍA
ESTATINAS FINANCIACIÓN GASTO
FARMACÉUTICO GENÉRICOS INDUSTRIA
FARMACÉUTICA INICIATIVA S
MEDICALIZACIÓN
MEDICALIZACIÓN SALUD
POLÍTICAS PÚBLICAS PREVENCIÓN
CUATERNARIA PSIQUIATRÍA SALUD
PÚBLICA SEGURIDAD
ÉTICA SOBREDIAGNÓSTICO
ÉTICA SOBRETATAMIENTO
ÉTICA MBE CÁNCER
EFECTOS ADVERSOS ENSAYOS
CLÍNICOS EPISTEMOLOGÍA
ESTATINAS FINANCIACIÓN
GASTO PÚBLICA
SEGURIDAD ÉTICA
EPISTEMOLOGÍA ESTATINAS
FINANCIACIÓN GASTO

“UN MATCH X UNA VIDA”



FUNDACIÓN
CARRERAS

Con el lema ‘Un match x una vida’ la Ministra de Sanidad M^a Luisa Carcedo ha presentado una campaña que busca atraer a potenciales donantes de médula de entre 18 y 40 años, especialmente varones, y alcanzar los 500.000 donantes registrados en REDMO en 2022, objetivos del Plan Nacional de Médula Ósea (PNMO)

Puntos importantes:

- La Ministra subraya la nueva orientación del PNMO, más centrado actualmente en la mejora cualitativa, así como los esfuerzos realizados para mejorar la calidad de los tipajes.
- La campaña se enmarca dentro del PNMO y cuenta con la aprobación de todas las Comunidades Autónomas, que participan activamente en la iniciativa.
- El 52% del total de donantes disponibles en el REDMO en 2018 es menor de 40 años y sólo el 37% son varones, pese a que los donantes jóvenes y varones son los que más probabilidades tienen de convertirse en donantes efectivos.
- El PNMO asimismo pretende aumentar en un 40% la efectividad de las donaciones, hasta conseguir 7 donantes efectivos por cada 10.000 registrados en 2022, frente a los 5 del pasado año, y mejorar la auto-suficiencia.
- La posibilidad de encontrar un donante de médula no familiar compatible es de 1 entre 4.000.

En su intervención, Carcedo ha animado a los más jóvenes a informarse adecuadamente sobre la donación de médula e inscribirse en el REDMO: “Hacerse donante de médula es una de las decisiones más valientes que se pueden tomar en la vida. Demuestra una solidaridad extraordinaria con cualquier ciudadano del mundo que necesite un trasplante de médula para seguir viviendo. Con una buena información y un pequeño gesto, los donantes pueden salvar una vida”.

La campaña, que se enmarca dentro del Plan Nacional de Médula Ósea (PNMO), es una iniciativa conjunta de la ONT, de las Comunidades Autónomas y de la Fundación Internacional Josep Carreras contra la Leucemia. Ha sido aprobada por la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y las Comunidades Autónomas participan activamente en la iniciativa.

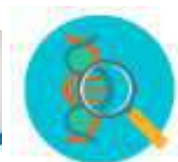
Está diseñada para atraer la atención de los donantes potenciales más jóvenes, de entre 18 y 40 años, especialmente varones, y alcanzar un mínimo de 500.000 donantes en el año 2022, en línea con los objetivos del PNMO.

El lema elegido - ‘Un match x una vida’- parte de una analogía sobre el uso de aplicaciones para buscar pareja y las dificultades para encontrar la adecuada.

Las Comunidades Autónomas han seleccionado las ciudades y fechas más adecuadas a sus necesidades, y han sido responsables de organizar y coordinar la actividad. Las ciudades en las que se va a presentar la campaña son: Ávila, Barcelona, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Logroño, Madrid, Málaga, Mérida, Murcia, Oviedo, Palma de Mallorca, Pamplona, Santander, Toledo, Valencia, Vigo y Zaragoza.

Como se explica en la información que se facilitará a los interesados, la probabilidad de hallar un donante de médula no familiar compatible en todo el mundo es de 1 entre 4.000





La Ministra también ha destacado el importante esfuerzo realizado por su departamento para mejorar la calidad de los tipajes HLA. Un esfuerzo que este año se cifra en 1 millón de euros, al que se suma un importe similar aportado por las Comunidades Autónomas para aumentar la resolución de los tipajes.

Con estas medidas, el PNMO quiere aumentar en un 40% la efectividad de las donaciones, hasta conseguir en 2022 los 7 donantes efectivos por cada 10.000 registrados, frente a los 5 por 10.000 del pasado año. Como ha recordado Carcedo, al finalizar 2012, cuando se puso en marcha la primera fase del Plan, en nuestro país se contabilizaban 3,85 donantes efectivos por cada 10.000 registrados, un dato que refleja las constantes mejoras que se han ido registrando en nuestro país en este ámbito.

Mejorar la autosuficiencia, es decir, la capacidad de encontrar un donante en el registro español para un paciente residente en nuestro país es otro de los aspectos prioritarios para el PNMO. En este aspecto, el objetivo es conseguir en 2022 que el 35% de los trasplantes de médula ósea en España se realicen con donantes inscritos en el REDMO. En lo que llevamos de año, nuestra autosuficiencia se cifra en un 25%. En 2012, apenas alcanzaba el 4%. “Conforme aumenta la autosuficiencia, disminuye el tiempo de búsqueda de un donante compatible” ha explicado Carcedo.

LA DONACIÓN DE MÉDULA ÓSEA EN DATOS

Nuestro país cuenta ya con más de 400.000 donantes de médula. A ellos se añaden 65.000 unidades de sangre de cordón umbilical almacenadas en España.

Desde que se puso en marcha el Plan Nacional de Médula, a finales de 2012 hasta la actualidad, el número de donantes se ha multiplicado por 4 (al pasar de 107.000 a más de 400.000) y las donaciones efectivas han aumentado en un 477% (al pasar de 35 en 2012 a 201 en 2018).

El número de donaciones efectivas en 2018 (201) se incrementaron en un 36% respecto al año anterior. A fecha 31 de julio de 2019, en nuestro país se habían realizado 20.000 nuevos tipajes. Al finalizar 2019, la ONT/REDMO esperan superar los 35.000 nuevos donantes.

En lo que llevamos de año, todos los donantes incorporados al REDMO son menores de 40 años, de acuerdo con las nuevas directrices del Plan Nacional de Médula

En el mundo existen 36 millones de donantes de médula ósea. Cuando un equipo médico solicita un donante, el REDMO lo busca por todo el mundo.

En los últimos 10 años el tiempo medio de búsqueda se ha reducido en un 36%: en la actualidad se tardan 30 días en localizar un potencial donante.

Esta campaña se prolongará hasta final de año. La dirección para acceder a la web creada es:

www.unmatchxunavida.com

Fuente: Comunicado de prensa de la ONT



3.ª JORNADA “ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO” (EIM) 12 de noviembre 2019

PROGRAMA

08:30-09:00 h. RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN

09:00-09:15 h.

PRESENTACIÓN DE LA JORNADA

PRESIDENTE SVP

DIRECTOR ÁREA DE ENFERMEDADES DEL NIÑO GERENTE
HOSPITAL LA FE.

09:15-09:30 h.

INTRODUCCIÓN:

QUÉ SON LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO
ISIDRO VITORIA MIÑANA

09:30-10:15 h

FENICETONURIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
AMAYA BÉLANGER QUINTANA

10:15-10:45h

ACIDEMIA GLUTÁRICA I : PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ISIDRO
VITORIA MIÑANA

10:45-11:15 h.

TRASTORNOS DE BETA OXIDACIÓN: PROTOCOLO DE
ACTUACIÓN PATRICIA CORRECHER MEDINA

11:15-11:45 h.

CAFÉ. DESCANSO

11:45-12:15 h.

ASPECTOS TÉCNICOS PRÁCTICOS DEL CRIBADO NEONATAL
LOLA RAUSELL FÉLIX

12:15-13:00 h.

EL CRIBADO NEONATAL AMPLIADO. EXPERIENCIA DE GALICIA
MARI LUZ COUCE PICO



13:00-13:30 h.

DISCUSIÓN CONJUNTA

13:30 h.

RESUMEN:

LAS IDEAS QUE HAY QUE LLEVARSE A CASA

Inscripción Gratuita.

Plazas limitadas

Se entrega texto-resumen de las
sesiones

Remitir e-mail a la Secretaría

Técnica:

VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A.

M.I.C.E. Valencia

Avda. Pio XII, 51. C.C. Ademuz 4ª
planta 46015 Valencia

congresos.valencia@viajeseci.es

Fecha límite de admisión de
inscripciones 6 de noviembre 2019

Lugar

Salón de Actos. Edificio H.

Hospital Universitari i Politècnic La
Fe. València.

acreditación

Solicitada acreditación del Sistema
Nacional de Salud.

11-12
de octubre
2019

Madrid, España - Hotel Rafael Atocha

4^A 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

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 Cueco (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

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

INSCRIPCIONES:

La inscripción debe realizarse obligatoriamente en internet en la web: 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) 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

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

Tel.: +34 91 434 01 29 – info@fisiomedit.com

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

Tel. + 34 91 468 81 00 – atocha@rafaelhoteles.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

SECCIÓN DE GINECOLOGÍA
TOKO-GINECOLOGÍA
PRÁCTICA



Sociedad Española de
Ginecología Estética
Regenerativa Funcional
SEGERF



Secretaría Técnica
Teresa Sagnora

Avda. Gran Vía de Hortaleza, 51
28043 Madrid - Tel.: 91 522 99 09
t.sagnora@thetravelbrand.com



CONSULTORÍA

Claudio I. Camacho. Tel. 629106418
claudiocamacho@gmail.com
Calle/ Vitoriano Martín, 18-3ºD
28038 Madrid



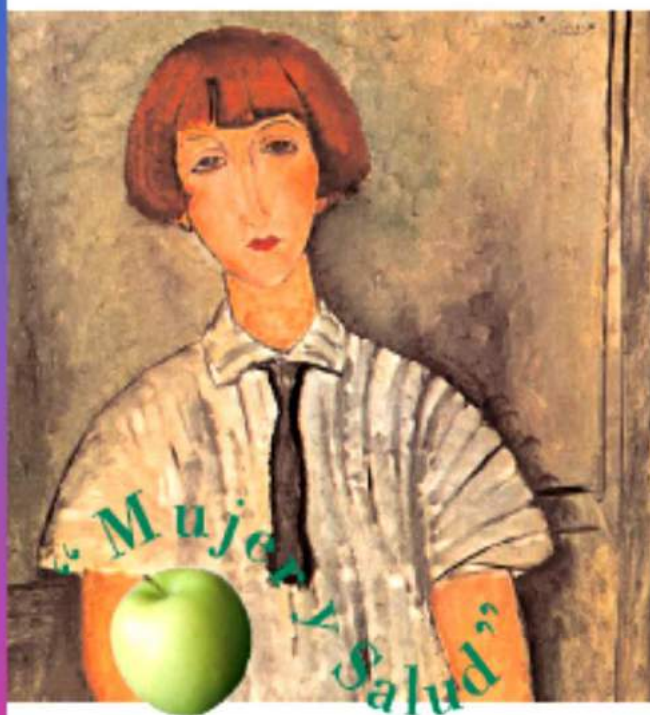
Secretaría Científica

C/ Postigo, 11
28450 Collado Morlán (Madrid)
Jesús Nalla. Tel. 639 13 00 67
pepo@pepelarma.com



XXI
Curso de Formación Continuada
del Grupo GEMMA

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



Hospital Universitario
Gregorio Marañón

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

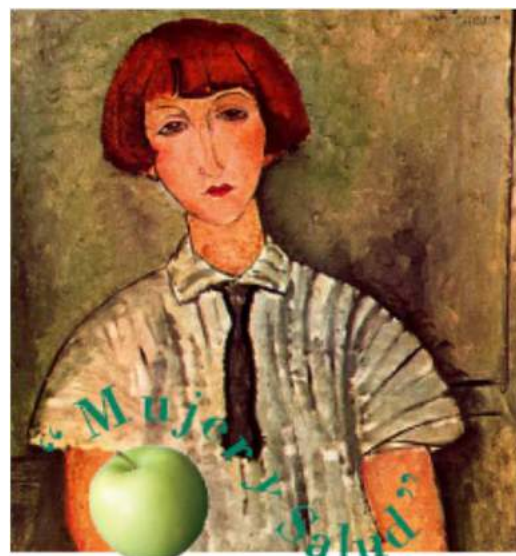
Moderador: Dr. Manuel Marcos

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 Gª 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

INSCRIPCION GRATUITA EN :

pepe@pepefarma.com

Secretaría Científica

C/ Postigo, 11
28450 Collado Mediano (Madrid)

José Nuño. Tel.: 639 13 00 67

pepe@pepefarma.com

Secretaría Técnica

Tomeu Sagrera
Avda. Gran Vía de Hortaleza, 51
28043 Madrid - Tel.: 91 522 99 09

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

<http://agoc.info/programa-preliminar-agoc/>



1^{er} AGOC
CONGRESO NACIONAL
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Castellón de la Plana **2019**
27, 28 y 29 de Noviembre
AUDITORIO Y PALACIO DE CONGRESOS


AGOC
ASOCIACIÓN DE GINECÓLOGOS Y OBSTETRIAS DE CASTELLÓN

SECRETARÍA TÉCNICA:

ARTE-DIRECTO



17 de
septiembre, Día
Mundial de la
Seguridad del
Paciente. 2019



Con la colaboración de:



En el marco de:



Con motivo de la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente se ha elaborado un documento importante para el que recomendamos su lectura.

https://sedisa.net/wp-content/uploads/2019/09/DocumentoSEDISA_DiaMundialSeguridadPaciente.pdf



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



UNA SENTENCIA DEL SUPREMO NIEGA DISCRIMINACIÓN CON LAS MATRONAS EN EL REAL DECRETO DE PRESCRIPCIÓN.

El Tribunal Supremo ha desestimado otro de los recursos interpuestos por las CCAA contra el Real Decreto 954/2015, comúnmente conocido por RD Prescripción Enfermera, y por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, en éste caso el interpuesto por la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

Las Islas Baleares pretendían, con un recurso de anulación ante el Supremo, que se estimase la existencia de una "diferencia de trato" entre profesionales en el RD mencionado, concreta y curiosamente entre los podólogos y las enfermeras especialistas obstétrico- ginecológica (Matronas).

El Tribunal Supremo ha sentenciado que no existe ningún tipo de discriminación contra las Matronas, ahondando en el asunto con la consideración de que "la diferencia con el resto de los enfermeros obedece a que su cometido incluye facultades de diagnóstico", por lo que no supone una discriminación.

Además el Tribunal ha sentenciado que el RD famoso no infringe los artículos 35 y 36 de la Constitución (relativo a la regulación del derecho al trabajo y de las profesiones tituladas), declarando la "conformidad a Derecho de la exigencia de acreditación también para indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios".

Pudiera parecer que nos ha salido un defensor, no es así, se perseguía otro objetivo, aunque a resultas confirma nuestras observaciones respecto a que el RD famoso no nos discrimina, sino que remarca nuestra excepcionalidad, con lo que una vez más se evidencian diferencias sustanciales en el ejercicio profesional con el resto de la enfermería.

NOTICIAS DE SIMAES



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha sacado a consulta pública el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la constitución, organización y funcionamiento de los registros nacionales en materia de reproducción asistida.

Con la publicación de esta norma, el Ministerio pretende habilitar los mecanismos necesarios para el funcionamiento de los Registros nacionales, con medios informáticos (a través de una plataforma informática que albergara el sistema de información) y cumplir las obligaciones relativas al código único. La fase de implantación de este registro, iniciada en marzo de 2018, se estima que finalizará a finales de 2019.

El Informe Estadístico Reproducción Asistida 2017 refleja que el número total de centros participantes ha sido de 307 centros: 239 con actividad en fecundación in vitro y 301 centros con actividad en inseminación artificial. En este año fueron transferidos 45.231 embriones en 27.351 transferencias (el 60,3% de las transferencias fueron de 2 embriones). Además, se han realizado 26.539 transferencias embrionarias procedentes de 27.690 descongelaciones (95,8%).

RESULTADOS PERINATALES TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA	TIPO DE PARTO		NACIDOS VIVOS		ILE (*)	Malformaciones (**)	Nacidos + (***)
	Vaginal	Cesárea	Niñas	Niños			
RESUMEN DEL 2017							
FIV con oocitos propios en fresco	709	372 (34,4%)	580	664 (53,4%)	9	33 (2,7%)	7 (0,6%)
ICSI con oocitos propios en fresco	3.618	2.094 (36,7%)	3.349	3.265 (49,4%)	78	165 (2,5%)	32 (0,5%)
FIV con oocitos de donante en fresco	81	129 (61,4%)	141	157 (52,7%)	0	10 (3,4%)	1 (0,3%)
ICSI con oocitos de donante en fresco	1.551	2.228 (59,0%)	2.317	2.473 (51,6%)	17	79 (1,6%)	21 (0,4%)
CT de oocitos propios	3.492	2.791 (44,4%)	3.681	3.626 (49,6%)	68	196 (2,7%)	30 (0,4%)
CT de oocitos donados	1.456	2.127 (59,4%)	2.066	2.081 (50,2%)	20	79 (1,9%)	24 (0,6%)
Ciclos de DGP	1.126	1.146 (50,4%)	1.261	1.286 (50,5%)	6	44 (1,7%)	11 (0,4%)
FIV-ICSI oocitos desvitrificados propios	74	70 (48,6%)	91	71 (43,8%)	2	5 (3,1%)	1 (0,6%)
FIV-ICSI oocitos desvitrificados de donante	846	1.186 (58,4%)	1.214	1.131 (48,2%)	9	52 (2,2%)	11 (0,5%)
CT oocitos desvitrificados propios (revitrif.)	51	46 (47,4%)	54	53 (49,5%)	1	11 (10,3%)	1 (0,9%)
CT oocitos desvitrificados de donante (revitrif.)	419	571 (57,7%)	551	550 (50,0%)	4	27 (2,5%)	5 (0,5%)
C. de Maduración in vitro de oocitos	0	0 (0,0%)	0	0 (0,0%)	0	0 (0,0%)	0 (0,0%)
C. de donación de embriones	287	389 (57,5%)	375	428 (53,3%)	2	9 (1,1%)	4 (0,5%)
C. de acumulación de oocitos	102	54 (34,6%)	74	98 (57,0%)	1	5 (2,9%)	2 (1,1%)
TOTALES	13.812	13.203 (48,9%)	15.754	15.883 (50,2%)	217	715 (2,3%)	150 (0,5%)

(*) Interrupciones Legales de Embarazo.

(**) Malformaciones mayores y menores. Porcentaje respecto a "Nacidos vivos".

(***) Tasa de muerte perinatal. Porcentaje respecto a "Nacidos vivos" + "Nacidos muertos".

SE OFERTAN DE MANERA DESIGUAL 401 PLAZAS EIR MATRONAS PARA EL PRÓXIMO EJERCICIO.

Se formará una Matrona por cada 60.000 mujeres y no se cubrirán todas las plazas de formación acreditadas. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ha publicado el día 9 de septiembre, la Orden SCB/925/2019 por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020, a plazas de formación sanitaria especializada para la titulación universitaria de ENFERMERÍA OBSTETRICO-GINECOLÓGICA.

Nuevamente se pone de manifiesto las diferencias entre CCAA a la hora de asignar plazas de formación sanitaria especializada. Pongamos un ejemplo para ver en perspectiva este “fenómeno”: La Rioja, con poco más de 150.000 mujeres, formará 4 Matronas en próximo ejercicio, en tanto que Cantabria, con el doble de mujeres censadas, en torno a 300.000, sólo formará a 5 Matronas. De media, se formará una nueva Matrona por cada 60.000 mujeres censadas en España (de todas las edades). Con los datos en la mano, el Principado de Asturias es la Comunidad Autónoma más perjudicada, puesto que sólo formará a 5 Matronas y dispone de más de medio millón de mujeres. Sea cual fuere el criterio y al margen de que no se han cubierto las plazas de formación acreditadas, como habíamos sugerido, lo cierto es que aunque parezca que somos la especialidad con más plazas (401) no lo somos, es más, la especialidad que más plazas oferta, Enfermería familiar y Comunitaria (521), es precisamente la que más plazas incrementa (+182).

Porcentualmente, la especialidad de Enfermería del Trabajo que ha cuadruplicado sus plazas ha crecido un 244% respecto al año anterior; cifra que llama la atención respecto al 43% de incremento de las Matronas o el 53% de Familiar y Comunitaria.

En resumen, y que cada una intérprete los datos como considere oportuno, la Familiar y Comunitaria progresa adecuadamente, la de Trabajo consigue un sobresaliente y a las Matronas las despachan con un suficiente. Se constata que existen CCAA que tendrán que afrontar serios problemas para cubrir sus necesidades de especialistas y otras que tienen claro cuáles son las prioridades para atender adecuadamente al mayor grupo de población.

OFERTA DE PLAZAS DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA 2019 PARA EL ACCESO EN EL AÑO 2020

ESPECIALIDAD	COMUNIDAD AUTÓNOMA DE																		TOTAL	% s/Total
	Andalucía	Aragón	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Cataluña	Extremadura	Galicia	Murcia	La Rioja	Islas Baleares	País Vasco	Asturias	Castilla y León	Madrid	N Navarra	Valencia	A. Es. tado		
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	67	10	25	5	16	66	8	16	15	4	14	23	5	14	50	8	47	8	401	27,41
Enfermería Salud Mental	38	11	10	1	12	40	5	12	10	1	5	21	8	14	37	5	15	0	245	16,75
Enfermería del Trabajo	14	2	4	0	0	2	0	0	3	0	0	5	2	5	16	0	7	2	62	4,24
Enfermería Familiar y Comunitaria	30	18	24	5	37	60	31	34	35	2	18	14	26	82	49	6	50	0	521	35,61
Enfermería Geriátrica	0	5	0	0	12	8	2	0	0	0	2	2	2	1	9	2	1	0	46	3,14
Enfermería Pediátrica	27	7	8	2	12	23	4	15	6	0	6	10	3	10	42	3	10	0	188	12,85
Sumas totales...	176	53	71	13	89	199	50	77	69	7	45	75	46	126	203	24	130	10	1.463	100,00



NOTICIAS DE SIMAES



LOS PRIMEROS PROTOCOLOS NACIONALES DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA TENDRAN RELACIÓN CON EL EJERCICIO PROFESIONAL DE MATRONA.

Ya se ha reunido la Comisión para el desarrollo de las Guías de Práctica Clínica y Asistencial.

La Comisión para el Desarrollo de los Protocolos de Prescripción Enfermera se ha reunido por primera vez la semana pasada.

Esta Comisión tiene como objetivo comenzar a elaborar las guías de práctica clínica y asistencial necesarias para unificar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras de toda España, tal y como dictamina el Real Decreto 1302/2018 ya famoso.

La Comisión ha empezado determinando que debe comenzarse compartiendo todas las experiencias existentes, recordemos que existen ya CCAA que han redactado protocolos, aunque se ha decidido que es preciso abordar primero todos aquellos protocolos que, sobre todo, tengan que ver con pacientes crónicos (como diabéticos o hipertensos) o con el ejercicio de las Matronas. La intención sería avanzar en la puesta en marcha de protocolos que ya se encuentran activos en alguna comunidad autónoma. Los primeros protocolos que se elaboren en las siguientes reuniones se aprobarán en el seno de la Comisión de Farmacia.

Recordemos que esta Comisión está legitimada por ser un órgano estipulado en el Real Decreto famoso, y que cuenta con representación del Ministerio, de las CCAA, de las mutualidades de funcionarios, el Ministerio de Defensa, y los Consejos Generales de Colegios Oficiales tanto de Enfermería como de Médicos, pero no de los sindicatos, es una cuestión profesional, aunque incida en el ámbito laboral.

La Asociación Española de Matronas aportó un documento propuesta de prescripción, a petición del Consejo General de Enfermería, que incluye listado de los distintos fármacos que las matronas pueden prescribir por protocolo, de manera autónoma y otros en situación de urgencia.

OFERTA DE TRABAJO



EL HOSPITAL COMARCAL DE MÓRA D'EBRE PRECISA COMADRÓN/A



Se requiere:

- Título oficial de Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Comadrón/ona).
- Dominio del catalán hablado y escrito.
- Acreditar certificación consistente en no haber estado condenado por sentencia firme en alguno de los delitos previstos en la LOPJM (*).

Se valorará:

- Formación adicional específica y complementaria para el lugar de trabajo.
- Experiencia en el ámbito de la sanidad.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Buenas aptitudes para el trato con el usuario.
- Disponer del certificado de discapacidad igual o superior al 33%.

Se ofrece:

- Contrato laboral temporal a jornada completa, más guardias, con posibilidad de consolidar una relación de contrato indefinido.
- Participación en el Sistema de Incentivación y Desarrollo (Carrera Profesional).
- Retribución fija y retribución variable por Objetivos (Convenio SISCAT).
- Posibilidades de realizar actividades de formación continuada y actualización profesional.
- Beneficios sociales adicionales
- Incorporación inmediata.

Las personas interesadas deberán de:

1. Registrarse a <http://hcme.borsadetreball.grupsagessa.cat> e introducir todos sus datos personales y curriculares. (indispensable formación en horas y experiencia en meses)
2. Imprescindible completar el perfil adjuntando la documentación (currículum vitae, titulaciones y carta de presentación)
3. Inscribirse a la convocatoria abierta siguiente, con el código:

LLEV 0719

Plazo de presentación de solicitudes: 29 de septiembre del 2019



LA ASAMBLEA NACIONAL DE NACIONES UNIDAS PUBLICA EL INFORME SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

El informe está enfocado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.

Transcribimos el contenido parcial (las conclusiones) del mismo por su importancia.

Conclusión y recomendaciones a los Estados y otros interesados.

75. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas.

76. Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia, de sexismo o de cualquier otro tipo de violencia psicológica, tortura, trato inhumano o degradante o coacción. En el ámbito de la atención de la salud reproductiva y el parto, los sistemas de salud deben contar con los recursos presupuestarios necesarios para proporcionar una atención de la salud materna y reproductiva accesible y de calidad, a fin de velar por que se atiendan y se cumplan las necesidades y los derechos de salud reproductiva de las mujeres durante la atención del parto, los exámenes ginecológicos o los tratamientos de fecundidad, en caso de aborto espontáneo, aborto, anticoncepción y en otros contextos de la salud sexual y reproductiva.

77. Los Estados deben afrontar el problema del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizarla para realizar una investigación independiente sobre las denuncias del maltrato y la violencia de género que sufren las mujeres en los centros de salud, investigación que debería incluir las causas estructurales y sistémicas, en particular los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad, y deben además publicar los resultados y las recomendaciones, que deberían utilizarse para revisar las leyes, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva.

78. Los Estados deben establecer una cooperación constructiva entre las instituciones sanitarias y las asociaciones de profesionales con las organizaciones no gubernamentales de mujeres, los movimientos de mujeres y las instituciones independientes de derechos humanos que se ocupan de la salud reproductiva y la atención obstétrica.

79. Los Estados también deben elaborar estrategias nacionales sobre los servicios de salud reproductiva y la atención del parto, a fin de garantizar unos tratamientos respetuosos, dignos y basados en los derechos humanos en el contexto de la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos de las mujeres, que incluyen el respeto de la privacidad y la confidencialidad.





(Continuación)

Conclusión y recomendaciones a los Estados y otros interesados).

80. Los Estados deben afrontar: a) los problemas estructurales y los factores subyacentes en los sistemas de atención de la salud reproductiva que reflejan la existencia de estructuras socioeconómicas discriminatorias ancladas en las sociedades; b) la falta de una educación y formación adecuada de todos los profesionales de la salud sobre los derechos humanos de las mujeres; c) la falta de personal cualificado y el consiguiente gran volumen de trabajo que se genera en los centros de salud; y d) las limitaciones presupuestarias. Los Estados deben asignar suficientes fondos, personal y equipos a las salas y los servicios de maternidad de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, que exige que los Estados dediquen la mayor cantidad posible de recursos a la salud sexual y reproductiva, incluidos los programas de salud materna y atención del parto.

Consentimiento informado

81. Para combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, los Estados deben:

- a) Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos;
- b) Aprobar leyes y políticas en materia de salud que resulten eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el consentimiento libre, previo e informado en todas las cesáreas, las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto;
- c) Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva;

Prevención de la violencia obstétrica

- d) Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;
 - e) Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;
 - f) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva;
 - g) Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer;
 - h) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar datos sobre el porcentaje de cesáreas, episiotomías y otros tratamientos relacionados con el parto y la atención obstétrica;
 - i) Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria;
- i) Rendición de cuentas**
- ii) j) Establecer mecanismos de rendición de cuentas basados en los derechos humanos a fin de garantizar la reparación a las víctimas de maltrato y violencia, en particular una indemnización económica, el reconocimiento de la conducta inapropiada, una disculpa formal y una garantía de que el hecho no volverá a repetirse;



(Continuación)

Conclusión y recomendaciones a los Estados y otros interesados).

- k) Garantizar la responsabilidad profesional y la sanción de las asociaciones profesionales en los casos de maltrato y el acceso a la justicia en los casos de violaciones de los derechos humanos;
 - l) Garantizar la investigación exhaustiva e imparcial de las denuncias de maltrato y violencia contra las mujeres durante la atención del parto;
 - m) Asegurarse de que las mujeres víctimas de estas violaciones obtienen una reparación suficiente, que puede adoptar la forma de resarcimiento, indemnización económica, compensación o garantía de no repetición;
 - n) Asegurarse de que los órganos reguladores, en particular las instituciones nacionales de derechos humanos, las comisiones de ética, los ombudsmen y los organismos de promoción de la igualdad tengan el mandato y los recursos necesarios para supervisar eficazmente los servicios de maternidad de los centros públicos y privados a fin de garantizar el respeto de la autonomía y la privacidad de las mujeres;
 - o) Sensibilizar a los abogados, los jueces y los ciudadanos acerca de los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención del parto, a fin de garantizar el uso eficaz de los recursos previstos en la ley;
- Leyes discriminatorias y nocivos estereotipos de género**
- p) Revisar y reforzar las leyes que prohíben todas las formas de maltrato y violencia contra la mujer, incluida la violencia psicológica, durante el embarazo y la atención del parto y otros servicios de salud reproductiva, en consonancia con los instrumentos de derechos humanos de la mujer;
 - q) Suprimir cualquier obligación de obtener la autorización del cónyuge o un pariente en todos los servicios de salud reproductiva que conciernen a las mujeres;
 - r) Derogar las leyes que penalizan el aborto en todas las circunstancias, eliminar las medidas punitivas para las mujeres que se someten a un aborto, y como mínimo, legalizar el aborto en los casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando seguir adelante con el embarazo suponga un riesgo para la salud física y mental o para la vida de la mujer, y facilitar el acceso a una atención posterior al aborto segura y de calidad;
 - s) Retirar la acusación penal y el encarcelamiento de las mujeres que han solicitado servicios obstétricos de emergencia, en particular por abortos espontáneos, y eliminar las medidas punitivas contra los médicos, a fin de que puedan proporcionarles la asistencia médica necesaria;
 - t) Prohibir y hacer frente a la práctica de la esterilización forzada, especialmente con respecto a las mujeres pertenecientes a minorías y las mujeres indígenas, mejorar las salvaguardias contra esas violaciones de los derechos humanos y proporcionar la apropiada reparación e indemnización a las víctimas;
 - u) Poner fin a la discriminación interseccional o a los estereotipos que de forma agravada sufren determinados subgrupos de personas. ■

SARAMPIÓN: NOTA INFORMATIVA

No hay motivos que justifiquen un cambio de la estrategia ni de las recomendaciones de vacunación frente a sarampión ya establecidas



En relación con la vacunación frente a sarampión, y *debido a la posible confusión generada como consecuencia de la disparidad de información emitida últimamente en los medios de comunicación*, el Ministerio publica la presente nota informativa: La **situación epidemiológica del sarampión en España no ha variado, manteniendo** el estado de eliminación desde el año 2016. Recientemente la OMS ha verificado que nuestro país continúa en estado de eliminación¹.

Por tanto, **no hay motivos que justifiquen un cambio de estrategia ni de las recomendaciones de vacunación ya establecidas** y que son las que se recogen en el *calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida*²:

- **Durante la infancia** se recomienda la administración de dos dosis de vacuna triple vírica (a los 12 meses y a los 3-4 años de vida). La población infantil mayor de 4 años que no haya recibido dos dosis de vacuna debe completar la pauta de vacunación, manteniendo un intervalo entre dosis de al menos 4 semanas.
- **Con respecto a los adultos**³, se recomienda la vacunación con dos dosis de triple vírica, con un intervalo entre dosis de al menos 4 semanas, a las personas nacidas en España a partir de 1970 que no hayan padecido la enfermedad y que no tengan historia de vacunación con dos dosis. En el caso de que el adulto hubiera recibido con anterioridad una única dosis, se administrará una segunda (manteniendo el intervalo anteriormente especificado).
- En las personas nacidas antes de 1970 se asume que son inmunes por haber padecido la enfermedad con anterioridad.
- Los profesionales sanitarios que no hayan pasado la enfermedad y no estén vacunados con dos dosis frente a sarampión tienen un mayor riesgo de adquisición de sarampión que la población general. Es importante que este colectivo revise su cartilla de vacunación y proceda a la vacunación en caso necesario. No es necesaria serología previa a la vacunación ni control serológico posterior⁴.
- Debe aprovecharse cualquier contacto de las personas con el sistema sanitario para informar y actualizar el estado de vacunación.

Se reitera que no estamos ante una situación de urgencia. Las personas que requieran la administración de vacunas pueden aprovechar futuras visitas rutinarias a su centro de salud para planificar la vacunación.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social agradece la coordinación y alta implicación de todos los profesionales sanitarios en todos los niveles del sistema, que aseguran las medidas de actuación más eficaces para reducir la transmisión del virus del sarampión y evitar la reemergencia de esta enfermedad.

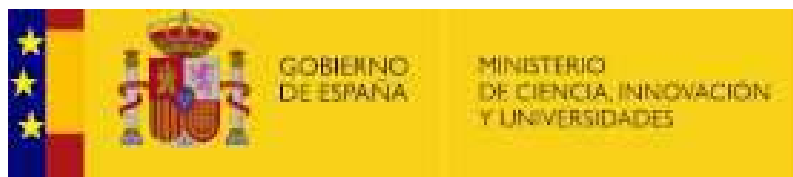
<http://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4636>

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf

http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/VacGruposRiesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf

PREMIOS NACIONALES DE INNOVACIÓN Y DE DISEÑO 2019



El 6 de septiembre de 2019 se ha publicado la Resolución de 3 de septiembre de 2019 de la Secretaría Estado de Universidades, Investigación, Desarrollo e Innovación convocando los Premios Nacionales de Innovación y de Diseño 2019.

Modalidad “Trayectoria Innovadora”: empresarios y profesionales con una trayectoria de al menos diez años en la que la innovación ha sido una de las características relevantes.

Modalidad “Gran Empresa”: grandes empresas con una actividad innovadora de al menos diez años.

Modalidad “Pequeña y Mediana Empresa”: pequeñas y medianas empresas con demostrada actividad innovadora de al menos cinco años. Dotación económica de 30.000€.

Los Premios Nacionales de Diseño se convocan en las siguientes modalidades:

Modalidad “Profesionales”: profesionales del diseño (personas físicas o equipos de profesionales) con una trayectoria de al menos diez años de reconocido prestigio en el sector. Dotación económica de 30.000€.

Modalidad “Empresas”: empresas consolidadas que hayan incorporado el diseño a su estrategia empresarial durante al menos diez años.

Modalidad “Jóvenes Diseñadores”: dirigido a aquellos creadores, con una edad que no sobrepase los treinta y cinco años en el día de la presentación de la candidatura, y con una trayectoria profesional inferior a diez años. Dotación económica de 15.000€.

El plazo de presentación de candidaturas se abrirá el 7 de septiembre de 2019 a las 00:00 (hora peninsular) y finalizará a las 15:00 (hora peninsular) del día 15 de octubre de 2019.

La presentación de candidaturas se realizará necesariamente a través de los medios electrónicos habilitados para este fin en la sede electrónica del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades en el apartado “Procedimientos y servicios electrónicos” sección “Servicios Comunes y Otros”, sección “Premios y Reconocimientos” siendo imprescindible la posterior firma de la candidatura y registro de la misma.

La aplicación telemática estará disponible desde el día 7 de septiembre de 2019 a las 00:00 (hora peninsular) hasta el 15 de octubre de 2019 a las 15:00 horas, hora peninsular.

Consultas sobre la convocatoria
Por teléfono: +34 912 582 852
Por email: pnid@ciencia.gob.es

Horario de información al público:
teléfono: +34 912 582 852

Consultas de información general: Lunes a viernes de 9 a 19:00h; sábados de 9 a 14h
Horario de lunes a viernes de 9.00h a 15.00h.
Sábados de 9:00h a 14:00h.

Consultas de carácter informático: lunes a jueves, de 9:00 a 17:30h; viernes de 8:00 a 15:00h.

http://www.ciencia.gob.es/portal/site/MI_CINN/PNID



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

¿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



www.saludoralyembarazo.es

VII JORNADA DE LA COMISIÓN DE ÉTICA Y DEONTOLOGIA CECOVA

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



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



Inscripciones

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

Programa

17h.- Inauguración

Dr. D. José Antonio Ávila Olivares

Presidente del CECOVA

Dña. M^a 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

32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM



**International
Confederation
of Midwives**



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

TODA LA INFORMACIÓN EN:

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



PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:

Tipo de presentaciones.

Los cinco tipos principales de presentaciones son:

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

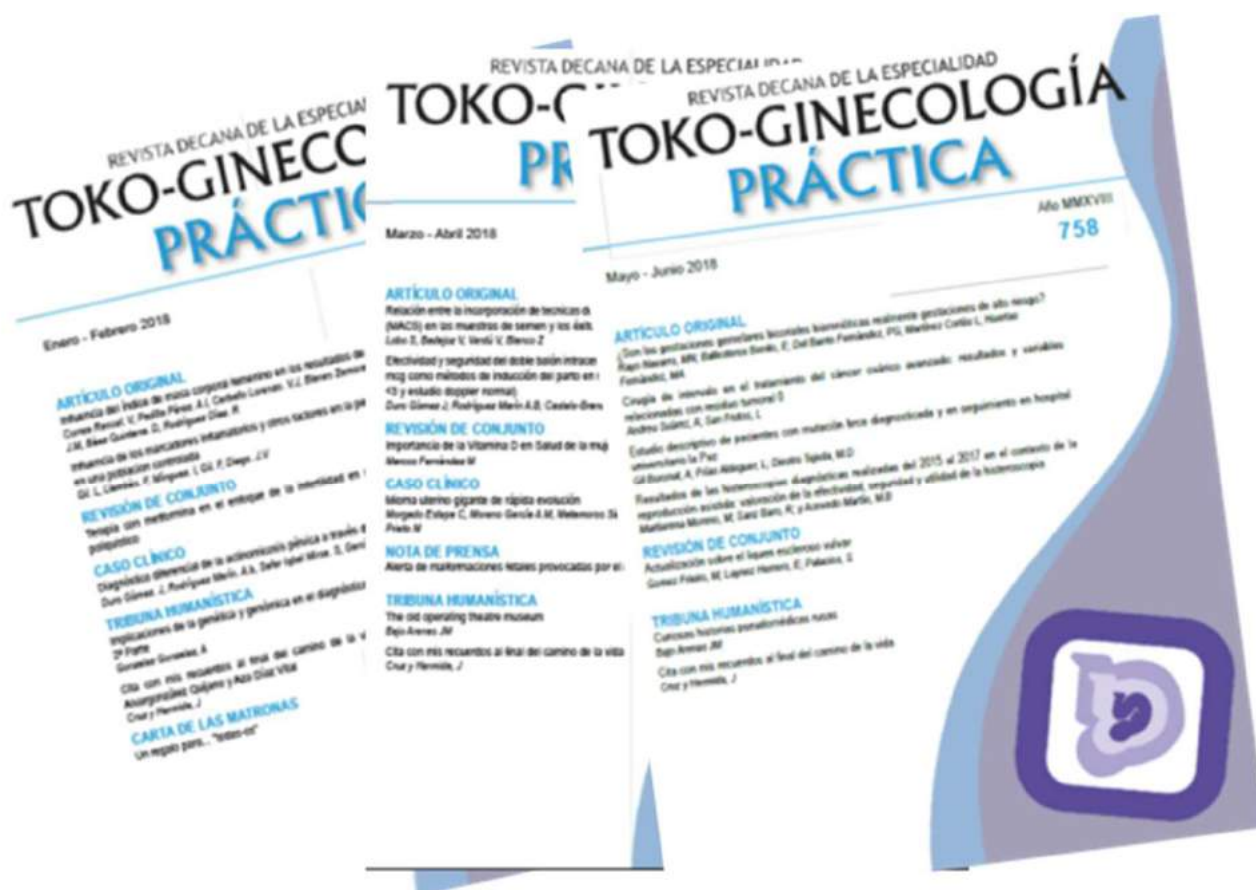
PLAZOS DE ENVIO	
Fecha límite de presentación	15 de mayo de 2019
Notificación de aceptación	11 de septiembre de 2019
El presentador debe estar registrado	01 de noviembre 2019

CONSULTAS EN:

abstracts@midwives2020.org

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

¿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

NOTA INFORMATIVA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Para profesionales sanitarios



ONDANSETRÓN^a: RIESGO DE DEFECTOS DE CIERRE OROFACIALES (LABIO LEPORINO, PALADAR HENDIDO) TRAS SU USO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Existe un ligero aumento del riesgo de defectos de cierre orofaciales en hijos de madres expuestas a ondansetrón durante el primer trimestre del embarazo.

Se recuerda a los profesionales sanitarios:

- No administrar ondansetrón durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre
- La necesidad de informar a todas las pacientes en edad fértil que requieran/se encuentren en tratamiento con ondansetrón acerca del riesgo de este tipo de defectos, recomendándoles el uso de medidas anticonceptivas eficaces.

Ondansetrón^a es un agente antiemético autorizado para el control de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y radioterapia citotóxicas, así como para la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios.

Datos procedentes de la literatura y la notificación de sospechas de reacciones adversas muestran que también se prescribe, fuera de su indicación autorizada, para el tratamiento de la hiperémesis gravídica y de formas más leves de náuseas y vómitos asociados al embarazo.

El Comité europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC), ha realizado una revisión del riesgo de malformaciones congénitas tras exposiciones durante el embarazo. Esta revisión se puso en marcha tras conocerse los resultados de dos estudios epidemiológicos de publicación reciente^{1,2}, los cuales sugieren un aumento de riesgo de defectos de cierre orofaciales y malformaciones cardíacas:

- **Huybrechts et al.1:** estudio de cohortes retrospectivo que incluyó 88.467 mujeres expuestas a ondansetrón durante el primer trimestre de la gestación comparándolas con 1.727.947 mujeres no expuestas. Se identificaron tres casos adicionales (14 versus 11) de defectos de cierre orofaciales por cada 10.000 nacimientos en la descendencia de las mujeres expuestas, relacionado principalmente con la aparición de casos de paladar hendido. No se observó incremento del riesgo de malformaciones cardíacas.
- **Zambelli et al.2:** estudio retrospectivo de casos y controles anidado llevado a cabo en 864.083 parejas formadas por madres e hijos, de las cuales 76,330 mujeres recibieron **ondansetrón** durante el primer trimestre del embarazo. El riesgo de anomalías cardíacas, principalmente defectos septales, fue superior en el grupo de niños de madres que recibieron **ondansetrón** durante el primer trimestre. No se observó incremento del riesgo de defectos de las hendiduras orofaciales.

Teniendo en cuenta los resultados de estos estudios, así como de otros disponibles, las conclusiones de esta revisión han sido las siguientes:

- En hijos de madres que recibieron **ondansetrón** durante el primer trimestre de embarazo existe un ligero aumento de riesgo de defectos de cierre orofaciales.
- Los resultados del conjunto de estudios disponibles no son concluyentes sobre el riesgo de malformaciones cardíacas debido a la inconsistencia de los resultados y a la heterogeneidad de los diversos estudios.



NOTA INFORMATIVA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Para profesionales sanitarios



La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios recuerda a los profesionales sanitarios:

- Ondansetrón no está indicado para tratar a mujeres embarazadas y este uso debe de evitarse especialmente durante el primer trimestre de la gestación.
- Es importante informar a todas las pacientes que estando en edad fértil requieran/se encuentren en tratamiento con ondansetrón, acerca del riesgo de defectos de cierre orofaciales en caso de administración durante el primer trimestre del embarazo, recomendándoles el uso de medidas anticonceptivas eficaces.

La ficha técnica y prospecto de todos los medicamentos con ondansetrón se actualizarán para incorporar esta nueva información de seguridad. Está previsto evaluar el riesgo de malformaciones congénitas asociado a la administración durante el embarazo del resto de principios activos pertenecientes al grupo de ondansetrón (antagonistas de los receptores de serotonina 5HT3).

Finalmente se recuerda la importancia de notificar todas las sospechas de reacciones adversas a través del Centro Autonómico de Farmacovigilancia o del formulario electrónico disponible en www.notificaRAM.es

^A En España, este principio activo se encuentra comercializado para su administración oral y parenteral bajo diversos nombres comerciales, los cuales pueden consultarse en CIMA, el Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS

¹ Huybrechts KF et al. Association of Maternal First-Trimester Ondansetron Use With Cardiac Malformations and Oral Clefts in Offspring. JAMA. 2018 Dec 18; 320 (23): 2429-2437. DOI:[10.1001/jama.2018.18307]

² Zambelli-Weiner A et al. First Trimester Ondansetron Exposure and Risk of Structural Birth Defects. Reprod Toxicol. 2019 Jan; 83: 14–20. DOI: [10.1016/j.reprotox.2018.10.010]



ACOSO LABORAL: PASOS LEGALES PARA COMBATIR EL «MOBBING»

El acoso laboral o «mobbing» afecta a alrededor de un 15% de los trabajadores en España, pero solo un 5% denuncia. Las mujeres es el colectivo más afectado, seguido por los trabajadores temporales.

El acoso laboral, también conocido como «mobbing», es definido por los tribunales como **“toda situación o conducta que, por su reiteración en el tiempo, por su carácter degradante de las condiciones de trabajo y por la hostilidad o intimidación del ambiente laboral que genera, tiene por finalidad o como resultado atentar o poner en peligro la integridad del trabajador”**.

Hay países de nuestro entorno que cuentan con una legislación específica sobre el acoso laboral, pero no es el caso de España (aunque si está penado). En Suecia, desde 1993 o en Francia desde hace casi 15 años.

¿Qué es acoso laboral y qué no?

Es un término que engloba una gran variedad de acciones y actitudes. La Jurisdicción social requiere cuatro elementos a tener en cuenta.

1. **El hostigamiento, persecución o violencia psicológica contra una persona o un conjunto de trabajadores.**
2. **El carácter intenso de la violencia psicológica. Si no se da tal intensidad y el denunciante resulta afectado, se puede achacar más a la propia personalidad del demandante que al entorno laboral.**
3. **Prolongación en el tiempo (periodo que se suele cifrar en seis meses, aunque es estimado).**
4. **Que la finalidad de las actuaciones del agresor sean dañar psíquica y moralmente al trabajador para marginarlo de su entorno laboral.**

También hay un quinto elemento en cuestión que no todos los actores concuerdan en si es imprescindible o no: que se produzcan daños psíquicos en la víctima.

La mayor dificultad a la que ha de enfrentarse el supuesto damnificado de acoso, radica en la acreditación de los hechos y conductas sufridas.

¿Cómo lo demuestro?

Este tipo de conductas se suele llevar a cabo bajo la apariencia de normalidad y casi nunca deja rastro por escrito, por ello muchas veces no es fácil demostrarlas ante un juez.

Como regla general, la parte que alega unos hechos tiene la obligación de acreditar que los mismos son ciertos. En los casos de acoso laboral el trabajador tendrá que aportar indicios de la existencia de dicho acoso y será la empresa la que tenga que acreditar que existe una justificación objetiva y razonable de las conductas llevadas a cabo o de las medidas adoptadas.

En la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo del 20 de noviembre de 2014 se valida la utilización de grabaciones magnetofónicas y las conversaciones mantenidas a través de aplicaciones como WhatsApp, siempre y cuando estas pruebas sean utilizadas únicamente por el trabajador acosado para defenderse de un procedimiento judicial.

¿Acciones legales?

Los casos de acoso laboral pueden ponerse en conocimiento de dos instancias:

1. **Denuncia ante la Inspección de Trabajo:** que exige responsabilidades administrativas ante el empresario en caso de incurrir en conductas contrarias a la dignidad de sus trabajadores. El Inspector constata de forma directa y personal los hechos denunciados mediante la visita al centro de trabajo, en el que pueda acceder a los testimonios de testigos, consultar documentos y verificar condiciones de trabajo. Las actas emitidas por la Inspección de Trabajo es un medio de prueba idóneo para utilizar en un procedimiento judicial.



Por otra parte, la Jurisdicción de lo social reconocerá el derecho del trabajador a las indemnizaciones que le correspondan.

2. Procedimiento de tutela de derechos fundamentales y libertades públicas: cuyo objeto se limita al conocimiento de la vulneración del derecho fundamental. La Sentencia que se dicte declarará si ha existido o no vulneración de derechos fundamentales, y en caso afirmativo ordenará el inmediato cese de la actuación, la restitución al estado anterior y el reconocimiento de una indemnización por los daños ocasionados a la víctima.

El trabajador tiene derecho a solicitar la extinción de su contrato de trabajo ante una modificación sustancial de sus condiciones laborales que redunden en perjuicio de su dignidad, con derecho a percibir la indemnización fijada para el despido improcedente.

Además, a través del procedimiento ordinario, se puede reclamar una indemnización por daños y perjuicios. Dicho procedimiento requiere intento de conciliación previa, y la demanda debe contener el mismo grado de exhaustividad que en los dos procedimientos anteriores, debiendo acreditarse expresamente la conducta y el resultado que la misma ha ocasionado en el estado de salud del trabajador. ■

Alberto Ortega. Abogado

<http://www.opabogados.com>

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



A VISIÓN OF LIGHT (UNA MUJER EN LA TORMENTA 1988)



Hoy os presento este ameno libro del que es protagonista una mujer inglesa del siglo XIV: Margaret, joven esposa de un rico comerciante londinense que, dicta a un fraile, el hermano Gregory, el relato de las insólitas experiencias de su vida y de las aventuras a las que se ha enfrentado en su corta vida. Sus orígenes especialmente humildes, porque es hija de una pobre familia campesina, fueron determinantes para que con tan solo catorce años se viera obligada a casarse con un viudo ambicioso y malévolo. Adquirió habilidades de curandera y asistente de partos, lo que la puso en el punto de mira de la Inquisición y llegó a ser acusada por esta de brujería y estar a punto de morir a manos del implacable aparato de la Inquisición que, en el medievo se expandió por el mundo cristiano.

Este libro tiene un trasfondo claro de discriminación hacia la mujer en base a la consideración de las mujeres que ya Aristóteles en su tiempo sentenció con su aplastante autoridad: “La mujer tiene una capacidad menor que el hombre para juzgar las cualidades abstractas”, de lo cual se infería que la mujer carecía de opinión y debía de guiarse por la voluntad del hombre, prestarle obediencia debida era la única virtud que Aristóteles reconocía a la mujer frente al hombre.

Hay un pasaje curioso en el desarrollo del libro en el que la protagonista, Margaret, mientras desgrana sus anécdotas para que el fraile copista lo plasme en el libro de su vida, este intenta poner freno a los comentarios y sueños de la joven y constantemente le recrimina muchas de sus acciones lo que en ese punto decide justificar a Margaret explicando y tomando por verdad lo que Aristóteles había sentenciado sobre las mujeres y la obediencia debida de estas a los hombres, por lo que era imposible aceptar ningún tipo de iniciativas por parte de la mujer como las que relataba la joven por su parte.

Ante la contundencia de las afirmaciones del fraile, Margaret se siente reprobada y bala la vista hacia el bordado que tiene entre manos y le lanza una pregunta con un tono irónico imperceptible para él: Ese Aristóteles, era un hombre ¿verdad?. Con suficiencia y contundencia el fraile afirma: Desde luego y ella sin levantar la cabeza de la labor para que no fuera evidente la risa que le provocaba la situación contesta: Sí, claro.

Este diálogo expresa el conflicto que subyace en todo el libro: la discriminación por cuestión de género que las mujeres hemos sufrido a lo largo de la historia de la humanidad y de la que aun persisten retazos en la sociedad del siglo XXI en la que vivimos.

Si bien la novela no presenta un hecho histórico, toda la trama transcurre en la Inglaterra medieval del siglo XIV y describe la vida diaria, costumbres y ambientes de la época, relatos que no son habituales encontrar tan ajustados a la realidad de la época pero que en este caso, la autora ha logrado con su buena e ingente documentación, sin que falte en la descripción de la época la dosis de



oscurantismo, de pócimas, alquimia y experiencias religiosas propias del medievo.

La vital protagonista conjunta en el relato de su vida casi todas las situaciones y vivencias de los seres marginados en aquella época: las hijas humildes, las esposas maltratadas, las curanderas y comadronas, los feriantes, los reos de un sistema inquisitorio... Vive sin entender el sistema que intenta someterla, no se rebela contra él pero tampoco deja que la encierre en sus esquemas y le parece de lo más natural el querer dejar sus memorias a sus hijas o a las hijas de sus hijas, o a alguien que en algún momento pueda leerlas. Desgraciadamente como la inmensa mayoría de las mujeres de esa época y muchas épocas después, Margaret no está alfabetizada y necesita de un escribiente, fray Gregorio, uno de esos segundones que se empeña en tener un encuentro divino, a base de penitencias y sacrificios, y es la antítesis de la protagonista, hombre, culto, supuestamente más libre pero igualmente preso de un destino, que aceptará por razones fundamentalmente económicas y gastronómicas el encargo de convertir esa vida insignificante en un libro.

Destacaría la relación que se establece entre la protagonista y el fraile y cómo a medida que avanza el relato se va agrandando la relación entre los dos, la influencia de uno en el otro, la forma en que ambos van exponiendo la cara y cruz del mundo que les ha tocado vivir para finalmente tornarse los papeles y confirmarse como tantas veces que, el discípulo se vuelve maestro.

Hay personajes secundarios que conquistan al lector y pasajes muy logrados, como la escena de los partos simultáneos o el interrogatorio de los inquisidores.

Sin ser una obra literaria perfecta diría que es una aventura narrada con estilo y gracia, emocionante narración histórica y romántica que tiene un final feliz y además nos habla de la asistencia al parto y a las mujeres en el medievo, algo que a las parteras les ocasionó muchos problemas incluso a muchas la muerte a manos de la despiadada Inquisición.

La autora, Judit Astria Merkle Riley, fue doctora en Filosofía por la Universidad de California en Berkeley, y profesora de Ciencias Políticas en el Claremont McKenna Collage de Claremont.

Las protagonistas de sus libros son mujeres porque ella estaba profundamente involucrada en los conflictos que moldearon la vida de mujeres fuertes desde la Edad Media hasta las cortes francesas del Renacimiento. Sus personajes saltaron de la página con el vigor, el coraje y la calidez que formaban parte de Judith "Las novelas históricas maravillosamente entretenidas de Riley están marcadas por su profunda comprensión de la vida y la condición humana. Sus notables talentos como narradora se basan en su incesante investigación, su rigor intelectual y su ingenio satírico irónico", afirmaba Jean Naggar, agente literario de toda la vida de Riley con motivo del fallecimiento de esta autora a los 68 años en septiembre de 2010.

Merkle publicó 6 novelas históricas entre 1989 y 1999 traducidas a diferentes idiomas del inglés.

A la primera edición (1988) de este libro que hoy comento , le han seguido al menos 3 reediciones en español de las que destacaría el acierto en la elección de sus portadas mostrándonos una fiel imagen del aspecto de la mujer medieval.

"Una mujer en la tormenta" (A vision of light) fue el primero de una trilogía ambientada en el siglo XIV en la Inglaterra medieval: In Pursuit of the Green Lion, 1990 (En busca del león verde), The Water-Devil, 1992 (El diablo de agua) completan la mencionada trilogía.

Rosa M^a Plata Quintanilla. Matrona

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

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

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

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

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

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

40 AÑOS 40 LOGROS



www.aesmatronas.com





www.aesmatronas.com