



INFORMatronas

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS DICIEMBRE 2019 N.º 42

COMPARTIMOS BUENAS Y MALAS NOTICIAS
NOTICIAS BREVES DICEN QUE LAS MATRONAS
HEMOS LEIDO
COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES
NOTICIAS DICEN QUE
ESTÁ PASANDO INFORMACION COMPARTIMOS
CUELTAN QUE HEMOS LEIDO
NOTICIAS QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS
ESTÁ PASANDO HEMOS LEIDO
QUE CUENTAN DICEN
COMPARTIMOS INFORMACION
NOTICIAS BREVES CUENTAN
QUE LAS PASANDO
COMPARTIMOS MATRONAS
NOTICIAS BREVES INFORMACION
BUENAS ESTÁ PASANDO
COMPARTIMOS CUENTAN QUE
NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO
NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS DICEN QUE
ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES
CUELTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE PARA
NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
ESTÁ PASANDO ESPECIAL MATRONAS
DICEN QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION
COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN





Presentación

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

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

*Los contenidos 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
Lucía Moya Ruiz

En éste número...

☐ **ESPECIAL I:**

- EL SILENCIO COMO UN GESTO DE RESPETO

☐ **ESPECIAL II:**

- LA PRÁCTICA DE LA OBSTETRICIA Y ALGUNA PARADOJA JURÍDICA EN SU DESARROLLO CLÍNICO

☐ **ESPECIAL III**

- RECORDANDO A MARGARITA SALAS : UNA VIDA DEDICADA A LA SOCIEDAD A TRAVÉS DE LA CIENCIA

☐ **HEMOS LEÍDO:**

- EL SOBREPESO ANTES DE LOS 40 AÑOS AUMENTA EL RIESGO DE CÁNCER
- EN LA ACTUALIDAD, SOLO LA MITAD DE LAS MADRES INICIAN DE FORMA ESPONTANEA EL PARTO

☐ **MUY INTERESANTE:**

- SAMEN 2020
- BOCA SANA, EMBARAZO SALUDABLE
- LIGADURA DE TROMPAS Y EDAD NATURAL DE LA MENOPAUSIA
- TESTOSTERONA PARA MUJERES: ¿ LUZ VERDE PARA EL SEXO, LUZ ÁMBAR PARA LA SALUD?
- ENCUESTA EUROPEA DE EPIDEMIOLOGÍA VULVOVAGINAL (EVES)
- SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA: RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

☐ **BREVES:**

- ENCUESTAS
- XVII CONGRESO DE MEDICINA PERINATAL 2020
- OCURRENCIAS DE MATRONAS
- NOTICIAS DE SIMAES
- VII JORNADA DE MASAJE INFANTIL 2020
- OFERTA DE TRABAJO

☐ **BUENAS NOTICIAS:**

- LAS MATRONAS SE ADHIEREN A NURSING NOW ESPAÑA EN UN ENCUENTRO EN EL QUE TRASLADAN AL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA LAS PRINCIPALES PREOCUPACIONES DE SU COLECTIVO.
- JORNADA PARA MADRES CON LA CAMPAÑA " EL BEBE LO QUE TU BEBES"
- SOMOS MATRONAS CON "GAFAS VIOLETAS"
- MÁSTER EN SEXOLOGÍA SANITARIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO
- CURSO ON LINE CUALIFICACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA Y FERTILIDAD HUMANA
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM

☐ **PERLAS JURÍDICAS:**

- EL TRIBUNAL SUPREMO CONDENA A LA COMUNIDAD MURCIANA AL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN DE 600.000 EUROS POR MALA PRAXIS MÉDICA DURANTE UN PARTO

☐ **LECTURA RECOMENDADA:**

- MIDWIFE

☐ **AGENDA A.E.M. : CURSOS 2020**

- XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



EL SILENCIO COMO UN GESTO DE RESPETO

Casi estamos a finales de año, dónde uno empieza ya a pensar qué menú hará para la comida de Navidad, si estarán todos alrededor de la mesa o faltará alguien, o incluso si me tocará trabajar en el hospital. Los centros de salud, en esos días festivos, interrumpen las consultas ordinarias. Puede que nos toque celebrar alguna comida o cena con las compañeras y compañeros del servicio y aun siendo lícito, deberíamos pensar qué impacto puede tener la falta de silencio en las personas que están ingresadas en nuestra sala o en las que estamos atendiendo. Y os preguntaré ¿qué tiene que ver esto con el título del artículo o con la bioética?

Conceptos:

Debería comenzar por definir qué es “silencio”, una palabra latina (silentium) que según la RAE, en su segunda acepción dice “falta de ruido”. Entiéndase ruido por “Sonido inarticulado, por lo general desagradable”¹ o en semiología “interferencia que afecta a un proceso de comunicación”.

El silencio es un vocablo que se utiliza en muchas disciplinas, desde la más pura burocracia (silencio administrativo, como pasividad) hasta en la música como referencia de “pausa”.

En la sociedad actual estamos rodeados de ruidos, de todo tipo y en todos los lugares, no hay lugar para el silencio, incluso entre las personas, no nos escuchamos, hablamos y hablamos unas con otras y aun no emitiendo palabra alguna, en nuestro cerebro hay ruidos, pensamientos que nos alejan del presente y muchas veces de la persona que tenemos enfrente.

El silencio se utiliza muchas veces como algo negativo (silencio incómodo), como no tener nada qué decir (el silencio vacío), o como fin de algo (“y de repente se hizo el silencio”). De hecho, hasta 55 adjetivos he encontrado para la palabra silencio.

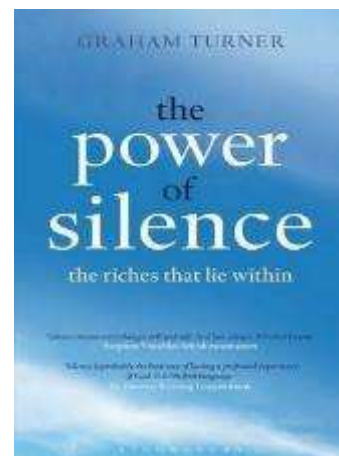
En bioética se habla de “la complicidad del silencio”² del cual ya he escrito, haciendo referencia a ser cómplices de una mala praxis por omisión de nuestro deber de informar y también se dice “el complot del silencio” en referencia a la omisión del derecho a la información que un paciente tiene pero que la familia pacta con el profesional omitirla en un acto de “protección” ante una mala noticia.

Dicho todo esto, en un intento de ver las diferentes connotaciones, veamos un caso práctico para comprender mejor el significado que puede tener y sobre todo, su impacto como valor ético aplicado en nuestra profesión, una profesión de cuidado y atención hacia otra persona.

CASO PRÁCTICO

Contaré dos casos, uno personal y otro obstétrico.

En una planta de medicina interna, estábamos acompañando a un familiar en el final de sus días. La sala, de unos 4 años de antigüedad, con resplandecientes suelos, ventanales amplios y luminosos, y las habitaciones en su corredor, a ambos lados, con puertas grandes que dan paso a unas habitaciones de uso individual y muy confortables, tanto para el paciente como para los familiares y acompañantes. Lo que más me impresionó fue no ver a nadie en las puertas charlotteando con el familiar de al lado o incluso no ver mucha gente transitando por el pasillo, se respiraba una tranquilidad y un “silencio” digno de envidiar en muchos otros servicios de los que guardo una imagen nefasta pues me recordaban a un mercadillo, hacinado de puestos de productos variopintos.





Toda esta imagen idílica se rompió cuando en el control de enfermería, situado en el centro del pasillo, las únicas voces que se oían eran las del personal que allí estaba, con la tv puesta, intercambiando opiniones sobre la última película que fueron a ver, sus voces destacaban por encima del silencio imperante aun con la puerta cerrada. A según qué horas, los carros de comida y los del material de limpieza hacían su aparición. Unas se llamaban a otras de un extremo a otro del pasillo como pregoneras de una fiesta. Y nosotros allí esperando que pasara el tiempo y llegara el final, entre tanto ruido, en mi opinión, innecesario y vivido como una falta de respeto hacia los que estaban allí, postrados en una cama, sin poder salir, en sus diferentes circunstancias. Posiblemente mi error no fuera advertirles de lo desagradable que resultaba estar viendo morir a una persona y escuchando las últimas novedades de la cartelera “a grito pelao” que diría el otro!

Y esto, en nuestro trabajo en los hospitales, aunque intuyo que pasa igual en los centros de salud, dónde los carteles de “Silencio, no molesten”, no cumplen su objetivo y por ejemplo, en la sala de maternidad, donde los familiares se acumulan en las habitaciones para visitar a la recién parida, en ocasiones con niños menores, y que más que otra cosa, lo que consiguen es alterar la tranquilidad y sosiego necesario después de un parto, no sólo de la puerpera visitada sino la de sus vecinas, aun siendo habitaciones individuales.

Algunas de las situaciones que se dan en la sala de dilatación o paritorio son peor. Más allá del llanto de un recién nacido o de una gestante con algún grito o gemido, normal por otra parte, se oyen las risas y gritos del personal, entiendo que inconscientes de la situación y de la percepción de “desatención” resultante en la mujer o su pareja.



Estamos hablando de esos “ruidos” innecesarios que dan a entender “me da igual lo que te pase porque para mí no existes”. Ruidos que hacen que el otro sea invisible ante nosotros, que no lo tengamos en cuenta y nos de igual su circunstancia y necesidades.

Y no voy a hacer referencia a los móviles que suenan en medio de una dilatación, o a las conversaciones “ajenas” que a veces se ven obligadas a escuchar en uno u otro sitio delante de ellas.

ARGUMENTARIO ÉTICO Y LEGAL

No voy a argumentar con ninguna ley o artículo del código deontológico. Solo apelo a la reflexión en silencio y a la capacidad de ponernos en la piel del otro.

La profesionalidad o la buena praxis no sólo es la ejecución correcta de nuestra disciplina, también es hacerlo respetando al otro y una forma de respeto es tenerlo en consideración y no contaminar su proceso con ruidos innecesarios, que más que contribuir a mejorar su estado, altera el contexto, su vivencia y su recuerdo. No hay que tener miedo a estar en silencio, a veces es la mejor herramienta para ocuparnos de nosotros mismos y ocuparnos mejor del otro.

Y como no podía ser de otra manera, mi frase para este final de año del filósofo chino Lao Tse: **“Cuando logres escuchar el silencio habrás aprendido el idioma del alma”** y una mía como regalo: **“El silencio puede ser un gesto de respeto, y de reconocimiento del otro”**.

Referencias

1. RAE, acepción 1ª
2. INFOMATRONAS, Nº 25, Mayo 2018. AEM

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

LA PRÁCTICA DE LA OBSTETRICIA Y ALGUNA PARADOJA JURÍDICA EN SU DESARROLLO CLÍNICO

Juan Siso, profesor de Derecho Sanitario de la Universidad Rey Juan Carlos. El autor aborda las implicaciones judiciales de atenciones obstétricas complejas: un parto en casa en situación de riesgo para el feto y la práctica de una cesárea en contra de la voluntad de la gestante.



El ejercicio de la Medicina a la luz del Derecho fue el título de un libro que, tiempo atrás, escribí mostrando la complejísima relación de estos dos elementos. **Si la Medicina es el arte y ciencia de atender nuestra salud, el Derecho es un instrumento organizador de la convivencia, la vida diaria y las relaciones humanas.** Una de las dimensiones más relevante de esas relaciones es, precisamente, el ejercicio de la Medicina sobre las personas.

Una manifestación de la práctica médica, de las más complejas en sus valoraciones jurídicas es la Obstetricia. Los espacios vitales próximos al principio y el fin de la vida muestran, en efecto, situaciones de muy difícil valoración bajo el prisma jurídico. Tanto que, en algunas ocasiones, la solución jurídica nos llena, en principio, de estupor, hasta que serenamos nuestro ánimo y analizamos detenidamente la situación y los elementos de su valoración.

Los espacios vitales próximos al principio y el fin de la vida muestran, en efecto, situaciones de muy difícil valoración bajo el prisma jurídico

Voy a examinar dos asuntos que pueden situarse en esta línea, cuando leemos los titulares y hasta que examinamos y valoramos de forma suficiente todos sus componentes, los bienes jurídicos protegidos y el modo de hacerlo.

Caso 1. Una mujer es obligada a sufrir una cesárea contra su voluntad.

¿Cómo? ¿Acaso no puede una madre elegir el modo

de alumbrar a su criatura? ¿Puede desconocerse ese ejercicio de su autonomía? Veamos.

HECHOS ANALIZADOS:

Una mujer embarazada de 32 semanas (7 meses) se negaba a dar a luz, siendo advertida de la necesidad de una cesárea de urgencia. La embarazada rechazaba cualquier tratamiento médico, a pesar de que se le expuso el riesgo que esta actitud negativa conllevaba para la salud del feto. La mujer argumentaba que la solución propuesta por el medio sanitario no se trataba de un parto natural, rechazando dicho método, y aludiendo a razones culturales. Actuaba de esa manera pese a las recomendaciones del equipo médico del Hospital General de Elche, que detectó que el feto tenía el cordón umbilical obstruido, por lo que corría el riesgo de fallecer al no poder recibir el oxígeno y los nutrientes necesarios para sobrevivir. En casos como éste, y dependiendo del periodo de gestación y del estado del feto, se opta por provocar el parto o por realizar una cesárea, como medida de emergencia, solución esta última que se valoró como procedente en el caso presente. Ante esa situación de compromiso vital para el feto y ante la negativa de la madre a la solución ofrecida, desde el equipo jurídico del hospital se solicitó un permiso de urgencia al juzgado para poder realizar la cesárea. Mientras tanto en el medio clínico se preparaban todos los elementos necesarios para atender este asunto.

VALORACIÓN JURÍDICA:

La magistrada (titular del Juzgado de Instrucción número 1 de Elche) que examinó este asunto y la Fiscalía autorizaron al equipo médico a realizar la cirugía, aún en contra de los deseos de la madre de no recibir atención médica alguna, velando, desde el medio judicial, por la vida de la criatura por estimar preferente el interés del fruto del embarazo sobre la voluntad de su madre. La criatura, tras la cesárea practicada, ingresó en la UCI neonatal evolucionando favorablemente, si bien siguen de cerca la situación del bebé para asegurarse de que los padres le proporcionan los cuidados médicos necesarios y dejan trabajar al equipo médico, a pesar de esa tendencia naturista que manifestaron, para negarse a la práctica de la cesárea de emergencia que se necesitaba para salvar la vida de la criatura.

HERRAMIENTAS JURÍDICAS UTILIZADAS:

El medio sanitario había ofrecido una respuesta clínica adecuada a la madre, que al no ser aceptada por ésta obligó a judicializar la situación. Judicializar supone tomar decisiones clínicas en sede jurídica. No es deseable, pero a veces es inevitable y necesario por la gravedad de los bienes jurídicos comprometidos. La magistrada dio una respuesta legal correcta, la única, por cierto que cabía en este caso: **practicar una cesárea, aún contra la voluntad de la madre portadora del feto, para salvar la vida de este último.** En el Derecho sanitario, bajo el principio de autonomía del paciente, prevalece la libre decisión de éste sobre su salud e incluso sobre su vida. Siempre que la decisión se refiera a sí mismo (un enfermo que se niega a aceptar quimio, cuando la precisa vitalmente, por ejemplo, no puede ser obligado a este tratamiento). **Cuando el tercero implicado es un menor no puede decidirse poniéndole en riesgo.**

Recordamos el caso de los Testigos de Jehová que, bajo pretendido ejercicio de patria potestad, niegan una transfusión al menor que la necesita vitalmente. La decisión normativa (y judicial si procede) es transfundir, aún con oposición de unos padres que no pueden utilizar su patria potestad en contra del menor.

En el caso que estamos examinando se da una decisión libre de la madre de utilizar medios clínicos naturistas, evidentemente, pero cuando esa conducta pone en peligro al menor decae su derecho a decidir respecto de éste último según su criterio. Son de aplicación las siguientes normas:

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, recoge en su artículo 2, la preponderancia del interés de aquel sobre cualesquiera otros en litigio: **Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan.** En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten... los Tribunales, o los órganos legislativos primarán el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir. A efectos de la interpretación y aplicación en cada caso del interés superior del menor, se tendrán en cuenta los siguientes criterios generales

a) La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor...

Artículo 9 de la Ley 41/2002, tras su reforma por las Leyes 8/2015 y 26/2015: Cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo... la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente.

Con la normativa citada, en su aplicación a este caso, en la concurrencia del bien jurídico protegido autonomía decisoria de la madre y protección de la vida del menor, se dio preferencia a este último sobre el primero.



Caso 2. Muerte del feto sin responsabilidad de la madre por conducta pasiva.

¿Puede la madre decidir, incondicionada e impunemente por el feto, en cualquier circunstancia? ¿Puede haber algún caso en que no se castigue la desprotección del feto? ¿Nuestras leyes pueden desconocer esta conducta?

HECHOS ANALIZADOS:

Una mujer, defensora del parto natural, decidió atender este proceso en su domicilio. Asistió, previamente, con normalidad a las revisiones clínicas que precisaba hasta la semana 36, en que dejó de acudir a los controles. En el centro sanitario le habían informado de que el feto venía en posición podálica y precisaría, en su momento, de una cesárea para el alumbramiento sin peligro.

La madre buscó información en internet y preguntó a la matrona y a varias doulas, porque estaba en contra de que le hiciesen una cesárea. Manifestó que confiaba en que el feto se diera la vuelta antes del momento del parto. Si no ocurría así pensaba esperar a dilatar en casa y acudir, después, al hospital.

Todas esas previsiones no pudieron darse y en el desarrollo final de los acontecimientos el alumbramiento produjo un feto muerto. En el informe del 061, a la llegada de la unidad medicalizada constaba que “se encuentra tronco y extremidades inferiores fuera de canal vaginal, extremidades pálidas y frías y testes muy equimóticos. Se realiza episiotomía con salida de hombros y cabeza 20 minutos después de la llegada. Nace hipotónico, en apnea y en asistolia. Se inician maniobras de RCP no obteniéndose latido en ningún momento”. El informe forense concluyó que: “Los resultados de las pruebas Rx e histológicas indican que la muerte se produce de forma previa a la expulsión del feto. La ausencia de aire en los pulmones y por tanto la ausencia de respiración ha sido completamente acreditada. La presencia de aire en tubo digestivo (estómago) se explica por un tránsito de tipo pasivo facilitado por las maniobras de RCP.”

Puede llamar la atención el encuadramiento judicial de este caso en el delito de aborto, cuando no se produjo la expulsión prematura del feto. **Es preciso dejar constancia de que el Código Penal no define el concepto de aborto y hay que acudir a su descripción médica y jurisprudencial. El concepto de aborto, por el que se han venido decantando la mayor parte de los sectores doctrinales así como la Jurisprudencia constante en la materia, se refiere al mismo como la privación de vida autónoma al fruto de la concepción, ya sea mediante la expulsión prematura del feto en condiciones de no viabilidad, así como por la muerte del feto en el seno materno, antes de su alumbramiento.**

VALORACIÓN JURÍDICA:

El Juzgado de Instrucción número 4 de Vigo (procedimiento abreviado 2848/2018) declaró que “estamos ante un parto natural, a término, los hechos sólo podrían integrar un delito de aborto imprudente”.

Se declaró el sobreseimiento de las actuaciones, sin determinación de responsabilidad para la madre. No pudo deducirse judicialmente, por otra parte, responsabilidad de terceras personas al no haberse acreditado la presencia de nadie ajeno al entorno de la madre, en el escenario de los hechos.

HERRAMIENTAS JURÍDICAS UTILIZADAS:

Aquí no se produjo una judicialización de la situación, pues el medio judicial actuó una vez acaecidos los hechos, valorando lo sucedido y emitiendo un pronunciamiento de los mismos. Pero es preciso destacar que este pronunciamiento es de naturaleza jurídica, estricta y únicamente, no moral, en cuyo terreno podríamos deducir alguna responsabilidad de la madre, pero no desde la óptica penal, utilizada en sede judicial. Es muy difícil mantener una postura fría y objetiva, desde el punto de vista técnico jurídico, en una cuestión tan impregnada de valores morales, éticos, antropológicos, ideológicos... como la que estamos examinando.



La reforma operada en el Código Penal por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, no sólo derogó el art. 417 bis del Código penal, que contemplaba los supuestos de aborto no punible, concurriendo alguna de las tres circunstancias o indicaciones a las que se refería la Sentencia 53/1985 (terapéutica, eugenésica y ética), e introdujo un sistema de plazos (aborto libre, tras haber recabado información y un período de reflexión de 3 días, durante las primeras 14 semanas de gestación), sino que también aportó algunas modificaciones en los tipos penales vigentes.

El Código penal distingue, en su redacción actual, varios tipos de aborto.

- El causado por tercero sin consentimiento de la mujer o habiéndolo obtenido mediante violencia, amenaza o engaño (artículo 144).
- El producido con consentimiento de la mujer, pero fuera de los supuestos despenalizados.
- El autoaborto, por la propia mujer, fuera de los casos despenalizados (artículo 145).
- El aborto llevado a cabo por un tercero, en los casos legalmente previstos, bajo determinadas circunstancias: a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información legalmente exigible; b) sin haber transcurrido el período de espera preceptivo; c) sin contar con los dictámenes previos necesarios; d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

La embarazada no será penada en estos casos. (artículo 145 bis).

Aborto causado mediante imprudencia grave (profesional o no) de un tercero.

La mujer no será penada en estos casos. (artículo 146).

Como puede verse, en los dos últimos supuestos, ni el aborto con incumplimiento de requisitos formales ni el aborto imprudente implican penalmente a la mujer.

En el caso que nos ocupa la muerte del fruto de la concepción en el seno materno se produjo por imprudencia previsora de la madre, no por

conducta dolosa (intencional) y por ello no es penalmente reprochable, a la luz de la normativa vigente. No quería, ella, el suceso que se produjo, si bien sucedió por su conducta irreflexiva ante las advertencias recibidas del medio sanitario.

Un planteamiento decisivo. Definición del bien jurídico protegido.

En el escenario de los sucesos abortivos aparecen, aparte del agente causante del aborto (un tercero, en su caso), la criatura fruto de la concepción y la persona de la madre gestante. ¿A quién debe proteger el ordenamiento jurídico? Las tesis están divididas entre quienes apuntan a la protección de la criatura o de la madre, como intereses preponderantes sobre el otro de estos dos sujetos, según la postura adoptada.

Para que una acción deba ser tenida como imprudente es preciso que haya sido querida en sí misma.

En el primer caso se tiende a la penalización absoluta del aborto por atentatorio contra la vida del nasciturus. Bajo la segunda tesis, el aborto estaría permitido siempre que se contase con el consentimiento de la madre, en ejercicio del derecho a disponer de su propio cuerpo.

Hay, no obstante, una postura intermedia que, protegiendo al fruto de la concepción, considera, sin embargo, determinadas circunstancias de la madre y despenaliza el aborto respecto de su persona, cuando concurren ciertos requisitos legalmente previstos. Entiende, esta tesis, la importancia y necesidad de defender la vida de la criatura, pero, al tiempo, no desconoce la peculiar posición de la madre gestante y sólo la castiga cuando su conducta contra el feto haya sido dolosa (intencional), no castigando conductas imprudentes de aquella.

Para que una acción deba ser tenida como imprudente es preciso que haya sido querida en sí misma; que al realizarla se haya infringido una norma de cuidado, que es lo que la connota ➤

negativamente, y que, además, haya producido un resultado lesivo o de puesta en riesgo de un bien jurídico. El daño, en estos casos, no se busca, incluso trata de evitarse, a pesar de lo cual, por no tomarse determinadas medidas, se acaba produciendo.

Todos estos elementos concurren en los dos casos expuestos, de madres seguidoras de tendencias naturistas, y evitación de partos medicalizados.

En el primero de ellos sin resultado letal, afortunadamente, ante la intervención sanitaria forzosa, dado el peligro vital para el feto y en el **segundo con la muerte del feto, al no haber recibido la atención obstétrica necesaria.**

En los dos casos no hay castigo penal a la madre, por haberse actuado contra su voluntad, en el primero y no haber resultado lesivo para el feto y en el segundo por haberse deducido que no hubo intención de dañar a la criatura, sino sólo descuido en su atención, supuesto despenalizado, como hemos visto.

Nos queda la inquietud de preguntarnos, respecto del segundo caso examinado, si hubiera podido procederse de forma forzosa a la realización de la cesárea, como en el primer caso expuesto, de haberse encontrado la madre en el medio sanitario en los momentos decisivos

Artículo cedido por el autor y publicado también en Diario Medico.

AUTONOMÍA DEL PACIENTE CONDENA
 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEFENSA
 DIAGNÓSTICO ERROR DIAGNÓSTICO
 OBSTETRICIA HISTORIA CLÍNICA JUICIO
 INDEMNIZACIÓN AUTONOMÍA DEL
 PACIENTE INFORMES INHABILITACIÓN
 JUZGADO LEX ARTIS MALA PRAXIS
 MÉDICOS PENAL PARTO PERITOS
 RECLAMACIONES SENTENCIAS
 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
 AUTONOMÍA DEL PACIENTE SENTENCIA
 PARTOS PROFESIONAL CONDENA
 CONSENTIMIENTO CESÁREAS DEFENSA
 AUTONOMÍA DEL PACIENTE ERROR
 DIAGNÓSTICO OBSTETRICIA HISTORIA
 CLÍNICA LEY DE AUTONOMÍA DEL
 PACIENTE CONDENA CONSENTIMIENTO
 INFORMADO DEFENSA DIAGNÓSTICO ERROR
 DIAGNÓSTICO OBSTETRICIA HISTORIA CLÍNICA
 JUICIO INDEMNIZACIÓN AUTONOMÍA DEL
 PACIENTE INFORMES INHABILITACIÓN JUZGADO
 LEX ARTIS MALA PRAXIS MÉDICOS PENAL
 PARTO PERITOS RECLAMACIONES SENTENCIAS
 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
 AUTONOMÍA DEL PACIENTE SENTENCIA PARTOS
 PROFESIONAL CONDENA CONSENTIMIENTO
 CESÁREAS DEFENSA AUTONOMÍA DEL
 PACIENTE ERROR DIAGNÓSTICO OBSTETRICIA
 HISTORIA CLÍNICA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
 INFORMES INHABILITACIÓN JUZGADO LEX ARTIS MALA
 PRAXIS MÉDICOS PENAL PARTO PERITOS
 RECLAMACIONES SENTENCIAS RESPONSABILIDAD
 CIVIL PROFESIONAL AUTONOMÍA DEL PACIENTE
 SENTENCIA PARTOS INFORMES INHABILITACIÓN
 JUZGADO LEX ARTIS MALA PRAXIS MÉDICOS PENAL
 PARTO PERITOS RECLAMACIONES SENTENCIAS
 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL AUTONOMÍA
 DEL PACIENTE SENTENCIA PARTOS ECLAMACIONES

MARGARITA SALAS : UNA VIDA DEDICADA A LA SOCIEDAD A TRAVÉS DE LA CIENCIA

Ineludiblemente la finitud del ser humano tiene su máxima expresión en la muerte, aunque se dice que “a quien se recuerda siempre vive, nunca muere”. Pero además hay personas, auténticos personajes públicos, cuyo recuerdo a través de su legado se difunde más allá de su círculo íntimo. Estas han dedicado su vida, su carrera profesional al desarrollo de acciones, obras, que se convierten en una herencia para la humanidad, por ello es de justicia recordarlos y distinguirlos con el respeto y reconocimiento que merecen sus vidas puestas a disposición de la humanidad. Ellas son el máximo exponente de la vocación, esa actitud que mueve montañas y forja profesionales recios y rectos, esforzados e infatigables al desaliento que tantas veces se cierne entorno a los proyectos científicos.

Hoy, desde esta humilde tribuna queremos hacer un reconocimiento a una mujer excepcional, otra asturiana universal, Margarita Salas, que ha fallecido este mes a sus casi 81 años sin haberse tomado la jubilación, circunstancia que en múltiples entrevistas rechazaba afirmando que no debía haber jubilación para un científico mientras el interesado no quisiera, ya que a esas edades, explicaba ella, “*se atesora la experiencia de los años y se puede producir mucho*”; ella misma lo ha demostrado hasta el final de sus días que seguía trabajando en su laboratorio del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa como profesora “*ad honorem*” manteniendo la plena actividad, investigadora para seguir aportando más conocimientos a la bioquímica molecular, su vida y pasión profesional.

Licenciada en Ciencias Químicas por la Universidad Complutense de Madrid, y sobresaliente cum laude en su doctorado, fue una mujer discreta y laboriosa, de inmenso rigor científico y tesón de acero, una mujer que desafió los condicionantes de la época en la que las mujeres apenas estaban presentes en los ámbitos STEM (ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas) y marcados por el machismo de la



época pero que con su esfuerzo y determinación fundamentalmente y la ayuda de su marido, el también bioquímico, Eladio Viñuela, logró superar. Para hablar de ella, hacer una semblanza de su vida, nadie mejor que ella misma, y lo hacía en un artículo publicado bajo su autoría en el prestigioso *Journal of biological Chemistry* en 2012, al hilo de la investigación de su vida, el fago phi 29, enmarcado este en el periplo de por entonces 52 años de su trabajo científico, en ese año en que publicaba este artículo.

SU HISTORIA

“Nací en noviembre de 1938 en Canero, España, un pequeño pueblo en la costa norte de Asturias, cerca de Lluarca, donde nació mi maestro y amigo Severo Ochoa, ganador del Premio Nobel. Cuando tenía un año, después de que terminó la guerra civil española, mis padres se mudaron a Gijón, un pueblo también ubicado en la costa norte de Asturias. Allí, asistí a la escuela y recibí el título de bachillerato en 1954. Mis padres tenían tres hijos, un niño y dos niñas, y habían dejado muy claro que mi hermana y yo seguiríamos una carrera universitaria, algo no muy común en ese momento. Antes de ir a la universidad, tenía que poseer estudios preuniversitarios, y tenía que elegir si quería seguir una carrera científica o humanista. Decidí entrar en la ciencia. Después de terminar mis estudios preuniversitarios, tenía que decidir qué disciplina científica quería estudiar. Dudé entre química y medicina. Debido a que no había medicamentos disponibles en la Universidad de Oviedo, cerca de

Gijón, decidí ir a la Universidad de Madrid (ahora llamada Universidad Complutense de Madrid) para seguir un supuesto curso selectivo, común para ambas carreras. Esto me dio un año más para tomar una decisión. Finalmente, decidí estudiar química. Creo que fue una buena decisión porque disfruté el trabajo de laboratorio, especialmente los laboratorios de química orgánica. Pasamos muchas horas durante varios meses haciendo trabajos prácticos en el laboratorio.

En el verano de 1958, cuando terminé mi tercer año de química, fui a Gijón para pasar las vacaciones de verano, y tuve mucha suerte de conocer a Severo Ochoa, quien tuvo una influencia importante en mi futuro. Ese año, Ochoa fue a Gijón, la ciudad natal de su esposa, Carmen, y vino a visitarnos a nuestra casa. Ochoa y mi padre eran buenos amigos y también tenían una relación familiar. Tuve la oportunidad de hablar con Ochoa sobre mis proyectos, y al día siguiente, asistí a una conferencia que él dio sobre su trabajo. Severo Ochoa fue un orador brillante, y su charla me fascinó. Todavía no había estudiado bioquímica, que se enseñaba al año siguiente, y Ochoa prometió enviarme un libro de bioquímica. De hecho, me envió el libro "Bioquímica general" de Joseph S. Fruton y Sofia Simmonds. Estaba muy feliz cuando recibí el libro dedicado por Severo Ochoa. Cuando terminé mis estudios de química, decidí dedicarme a la bioquímica. Ochoa me aconsejó que obtuviera un Ph.D. Licenciado en España con un excelente bioquímico, Alberto Sols, que se había formado en el laboratorio de Carl y Gerty Cori en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en St. Louis. Luego, podría ir al laboratorio de Ochoa en la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York (NYU) para recibir capacitación posdoctoral. Ochoa escribió una carta de referencia para que me aceptaran en el laboratorio de Sols y este no podía rechazar una solicitud de Severo Ochoa, incluso aunque yo fuera una mujer, porque para entonces ya había recibido el Premio Nobel. Durante mi tesis de doctorado, trabajé en el metabolismo de carbohidratos, principalmente glucosa -fosfato

isomerasa de levadura, la enzima que convierte la glucosa 6 fosfato en fructosa 6 fosfato. Descubrimos que la enzima tiene una actividad similar a la anomerasa, produciendo un producto intermedio que parecía ser la forma abierta de glucosa 6-fosfato. Este fue el primer hallazgo en mi carrera científica, algo que fue muy gratificante para mí. Los resultados de este trabajo fueron publicados en el Journal Biological Chemistry.

Al final de mis estudios de química, me comprometí con Eladio Viñuela, un estudiante brillante que también trabajó en el laboratorio de Alberto Sols mientras obtenía su Ph.D.grado. El trabajo de Eladio se ocupó de la fosfofructoquinasa de levadura, y demostró sus propiedades alostéricas. Además, descubrió una nueva enzima, la glucoquinasa hepática, que convierte la glucosa en glucosa 6-fosfato en el hígado y desaparece en ratas en ayunas y diabéticas. Me uní a Eladio en este trabajo y descubrimos que la enzima reaparece por realimentación y administración de insulina, respectivamente. Este trabajo también fue publicado en el Journal of Biological Chemistry, Publicar en ese momento desde España en una revista internacional tan prestigiosa fue un gran logro para nosotros.

Después de tres años en el laboratorio de Severo Ochoa, Eladio y yo decidimos regresar a España para tratar de desarrollar la biología molecular que aprendimos con Ochoa, sabíamos que sería difícil hacer investigación científica en España, pero queríamos intentarlo. Nuestra primera decisión fue el proyecto, que debería ser diferente de los que habíamos llevado a cabo en el laboratorio de Ochoa. También decidimos trabajar juntos porque sabíamos que sería difícil comenzar un grupo de investigación en España, y sería más fácil si uníamos nuestros esfuerzos.....Enviamos una propuesta de subvención al Fondo para la investigación médica Jane Coffin Childs Memorial Fund for Medical Research y obtuvimos la financiación, sin duda con la ayuda de Severo Ochoa. Solo gracias a esta subvención pudimos comenzar nuestro trabajo en

España porque, en ese momento (1967), no había fondos para la investigación...

Después de enterarnos de que nos habían otorgado la beca y de haber obtenido el fago $\phi 29$ de Dwight Anderson, regresamos a Madrid en julio de 1967 para comenzar nuestra aventura científica".

Esta aventura científica en 1970 separaría los caminos profesionales de la pareja como cuenta Margarita: *"Eladio decidió comenzar un nuevo proyecto, el estudio del virus de la peste porcina africana, que fue una plaga en España en general y en su tierra natal, Extremadura, en particular. Eladio también tuvo en cuenta que al dejar el trabajo $\phi 29$, yo sería la única líder del grupo en este proyecto que habíamos comenzado juntos. Esto me permitiría mostrarles a mis colegas que podía desarrollar mi propia investigación. En ese momento, el trabajo científico de las mujeres era muy poco apreciado. Trabajé duro, tuve muy buenos estudiantes y Eladio me ayudó continuamente. Me convertí en científico por derecho propio".*

En una entrevista al insigne Dr. Severo Ochoa publicada en el diario ABC en 1971, el periodista preguntaba al Nobel *"¿Quiénes son sus discípulos que trabajan en España en este momento? Que yo sepa cuatro: o sea dos matrimonios . Y don Severo sentenciaba "Ellos han sido los introductores de la biología molecular en este país: Viñuela-Margarita Salas y Antonio Sillero -Maria Antonia Gunter".*

SUS INVESTIGACIONES Y RECONOCIMIENTOS

Margarita Salas se dedicó la mayor parte de su vida al fago $\phi 29$, consiguió "retratar" a ese virus que infecta a las bacterias, permitió conocer cómo funciona el ADN y cómo la información que contiene se transforma en las proteínas que hacen funcionar al virus.

La científica, calificada por el CSIC como una de las mayores científicas españolas del siglo XX, de gran capacidad investigadora, divulgadora y formadora, supo aprovechar su visibilidad pública para fomentar la investigación científica así como la participación de las mujeres en la ciencia y la reivindicación de un

pacto de Estado por la ciencia.

Ella afirmaba que no hacía falta ser un genio para ser una buena científica y además se consideraba una persona absolutamente normal, por eso rechazó reiteradamente la comparación con la insigne Marie Curie, madre de la física, pero ha querido la casualidad o el destino que falleciera el mismo día en que la científica laureada con el Nobel naciera en Varsovia hace 152 años, también un 7 de Noviembre.

Ha publicado más de 300 investigaciones y tres patentes, un gran legado y afortunadamente en vida ha recibido importantes reconocimientos como el Premio Jaime I en español en 1994, el otorgado por la UNESCO que la nombró "Investigadora Europea de 1999". También los principales premios científicos nacionales, entre ellos el "Ramón y Cajal" de Investigación Científica (año 2000), el Premio Nacional de Investigación (2001), el Premio Mapfre a "Toda una vida Profesional" ((2009) o el Clara Campoamor del Ayuntamiento de Madrid y muchos más.

Era miembro de las academias, institutos y sociedades más prestigiosas, tanto en España como en el extranjero. Presidente del Instituto Español de las Academias de Ciencias de España, miembro de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales y de la Real Academia Española, de la Academia Europea de Ciencias y Artes, de la American Society for Microbiology y de la American Academy of Arts and Sciences, entre otras.

Presidió la Fundación Severo Ochoa y dirigió anualmente el curso de la Escuela de Biología Molecular "Eladio Viñuela", dentro de los cursos de verano de la Universidad Menéndez Pelayo de Santander.

Se le han otorgado muchos doctorados "Honoris causa" en diferentes autonomías y otros reconocimientos científicos y populares.

El propio Rey Juan Carlos le otorgó el marquesado de Canero tal y como se expresa en el BOE de 12 de Julio de 2008:



Foto: EPO

La valiosa entrega de doña Margarita Salas Falgueras a la investigación científica sobre biología molecular, realizada de forma intensa y rigurosa a lo largo de toda su vida profesional, merece ser reconocida de manera especial, por lo que, queriendo demostrarle mi Real aprecio, vengo en otorgarle el título de Marquesa de Canero, para sí y sus sucesores, de acuerdo con la legislación nobiliaria española. (Rey Juan Carlos)

El último premio lo recibió en este junio pasado en Viena, el premio al inventor del año 2019, entregado por la Oficina Europea de Patentes, en dos categorías: **logro de una vida y voto popular, un doble premio nunca otorgado con anterioridad en los 14 años de historia del galardón.**

Sin duda se ha ido una mujer excepcional con una entrega envidiable, una mujer que ha defendido la igualdad y la promoción de las mujeres y la ciencia como motor de avance de la sociedad y por eso, agradecidos, no la podemos olvidar.

D.E.P.

EL SOBREPESO ANTES DE LOS 40 AÑOS AUMENTA EL RIESGO DE CÁNCER

Un estudio de grandes dimensiones realizado entre Noruega, Suecia y Austria muestra que el riesgo de cáncer aumenta considerablemente si se padece obesidad antes de los 40 años. En el cáncer de endometrio, el riesgo aumenta en un 70 por ciento

Autores: Tone Bjørge, Christel Häggström, Sara Ghaderi, Gabriele Nagel, Jonas Manjer, et al Fuente: *International Journal of Epidemiology*, dzy188, <https://doi.org/10.1093/ije/dyz188> BMI and weight changes and risk of obesity-related cancers: a pooled European cohort study

PUBLICADO EN NOTICIAS MEDICAS

"El estudio ha sido dirigido por la Universidad de Bergen en Noruega, los investigadores querían demostrar cómo el sobrepeso adulto (IMC mayor de 25) y la obesidad (IMC mayor de 30) aumentan el riesgo de diferentes tipos de cáncer.

El estudio mostró que si se tenía sobrepeso antes de los 40 años, el riesgo de desarrollar cáncer aumenta en:

- 70 por ciento para el cáncer de endometrio.
- 58 por ciento para el cáncer de células renales masculino.
- 29 por ciento para el cáncer de colon masculino.
- 15 por ciento para todos los cánceres relacionados con la obesidad (ambos sexos).

"La obesidad es un factor de riesgo establecido para varios tipos de cáncer. En este estudio, nos hemos centrado en el grado, el momento y la duración del sobrepeso y la obesidad en relación con el riesgo de cáncer", dice el profesor Tone Bjørge, del Departamento de Salud Pública Global y Atención Primaria, Universidad de Bergen.



La obesidad aumenta el riesgo con el tiempo

En el estudio, los investigadores incluyeron adultos con dos o más mediciones, obtenidas con al menos tres años de diferencia, y antes de un posible diagnóstico de cáncer. En promedio, los individuos fueron seguidos durante aproximadamente 18 años. Los participantes obesos (IMC superior a 30) en el primer y segundo examen de salud tenían el mayor riesgo de desarrollar cáncer relacionado con la obesidad, en comparación con los participantes con IMC normal.

"El riesgo aumentó en un 64 por ciento para los participantes masculinos y 48 por ciento para las mujeres", dice Bjørge.

Evitar el aumento de peso

La obesidad es un desafío global y está asociada con un mayor riesgo de varios tipos de cáncer. Los resultados del estudio muestran que los adultos con sobrepeso y obesidad tienen un mayor riesgo de cáncer posmenopáusico de mama, endometrio, células renales y colon.

"Nuestro mensaje clave es que prevenir el aumento de peso puede ser una estrategia importante de salud pública para reducir el riesgo de cáncer", dice Tone Bjørge.

Hechos:

- Los investigadores utilizaron datos de 220.000 personas del estudio Me-Can, con participantes de Noruega, Suecia y Austria.
- Los datos de los exámenes de salud, incluida la información sobre la estatura y el peso, se vincularon con los datos de los registros nacionales de cáncer.
- 27.881 individuos fueron diagnosticados con cáncer durante el seguimiento, de los cuales 9.761 (35 por ciento) estaban relacionados con la obesidad.

Mensajes clave

- La duración del sobrepeso (solo hombres) y la obesidad a lo largo del tiempo se asociaron con un mayor riesgo de todos los cánceres relacionados con la obesidad combinados.
- El sobrepeso antes de los 40 años de edad aumentó el riesgo de todos los cánceres relacionados con la obesidad en aproximadamente un 15%, con mayores riesgos en particular para el cáncer de endometrio (70%), de células renales masculinas (58%) y de colon masculino (29%).
- La prevención del aumento de peso puede ser una estrategia importante de salud pública para reducir el riesgo de cáncer".



EN LA ACTUALIDAD, SOLO LA MITAD DE LAS MADRES INICIAN DE FORMA ESPONTANEA EL PARTO

- Las cifras muestran que sólo la mitad de las mujeres embarazadas se ponen de parto naturalmente debido al aumento de madres mayores o con sobrepeso que necesitan inducciones y cesáreas.
- En la última década, ha habido una caída del 20% en los partos que comenzaron espontáneamente.
- Durante el mismo período ha habido un aumento en el parto inducido y cesáreas.
- Los médicos creen que un aumento en las madres mayores y con sobrepeso están detrás del cambio.

El número de mujeres que inician el trabajo de parto de manera espontánea se ha reducido a sólo el 50 por ciento debido a un fuerte aumento en las madres mayores o con sobrepeso que necesitan ser inducidas.

En los últimos diez años ha habido una caída masiva del 20 por ciento en el número de partos que se inician naturalmente, según muestran nuevas cifras. Durante este período, la proporción de mujeres embarazadas que tuvieron parto inducido aumentó del 20% al 33%. La proporción de madres que tienen una cesárea aumentó del 11% al 17%.

El Dr. Patrick O'Brien, portavoz del Royal College of Obstetricians and Gynecologists, afirma: "Hay dos impulsores principales detrás de esta tendencia. Una es la creciente complejidad ya que las mujeres que tienen hijos hoy en día son cada vez más mayores y tienen más probabilidades de tener sobrepeso".

"Ser mayor significa que cuando tienes un hijo es más probable que tengas afecciones preexistentes, como presión arterial alta o diabetes ... Cada una de esas cosas aumenta las posibilidades de necesitar un parto inducido".

Es probable que las mujeres que ya tienen presión arterial alta la vean aumentar al final de su embarazo, lo que puede conducir a la condición de preeclampsia y sería una causa de inducción.

Las madres mayores y obesas tienen un mayor riesgo de complicaciones al dar a luz de forma natural.

En la última década, el número de madres menores de 20 años se redujo en más de la mitad, y la edad promedio de una madre primípara es de 30 años.

El otro factor detrás de la caída en los partos espontáneos es la creciente seguridad de que inducir el parto es un método seguro para dar a luz.

La inducción se ofrece a las mujeres que no inician el parto de forma natural a las 42 semanas, porque existe un mayor riesgo de muerte fetal o problemas para el feto en esta etapa del embarazo.

Lia Brigante, asesora de calidad y estándares en el Royal College of Midwives, dijo: "A todas las mujeres se les debe ofrecer información de alta calidad sobre los riesgos y beneficios asociados con la inducción del trabajo de parto y el manejo expectante para ayudarlas en la toma de decisiones".

Fuente: The Times



Miércoles 19 de febrero 2020

08:30 Recogida de documentación

08:45 - 10:00 Inauguración los grandes avances en Salud de la Mujer

10:00 - 11:00 Infecciones génito-urinarias, nuevas estrategias

11:00 – 11:30 Descanso café

11:30 - 12:30 Los dos nutrientes básicos en el sistema musculoso esquelético: Vit D y Colágeno

12:30 - 14:00 Avances en el riesgo cardiovascular de la mujer

14:16- Comida libre

16:00 - 17:00 Progresos de la anticoncepción

17:30 – 18:00 Descanso café

18:00 - 19:00 La Vulva y la Vagina, áreas de mayor conocimiento

Jueves 20 de febrero 2020

08:45 - 10:00 Respondiendo a las 10 preguntas más frecuentes de nuestras pacientes

10:00 - 11:00 Necesidad de usar las estrategias preventivas contra el virus del papiloma

11:00 – 11:30 Descanso café

11:30 - 12:30 Insomnio y depresión, dos patologías muy frecuentes en la mujer

12:30 - 14:00 Dolor sexual

14:00-16:00 Almuerzo libre

16:00 - 17:00 El reto de saber comer y beber

17:00 – 17:30 Descanso café

18:00 - 19:00 Manejo hormonal en la peri y post-menopausia





Programa

Viernes 21 febrero

08:45 - 10:00 La artrosis: necesidad de su prevención. ¿Qué herramientas tenemos para mejorar la situación?

10:00 - 11:00 Ácidos grasos Omega3 y salud de la mujer

11:00 - 11:30 Descanso café

11:30 - 12:30 Diabetes y mujer

12:30 - 14:00 Los test genéticos al servicio de la medicina preventiva

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.samem.es>

<https://www.samem.es/programa1>

<https://www.samem.es/inscripciones>

Cuotas de inscripción:

- Médicos y farmacéuticos: 300,00 Euros
- Enfermeras y matronas: 150,00 Euros
- Becados: 25,00 Euros*

La inscripción incluye:

- Certificado de asistencia
- Certificado de Créditos (en caso de haber cumplido con los requisitos)
- Entrada a sesiones científicas
- Carpeta de documentación
- Cafés

La inscripción debe realizarse únicamente a través del formulario electrónico que encontrará en esta página web: <https://www.samem.es/inscripciones>

La inscripción quedará formalizada en el momento en que se reciba el pago correspondiente y a continuación se le enviará un correo electrónico de confirmación.

Formas de Pago:

Mediante tarjeta de crédito.
Transferencia bancaria

“Instituto Palacios - SAMEM”

Banco Sabadell

Nº de cuenta IBAN:

ES19-0081-5077-7000-0148-7354

**SOLICITUD DE BECAS (Solo por mail):
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS**

matronas@asociación-nacional.com

BOCA SANA, EMBARAZO SALUDABLE

La matrona es la profesional sanitaria de referencia para todas las embarazadas. El vínculo que se establece entre la gestante y la matrona se convierte en un pilar fundamental que sirve de guía durante el embarazo y el puerperio.

El aumento de hormonas características durante este periodo y consecuencia de otros síntomas típicos del embarazo pueden tener un impacto negativo en la salud bucodental y, en algunos casos, puede llegar a afectar a la gestación. Por todo ello, es vital que la matrona esté bien informada sobre el impacto que la salud bucodental tiene sobre el embarazo.

A continuación se abordan los principales factores y riesgos durante la gestación:

- **Gingivitis del embarazo:** Se estima que entre un 60-75% de las mujeres embarazadas la padecen, principalmente entre el tercer y octavo mes. Se trata de un enrojecimiento, inflamación y sangrado de las encías debido a los cambios vasculares y hormonales durante la gestación.
- **Granuloma gravídico o tumor de embarazo:** Se describe como una tumoración benigna que aparece en la encía y desaparece tras el parto, fuertemente relacionada con la mala higiene oral.
- **Xerostomía fisiológica:** Dado los cambios hormonales, la sequedad de boca es una condición común durante el embarazo.
- **Caries:** Los vómitos característicos, sobre todo durante el primer trimestre, pueden erosionar el esmalte debilitándolo propiciando la aparición de caries.
- **Enfermedad periodontal o periodontitis:** En la



mayoría de los casos y no solamente durante el embarazo, si la gingivitis no se trata a tiempo puede derivar en una enfermedad periodontal, que se trata de una inflamación crónica con pérdida de los tejidos de soporte del diente (encía y hueso) que en sus estadios más severos puede derivar en la pérdida total dental.

Además, actualmente hay distintas líneas de investigación que relacionan la periodontitis con lo la enfermedad periodontal puede afectar de los siguientes factores:

- **Preeclampsia:** Diferentes estudios en la literatura científica sugieren que la enfermedad periodontal puede ser un factor de riesgo para padecer preeclampsia.
- **Nacimiento bajo peso/pretérmino:** Si bien aún no son concluyentes, numerosas revisiones sistemáticas relacionan la enfermedad periodontal y el parto prematuro o los nacimientos de bajo peso.

Dada la importancia de mantener una adecuada salud bucodental a lo largo de la vida y en particular durante el embarazo, estas son las siguientes pautas para lograr mantener una boca sana durante el embarazo que se pueden recomendar a las gestantes, basadas en la prevención tanto de la caries como de la gingivitis:



- **Revisión con su odontólogo:** es fundamental que la gestante acuda a la clínica dental para evaluar el estado de su boca y, si procede, realizar una higiene dental profesional de las encías. Se estima que solamente el 10% de las mujeres embarazadas acuden a revisión con su odontólogo.
- **Realización de tratamientos:** En caso de presentar caries debido a los factores previamente descritos, así como otra serie de patologías, se pueden tratar durante el embarazo, es más, se recomienda su tratamiento para evitar que avance su gravedad. El momento más recomendable para acudir es durante el segundo trimestre de embarazo para la mayor comodidad de la gestante.
- **Seguridad de las radiografías orales:** Mediante la protección adecuada con un delantal de plomo que cubran abdomen y cuello, de acuerdo con los organismos internacionales, las radiografías orales no suponen riesgo alguno para el feto o para el embarazo.

Por todo ello, resulta fundamental la colaboración entre las matronas y profesionales de la salud bucodental a favor de la salud tanto de la mujer embarazada como del feto.

Afortunadamente, esta colaboración es cada vez más estrecha, si bien aún queda un largo camino que recorrer en pos de la prevención y difusión de información clave para el correcto desarrollo del embarazo y la salud bucodental.

Dra. Berta Uzquiza Araúzo Odontóloga
Colegiada nº 28012940
Coordinadora Asistencial Sanitas Dental

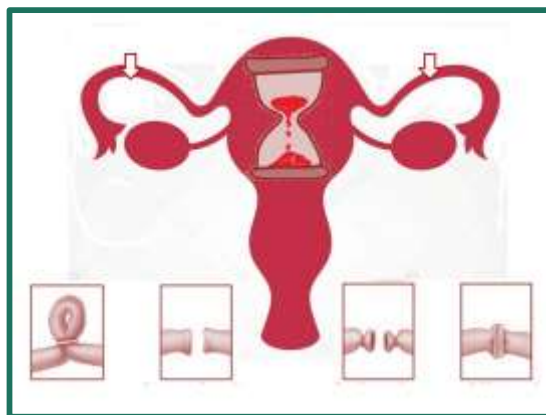


LIGADURA DE TROMPAS Y EDAD NATURAL DE LA MENOPAUSIA

La esterilización quirúrgica, a través de la ligadura de trompas o la salpingectomía, sigue siendo el método anticonceptivo más común para las mujeres en los Estados Unidos, con informes de 700.000 procedimientos oclusivos de trompas realizados anualmente. El mayor acceso y la aceptación pública de la anticoncepción reversible de acción prolongada se ha correlacionado con una disminución en los procedimientos ambulatorios de esterilización de los intervalos (ligadura tubárica del intervalo es la que se realiza desvinculada del parto, sea la mujer nuligesta, nulípara o múltipara); sin embargo, los procedimientos oclusivos laparoscópicos y la salpingectomía siguen siendo opciones populares con evidencia tanto de beneficio anticonceptivo como de protección contra el cáncer de ovario.

Se ha demostrado una fuerte relación inversa entre la ligadura de trompas y el cáncer de ovario en múltiples estudios prospectivos y basados en una gran población. Los mecanismos de este efecto protector no se entienden completamente, pero los propuestos incluyen la prevención mecánica de agentes cancerígenos ascendentes o tejido neoplásico, la eliminación de tejido en riesgo de transformación maligna (trompa de Falopio) o alteraciones fisiológicas en el suministro o la función de la sangre ovárica. El efecto potencial de la ligadura de trompas en el suministro vascular ovárico tiene implicaciones para la función y reserva ovárica. Esto se ha investigado en múltiples pequeños estudios a través de la evaluación de marcadores séricos y ecográficos de reserva ovárica. Estudios previos evaluaron los resultados 1 a 5 años después de la operación, con resultados inconsistentes.

Si pocos estudios han investigado los efectos a largo plazo de la ligadura de trompas en la función ovárica, ningún estudio publicado ha investigado el efecto de la ligadura de trompas sobre la edad de la



menopausia. Teóricamente, la agresión ovárica inicial por causa de la ligadura de trompas podría alterar la reserva ovárica y posteriormente la edad de la menopausia. Una aceleración del tiempo hasta la menopausia puede tener implicaciones significativas para la salud mediada por los estrógenos a largo plazo. Los estudios han demostrado que una edad más temprana de la menopausia se asocia con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y deterioro cognitivo. Curiosamente, los estudios epidemiológicos han identificado una mayor asociación de fracturas vertebrales y perfiles lipídicos desfavorables después de la ligadura de trompas, condiciones que reflejan un posible efecto sobre la función ovárica a largo plazo. Esta asociación respalda un posible efecto de la ligadura de trompas en la función ovárica a largo plazo.

Ya se ha dicho que pocos estudios han evaluado el efecto de la ligadura de trompas sobre la función ovárica a largo plazo, mientras que otros han investigado los marcadores sustitutos y los efectos a corto plazo pero el estudio del que hoy nos hacemos eco ha tenido como objetivo evaluar de manera única un resultado clínico significativo: la edad de la menopausia, como marcador de la función ovárica a largo plazo según lo definido por edad natural de la menopausia.

Las fortalezas de este estudio incluyen la gran cantidad de pacientes, más de 3000, en tres

grandes cohortes. En este estudio, la ligadura de trompas no afectó la edad a la que las mujeres se sometieron a la menopausia natural. Este hallazgo parece ser cierto independientemente del tipo de ligadura de trompas realizada o la edad a la que la mujer se somete al procedimiento.

Aunque nuestro estudio no encontró ningún efecto de la ligadura de trompas sobre la edad de la menopausia natural, las mujeres que eligieron la esterilización quirúrgica tienen más probabilidades de someterse a cirugías ginecológicas adicionales, lo que puede ponerlas en riesgo de menopausia quirúrgica. No hay estudios publicados conocidos, afirman los autores, sobre la asociación entre ligadura de trompas y ooforectomía. Sin embargo, la ligadura de trompas se ha descrito como un factor de riesgo para una histerectomía futura.

Un estudio de cohorte multicéntrico encontró un aumento del 4.4% en el riesgo de histerectomía en mujeres que tuvieron una ligadura de trompas (8.8%) en comparación con aquellas cuyos esposos se sometieron a una vasectomía por esterilización (2.0%). Otro estudio confirmó el mayor riesgo de histerectomía en mujeres con antecedentes de ligadura de trompas e identificó una mayor asociación de disfunción menstrual y dolor pélvico como causa de la histerectomía. Curiosamente, un estudio de Hills et al. encontró que los factores no fisiológicos pueden influir en la decisión de la histerectomía en mujeres con antecedentes de ligadura de trompas. Entre las mujeres que se sometieron a histerectomía, aquellas con antecedentes de ligadura de trompas, fueron significativamente más propensas a tener histerectomía no patológica en comparación con las mujeres sin antecedentes de ligadura de trompas.

Las indicaciones de histerectomía, como dolor pélvico, presión y masas abdominales, tenían más probabilidades de persistir 1 año después en la cohorte de ligadura de trompas. Hills et al. concluyeron que las mujeres con antecedentes de ligadura de trompas ya no están interesadas en la preservación de la fertilidad y eran menos propensas a buscar opciones no quirúrgicas para los síntomas pélvicos. Es imprescindible seguir investigando el riesgo de histerectomía u ooforec-

tomía después de la ligadura de trompas para determinar el efecto completo de la ligadura de trompas sobre la edad en la menopausia, tanto quirúrgica como natural.

El enfoque contemporáneo hacia la salpingectomía como una forma recomendada de anticoncepción permanente y como estrategia oportunista de reducción del riesgo contra el cáncer de ovario hace que este estudio sobre el efecto de la ligadura de trompas sea relevante para las tendencias actuales. Es importante destacar que el efecto a largo plazo de la salpingectomía en la edad de la menopausia natural sigue sin estar claro. Nuestro estudio tuvo un número limitado de mujeres que se sometieron a salpingectomía (n56 en la cohorte 1). Un metanálisis reciente de 48 estudios de Kotlyar et al. no encontró ningún efecto de la salpingectomía en la función ovárica; sin embargo, los autores advirtieron que no se pueden descartar informes previos de alteraciones en la FSH, la hormona antimülleriana, el recuento de folículos antrales y la pulsatilidad ovárica. Además, sugirieron la necesidad de un seguimiento más prolongado, como la evaluación del tiempo hasta la menopausia natural, y el asesoramiento del posible potencial de disminución de la función ovárica con Salpingectomía oportunista.

En este estudio, la ligadura de trompas no afectó la edad a la que las mujeres experimentaron la menopausia natural. Este hallazgo parece ser cierto independientemente del tipo de ligadura de trompas realizada o la edad a la que la mujer se somete al procedimiento. Estos resultados pueden ofrecer una nueva guía a los médicos a medida que asesoran a los pacientes sobre las opciones anticonceptivas.

Artículo completo (Inglés) : Ainsworth Alessandra J. Tubal Ligation and Age at Natural Menopause., MVOL. 133, NO. 6, JUNE 2019 OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Disponible:

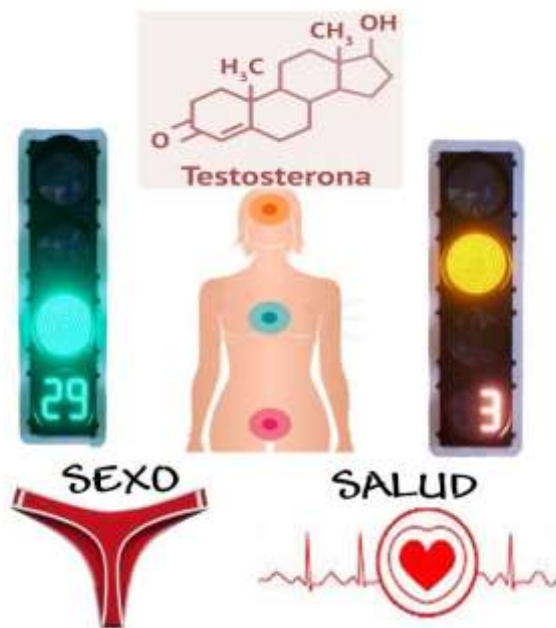
http://wesleyobgyn.com/pdf/links/abog/OFC/2019_08_OFC_4_Tubal_Ligation_and_Age_at_Natural_Menopause.pdf

TESTOSTERONA PARA MUJERES: ¿ LUZ VERDE PARA EL SEXO, LUZ ÁMBAR PARA LA SALUD?

Esta sugerente frase es la que da título al comentario de Rossella E. Nappi del Centro de Investigación de Medicina Reproductiva, Endocrinología Ginecológica y Menopausia, Unidad de Obstetricia y Ginecología, IRCCS Fundación San Matteo, Pavia (Italia) en relación con el estudio publicado este año 2019 en The Lancet Diabetes & Endocrinology por Islam R. y cols, titulado "Seguridad y eficacia de la testosterona para las mujeres: una revisión sistemática y metaanálisis de datos de ensayos controlados aleatorios.(Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data"

En la introducción Nappi hace mención a Greenblatt y cols. que ya en 1950, publicaron los resultados de un ensayo clínico aleatorizado de terapia con andrógenos para controlar los síntomas de la menopausia. Después de la extirpación de los ovarios, las mujeres posmenopáusicas informaron un mejor bienestar, aumento de la libido, disminución de los sofocos y la mejora de otros síntomas cuando se trataron con metiltestosterona y dietilestilbestrol, en comparación con la hormona sola o un placebo. Desde entonces, el reemplazo de andrógenos para las mujeres, mediante el uso de compuestos efectivos y seguros, ha sido considerado por los proveedores de atención médica que luchan para controlar los síntomas hipoandrogénicos en las mujeres y para prevenir afecciones médicas relacionadas con la hipoandrogenicidad.

El punto de partida de Rakibul Islam y cols. fue que los beneficios y riesgos del tratamiento con testosterona para las mujeres con un bienestar sexual disminuido siguen siendo controvertidos a día de hoy y por tanto, decidieron hacer una revisión sistemática y un metaanálisis para evaluar los posibles beneficios y riesgos de la



testosterona para las mujeres (8480 mujeres)

Los resultados del estudio (testosterona en comparación con placebo o un comparador (p. Ej., Estrógeno, con o sin progestágeno),fueron:

- Aumentó significativo de la función sexual, frecuencia satisfactoria de eventos sexuales deseo sexual, placer, excitación, orgasmo capacidad de respuesta autoimagen preocupaciones y angustias sexuales reducidas
- Aumento significativo en la cantidad de colesterol LDL y reducciones en las cantidades de colesterol total, colesterol HDL y triglicéridos, con testosterona administrada por vía oral, pero no cuando se administra por vía no oral (por ejemplo, por parche transdérmico o crema).



- aumento general de peso con el tratamiento con testosterona.
- No se informaron efectos de la testosterona para la composición corporal, las variables muscular esqueléticas o las medidas cognitivas, aunque el número de mujeres que aportaron datos para estos resultados fue pequeño.
- La testosterona se asoció con una probabilidad significativamente mayor de presentar acné y crecimiento del vello, pero no se registraron eventos adversos graves.

Todo ello lleva a concluir a los investigadores que la testosterona es efectiva para mujeres posmenopáusicas con bajo deseo sexual que causa angustia, prefiriéndose la administración por vías no orales (p. Ej., Aplicación transdérmica) debido a un perfil lipídico neutro. Los efectos de la testosterona sobre el bienestar individual y la salud musculoesquelética y cognitiva, así como la seguridad a largo plazo, justifican una mayor investigación.

Por su parte Nappi hace hincapié en que a día de hoy muchas formulaciones de testosterona están disponibles para mejorar las medidas de bienestar sexual, incluido el bajo deseo sexual y la función sexual deficiente. Sin embargo, actualmente, estos compuestos están disponibles solo como formulaciones masculinas y su seguridad o eventos adversos, así como su efecto sobre los aspectos generales de la salud de las mujeres, siguen siendo controvertidos debido a los escasos datos publicados.

Fuente: The Lancet Diabetes & Endocrinology.

Ver artículo completo: Nappi R.E: Testosterone for women: green light for sex, amber light for health? Lancet Diabetes & Endocrinology, The, 2019-10-01, Volume 7, Issue 10, Pages 738-739, [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(19\)30251-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(19)30251-7/fulltext)

Ver artículo completo:

Islamkibul M. et cols. Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data Lancet Diabetes & Endocrinology, The, 2019-10-01, Volume 7, Issue 10, Pages 754-766,

[https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(19\)30189-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(19)30189-5/fulltext)



Hemos pospuesto la inclusión de esta nota en el INFOMATRONAS de Noviembre por cuestiones de espacio, pero aprovechamos este boletín para hacerlo porque está muy relacionado el lema de este año con el artículo anterior que apenas vio la luz unos días después del Consenso emitido por la **Sociedad Internacional de la Menopausia (SIM)**.

Desde el año 2000, se conmemora cada 18 de octubre el **Día Mundial de la Menopausia**. Una fecha que eligieron de forma conjunta la **Sociedad Internacional de la Menopausia (SIM)** y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, debido a que se estima que en pocos años habrá en el mundo más de mil millones de mujeres con cincuenta años o más. Lo que implica un tratamiento mucho más especializado para este colectivo, así como un mejor servicio de ginecología.

El propósito del día es crear conciencia sobre la menopausia y opciones de apoyo para mejorar la salud y el bienestar. Alentamos a los profesionales y a las mujeres a participar en esta campaña de sensibilización global imprimiendo y compartiendo estos materiales, organizando eventos para

involucrar a sus comunidades y compartiendo publicaciones en las redes sociales del Día Mundial de la Menopausia.

El tema del Día Mundial de la Menopausia 2019 ha sido **Testosterona para mujeres en la mediana edad**. Toda la información al respecto está contenida en el **Consenso global, declaración y posicionamiento sobre la terapia con testosterona en mujeres** que podéis encontrar en versión española en este link de la Sociedad internacional de la Menopausia (SIM)

<https://www.imsociety.org/manage/images/pdf/d734d0e88cdb3fd3ba51075273f74d47.pdf>



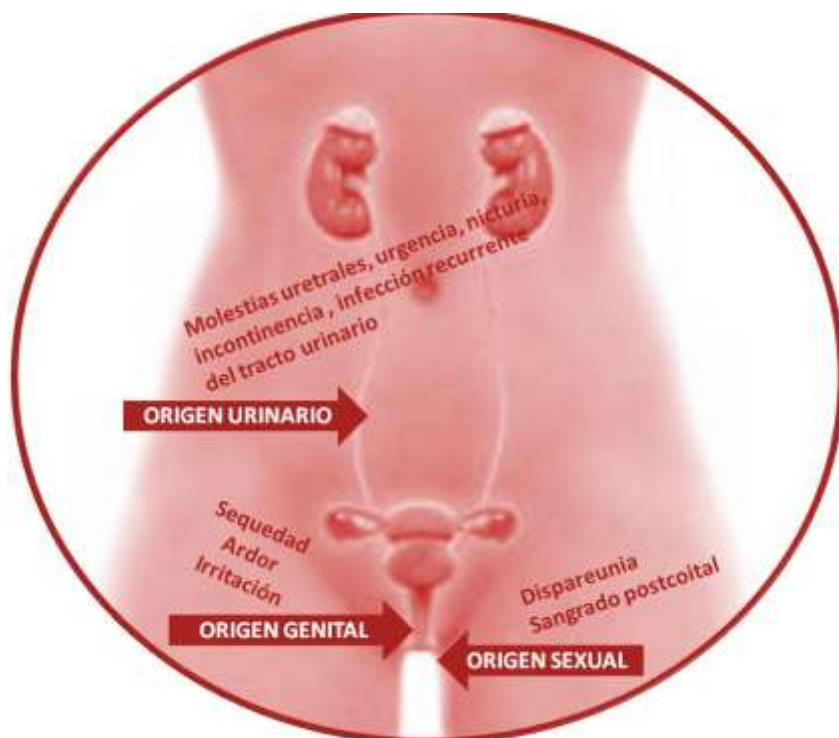
ENCUESTA EUROPEA DE EPIDEMIOLOGÍA VULVOVAGINAL (EVES)

Traemos a estas páginas una noticia muy interesante para las mujeres en general y en concreto para las perimenopausias y postmenopáusicas, con doble satisfacción porque además, el equipo investigador ha sido liderado por el Dr. Palacios Gil de Antuñano, reconocido ginecólogo, gran amigo de la Asociación Española de Matronas.

La atrofia vulvovaginal (VVA) de la menopausia se ha definido tradicionalmente como una condición relacionada con los cambios fisiológicos, histológicos y anatómicos producidos en el tracto inferior del aparato genital (adelgazamiento, sequedad e inflamación de las paredes vaginales) como resultado de la disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos característicos del periodo de la menopausia, aunque esta circunstancia se asociaba también con cambios en el aparato urinario que producían signos y síntomas característicos a nivel de este sistema (disuria, polaquiuria, incontinencia...), siendo además responsable la atrofia vulvovaginal del incremento de riesgo tanto de infecciones vaginales como del tracto urinario.

De hecho, recientemente el concepto de **atrofia vulvovaginal (VVA)** ha sido modificado por la *International Society for the Study of Woman,s Sexual Health (ISSWSH)* y la *North American Menopause Society (NAMS)*, por una nueva terminología: **el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM)**, término más preciso, amplio y mejor aceptado por el público general como el conjunto de signos y síntomas genitourinarios asociados a la disminución de estrógenos.

Los síntomas de la deficiencia de estrógenos posmenopáusica son de origen genital (sequedad, ardor, irritación), sexual (dispareunia, sangrado



postcoital) y de origen urinario (molestias uretrales, urgencia, nicturia, incontinencia, infección recurrente del tracto urinario)

Aunque los síntomas asociados al SGM son problemáticos, frecuentemente son considerados por las mujeres menopáusicas como el resultado normal de la edad y el estado menopáusico, lo que desalienta a las mujeres a consultar con ginecólogo o matrona, los principales proveedores de atención médica en el contexto de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer, lo que motiva que, por una parte haya un registro infraestimado de las mujeres que los padecen y por otro que estas mujeres no encuentren alivio a sus síntomas de gran impacto en su calidad de vida y a nivel psicosocial como refiere la literatura al respecto. El porcentaje de mujeres menopáusicas con AVV confirmado por examen es entre 67% y 98%, siendo la prevalencia de pacientes con síntomas de VVA de aproximadamente 50%.

El equipo de trabajo liderado por le Dr. Palacios diseñó una encuesta transversal dirigida a mujeres portmenopáusicas (2412 mujeres , 45-75 años, cuyo último periodo menstrual se hubiera producido más de 12 meses antes).

Las encuestas se canalizaron a través de centros de menopausia y clínicas ginecológicas de Italia y de España.

La encuesta (EVES) fue diseñada para evaluar la prevalencia de mujeres posmenopáusicas con VVA confirmado (con al menos un síntoma relacionado con la VVA) por evaluación clínica ginecológica entre todas las mujeres menopáusicas que asistían a los centros de menopausia (escogidos). Como objetivos secundarios los investigadores se propusieron también obtener un mapeo de la población con VVA (estilo de vida, antecedentes reproductivos, enfermedades crónicas terapias,...) y finalmente determinar el impacto de la AVV en la calidad de vida y el funcionamiento sexual.

Se da la circunstancia de que este estudio tiene el valor sobreañadido de que la entrevista fue personal, cara a cara con el entrevistador y con examen ginecológico añadido, muy diferente y presumiblemente de mayor valor que las habituales encuestas telefónicas u on-line.

Entre mayo de 2015 y marzo de 2016, un total de 2412 mujeres posmenopáusicas se inscribieron

en el EVES en 46 centros de menopausia ambulatoria (nº 1519; 63%) o en centros de ginecología (nº 893; 37%) en Italia y España. Entre ellas, 2403 mujeres fueron incluidas y evaluables para la detección de síntomas (parte A); de estas, 2160 mujeres se quejaron de al menos un síntoma relacionado con VVA, completaron los cuestionarios y el examen ginecológico objetivo (evaluable para las partes B, C y D).

Los resultados más importantes de esta encuesta son:

La prevalencia de VVA confirmada por evaluación ginecológica en mujeres posmenopáusicas de Italia y España que estaban visitando una clínica ginecológica o de menopausia y se quejaron de al menos un síntoma de VVA es superior al 90%.

El examen físico muestra que aproximadamente el 10% de las mujeres que se quejan de síntomas de VVA principalmente leves, no tienen signos de VVA al examen físico.

El VVA es progresivo y está asociado con síntomas cada vez más graves y una calidad de vida deteriorada.

Todas estas características hacen que la evaluación ginecológica objetiva del AVV sea una herramienta importante y adecuada desde dos perspectivas:

- (1) excluir otras razones de la sintomatología observada de tipo VVA,
- (2) comenzar el tratamiento temprano antes de la aparición de cambios anatómicos significativos, a pesar de la ausencia de signos evidentes de VVA.

CONCLUSIONES

VVA es altamente prevalente entre las mujeres posmenopáusicas. La evaluación clínica ginecológica del AVV se asocia con síntomas graves y calidad de vida deteriorada y, por lo tanto, debe promoverse para una evaluación clínica adecuada y una intervención terapéutica temprana.

Como matronas, debemos recordar que la atención a la mujer en esta fase es también una competencia de nuestro trabajo; es necesario que las mujeres se abran y hablen sin tapujos de sus problemas. La gestión de VVA es una prioridad para muchas mujeres.

El tratamiento de AVV incluye tratamiento local con humectantes, lubricantes y estrógenos locales y terapia de estrógenos sistémicos si hay otros síntomas posmenopáusicos.

Ver texto completo: S. Palacios, R. E. Nappi, N. Bruyniks, M. Particco & N. Panayon behalf of the EVES Study Investigators (2018): The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause, Climacteric,

Disponible(Inglés) :

https://www.researchgate.net/publication/323862279_The_European_Vulvovaginal_Epidemiological_Survey_EVES_prevalence_symptoms_and_impact_of_vulvovaginal_atrophy_of_menopause

SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA: RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) es un conjunto de signos y síntomas asociados a la disminución de estrógenos y otras hormonas sexuales e incluye cambios tanto en la vagina y los genitales externos como en la uretra y la vejiga urinaria . Fue definido en 2013 por la International Society for the Study of Women’s Sexual Health y la North American Menopause Society (NAMS) para sustituir a la antigua denominación de atrofia vaginal o vulvovaginal (AVV).

El SGM está siendo ampliamente debatido y criticado, pero pone de manifiesto que la menopausia no afecta únicamente a los tejidos vaginales.

La prevalencia del SGM se sitúa en torno al 50% según una encuesta europea en mujeres postmenopáusicas y aumenta con la edad . Sin embargo, en estudios donde se ha establecido el diagnóstico de SGM la prevalencia es del 70% o superior . En mujeres con al menos un síntoma vaginal de SGM, el diagnóstico se confirmó en el 90% de casos .

La primera línea de tratamiento para las manifestaciones vaginales del SGM son los hidratantes (evidencia IA) y lubricantes vaginales (evidencia IIB). Cuando estas medidas no son suficientes, o en casos moderados o intensos, el tratamiento de elección son los estrógenos locales (evidencia IA). Si coexisten síntomas vasomotores que afectan la calidad de vida, la indicación es el tratamiento hormonal sistémico (evidencia IA).

Actualmente, se dispone de ospemifeno (evidencia IA), un modulador selectivo de los receptores

vaginales de estrógenos (SERM), aprobado en Europa para el tratamiento de los síntomas moderados o graves en mujeres postmenopáusicas que no cumplen los requisitos para recibir estrógenos vaginales. Otros posibles tratamientos del SGM son el láser y la radiofrecuencia. No hay evidencia para indicar el uso de terapias alternativas y complementarias.

El SGM es una alteración crónica y necesita un tratamiento adecuado y de larga duración. Opciones terapéuticas como los estrógenos locales y ospemifeno son eficaces, pero requieren que la mujer mantenga la adherencia durante años. Sin embargo, los abandonos del tratamiento son frecuentes. Ante una falta de respuesta a un tratamiento, es necesario evaluar la adherencia . Si la mujer no acepta el tratamiento, está incómoda con él o le supone grandes molestias, es más fácil que lo abandone .

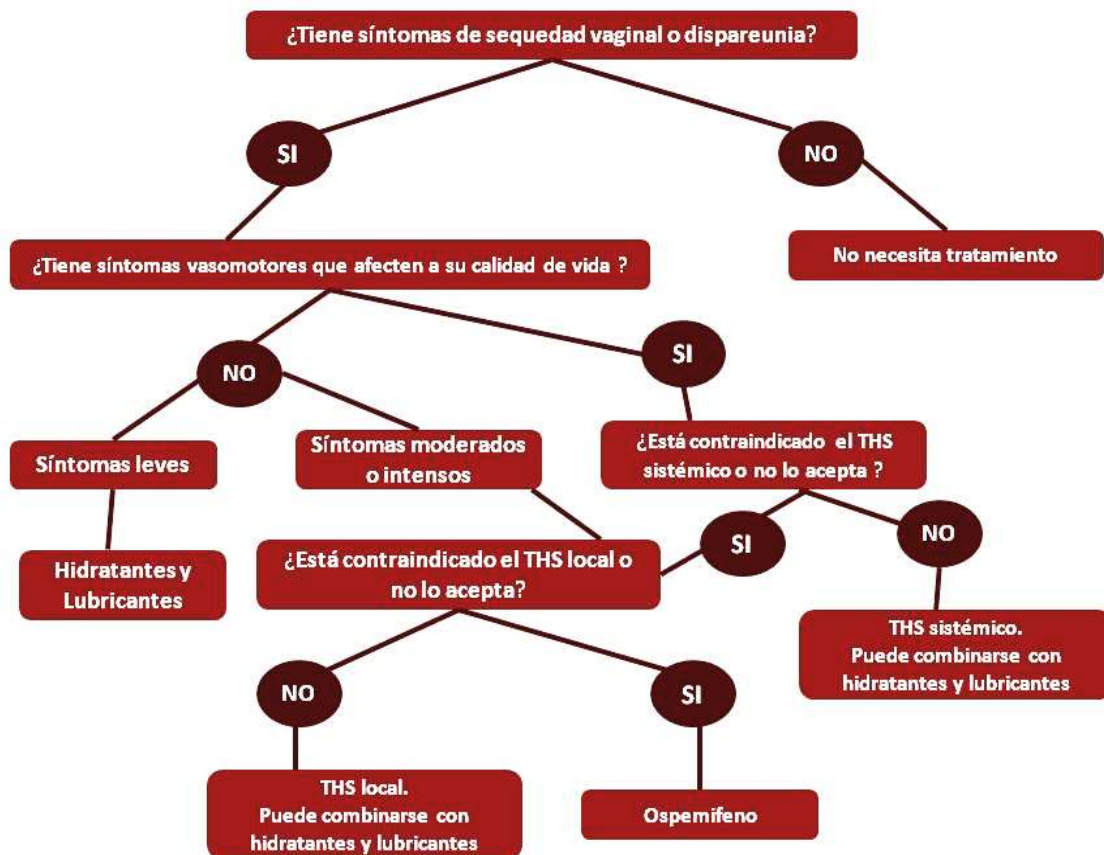
Una buena comunicación entre médico y paciente es importante para la adherencia, porque se podrá elegir el tratamiento teniendo en cuenta las preferencias de la mujer con SGM. De este modo, será más fácil conseguir la continuidad en el tratamiento.

Opciones terapéuticas y preventivas de las manifestaciones del síndrome genitourinario de la menopausia

OPCION	EVIDENCIA
Estilo de vida	
✓ Dejar de fumar	II-3B
✓ Evitar obesidad	III-C
✓ Ejercicio	III-C
✓ Mantener actividad sexual	II-2B
Hidratantes vaginales	I-A
Lubricantes vaginales	II-2B
Tto. Hormonal sistémico	I-A
Ttp. Estrogénico local	I-A
Ospemifeno	I-A
Láser	I-A
Terapias alternativas	III-D

Tomada de Palacios y cols, Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Prog Obstet Ginecol 2019;62(2):141-148)

Algoritmo del tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia



Tomada de Palacios y cols. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia[*Prog Obstet Ginecol* 2019;62(2):141-148]

Ver texto completo: Palacios S. y cols. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(2):141-148

Disponible: https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n2/09-AE_Sindrome-menopausia.pdf



CUESTIONARIO SOBRE LA ACTITUD Y ACTUACIÓN DE LA MATRONA ANTE LA MUJER QUE SUFRE UNA MUERTE FETAL

<https://docs.google.com/forms/d/1066zcE6Dp7qaGRMLqIonOgi33DaP7kl7roh7APcVchM/edit?ts=5de02942>

Estimadas/os colegas:

Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación cuya finalidad es conocer la actuación, actitud y gestión emocional de las/os matronas/es en la atención de una mujer que está pasando por una situación de muerte fetal intraútero. Para ello te pedimos colaboración como profesional de la matronería, mediante la cumplimentación de este cuestionario, EN EL CASO DE QUE HAYA ATENDIDO AL MENOS UNA SITUACIÓN DE MUERTE FETAL INTRAÚTERO A LO LARGO DE SU CARRERA PROFESIONAL.

Completarlo te llevará aproximadamente unos 5-8 minutos.

Tu participación será anónima, y la información ofrecida sólo será manejada por aquellas personas con autorización. En cumplimiento con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos) se te informa que los datos personales aportados, mediante la cumplimentación de este formulario, serán tratados exclusivamente con la finalidad de desarrollar este proyecto de investigación.

La información que os proporcionamos tiene un gran valor y es imprescindible para que este proyecto se pueda llevar a cabo. Por favor, RESPONDE CON SINCERIDAD a las preguntas que incluye el siguiente cuestionario. Los resultados obtenidos del mismo también servirán para poner de manifiesto la necesidad de formación que pueda existir en este aspecto concreto de la atención que se presta a la mujer y a los progenitores en general.

Te agradecemos de antemano la información brindada.

¿Por favor, participa!

<https://docs.google.com/forms/d/1066zcE6Dp7qaGRMLqIonOgi33DaP7kl7roh7APcVchM/edit?ts=5de02942>

Equipo de matronas investigadoras



ENCUESTA:

“PERCEPCIÓN Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL PARTO HUMANIZADO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO”.

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegtevrJ5cFvezvX3l6i4JhwwyynBbOjFmawXjZiNXAn76UTg/viewform>

El objetivo de este cuestionario es conocer la percepción y prácticas sobre el parto humanizado (implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal) desde una perspectiva de género en profesionales que desarrollan su labor asistencial en unidades de partos.

Todas las preguntas se enfocan desde un contexto de un parto de BAJO RIESGO, a no ser que se especifique lo contrario. Asimismo, tus respuestas estarán referidas su práctica habitual en su unidad asistencial. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y completamente anónima, por lo que no se dispondrá de ningún dato que pueda identificarte, en cualquier caso la información se tratará de acuerdo a la ley orgánica 15/1999 de proyección de datos de carácter personal, de 13 de diciembre y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en concreto la Disposición adicional decimoséptima, referente a tratamientos de datos de salud.

Al enviar la encuesta una vez cumplimentada, está dando su conformidad para el uso de los datos recogidos en la misma.

Los investigadores agradecemos tu valiosa participación contestando a todas las preguntas. El cuestionario es breve y puedes aportar mucha información que nos ayude a mejorar en nuestra práctica asistencial.

¡PARTICIPA! CONOCER TU PERCEPCIÓN ES MUY IMPORTANTE.

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegtevrJ5cFvezvX3l6i4JhwwyynBbOjFmawXjZiNXAn76UTg/viewform>



AVANCE DEL PROGRAMA CIENTIFICO

CURSO 1 PRE-CONGRESO - **Ultrasonido en trabajo de parto. Controversia**

CURSO 2 PRE-CONGRESO – **Monitorización fetal intraparto**

CURSO 3 PRE-CONGRESO - **Detección en el primer trimestre con ultrasonido. Controversia**

CURSO 4 PRE-CONGRESO - **Ventilación no invasiva**

CURSO 5 PRE-CONGRESO - **Monitorización cerebral**

CURSO 6 PRE-CONGRESO - **Infección perinatal**

CURSO 7 PRE-CONGRESO - **Tratamiento de la hemorragia posparto. Controversia**

CURSO 8 PRE-CONGRESO - **Versión cefálica externa - Controversia**

CURSO 9 PRE-CONGRESO - **Ultrasonido del tercer trimestre. Controversia**

CURSO 10 PRE-CONGRESO - **Ecocardiografía**

CURSO 11 PRE-CONGRESO - **Atención familiar integrada**

CURSO 12 PRE-CONGRESO - **Nutrición VLBWI**

¿Qué es importante para las mujeres embarazadas?

¿Qué es importante para las madres y los padres de los bebés de la UCIN?

Prioridades internacionales para la medicina perinatal: las iniciativas FIGO

Premio de maternidad

INFORMACIÓN: www.ecpmcongress.eu

OCURRENCIAS DE MATRONAS

Las matronas del Hospital Royal Oldham Hospital en Lancashire (UK) aprovecharon las fiestas de Halloween han demostrado su ingenio y sentido del humor utilizando las típicas calabazas de la estación a las que, a modo de boca, les han tallado la dilatación que crece de 1 a 10 durante el proceso de dilatación en el parto hasta el nacimiento.

Ser conscientes de que el cuello uterino de una mujer debe realizar tal trabajo hasta adquirir la dilatación máxima que le permita expulsar al feto, habrá dejado sorprendidos a muchos que nunca se plantearon las dificultades a las que las madres se enfrentan para dar a luz a sus hijos.



Foto:Facebook / Chicken Chicken

Pero esta iniciativa para mostrar de forma visual el proceso que sufre el cuerpo de una mujer para alumbrar a su hijo, no es el primero ni único: Matronas del Servicio de Maternidad del Royal Devon y Exeter idearon para la Pascua un panel con huevos de distintos tamaños que publicaron en Facebook en esas fiestas, ilustrando la dilatación cervical desde el mini huevo hasta el máxi huevo que representa los 10 cms de la dilatación completa con el huevo Cadbury.

Otra ingeniosa, se ha agenciado una tabla para mostrar exactamente la dilatación del cuello en todos sus diámetros

Sin duda es una ayuda visual útil para poder imaginar como el cuello del útero se transforma desde el pequeño orificio al comienzo del tablero, hasta el tamaño de la cabeza de un bebé ¡ la imaginación al poder!, como se dice.



(Foto: Facebook / kalmababytherapy)



(Foto: @Steffanie Christi \ 'an / Facebook, Getty)

NOTICIAS DE SIMAES

GALICIA PUBLICA EL DECRETO QUE REGULA SUS ÁREAS SANITARIAS.

El nuevo modelo organizativo otorga un papel fundamental a la Atención Primaria y crea una Dirección de Atención Primaria en cada Área.

En el DOG del día 25 de Octubre, la Conselleria de Sanidad publica el DECRETO 134/2019, de 10 de octubre, por el que se regulan las áreas sanitarias y los distritos sanitarios del Sistema público de salud de Galicia.

Con el nuevo modelo, el SERGAS crea una Dirección de Atención Primaria en cada Área para fortalecer este nivel asistencial que estará diferenciada de la Dirección de Atención Hospitalaria, ambas se integrarán para garantizar la continuidad asistencial y tendrán el mismo nivel. Las funciones de la nueva Dirección serán:

- Gestión de la demanda de servicios sanitarios en primaria.
- Garantizar el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Fomentar la capacidad de resolución de primaria en su respectiva área sanitaria, en coordinación con los jefes de servicio.
- Será responsable de la ejecución de las directrices y proyectos establecidos.
- Coordinación, supervisión y evaluación de todos los recursos de los centros de atención primaria, en su respectiva área sanitaria.
- Asumir, en su ámbito, la responsabilidad de cumplimiento de los acuerdos de gestión firmados anualmente con los servicios centrales del Sergas.
- Formulación de propuestas para un mejor cumplimiento de los objetivos generales.



También se contempla en el Decreto la creación de una Dirección de Enfermería, así como otra de Procesos de Soportes, dentro de las estructuras de cada área sanitaria. Destaca la creación en cada área de una Subdirección de Humanización y Atención a la Ciudadanía, que depende directamente de la Gerencia de área, y la creación, dentro de la Dirección de Enfermería, de una Subdirección con competencias en materia de atención a la cronicidad.

El Decreto otorga también un valor añadido a la participación ciudadana, que aumenta su presencia con cuatro vocales, representantes de los concellos de su área sanitaria dentro del Consejo de dirección de cada área, elegidos a propuesta de la Federación Galega de Municipios e Provincias.

Puedes consultar el contenido del Decreto en:
https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2019/20191025/AnuncioC3K1-181019-0003_es.html

NOTICIAS DE SIMAES



EL SUPREMO CONSIDERA ILEGAL DESPEDIR A UNA SUSTITUTA SI LA TITULAR NO SE INCORPORA.



El TS aclara "las únicas causas de cese del personal estatutario sustituto son la reincorporación de la persona sustituida o la pérdida del derecho de esta a reincorporarse".

Una reciente sentencia del Tribunal Supremo (TS) revoca la decisión, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, que consideró ajustado a derecho el despido de una enfermera que prestaba sus servicios en calidad de sustituta, aún cuando la titular de la plaza que ocupaba no se había reincorporado a su puesto de trabajo.

Entre los fundamentos de la sentencia se especifica que la enfermera fue contratada como personal estatutario temporal de sustitución en la Unidad de Obstetricia y Ginecología por la baja por incapacidad laboral de la titular del puesto de trabajo y que, sin que la titular de la plaza se incorporara, fue cesada por resolución del Director Gerente del hospital. Posteriormente este puesto fue cubierto primeramente por personal estatutario fijo mediante la reorganización de sus cometidos y, con posterioridad y hasta la reincorporación de la titular, por personal de la Bolsa de Trabajo Regional existente al efecto.

El TS reseña en la sentencia que "está claro que, como esa titular no se reincorporó hasta el ..., durante los casi nueve meses transcurridos desde el cese de la recurrente hasta esta última fecha permaneció la necesidad de atender los cometidos de ese puesto de trabajo en la Unidad de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario...". Del mismo modo aclara que "Es igualmente indiscutido que a partir del (despido)... la sustitución la hizo personal no fijo....".

Con todo ello el TS deja claro lo que ya teníamos claro todos, excepto el SESCO, que "las únicas causas de cese del personal estatutario sustituto son la reincorporación de la persona sustituida o la pérdida del derecho de esta a reincorporarse".

NOTICIAS DE SIMAES

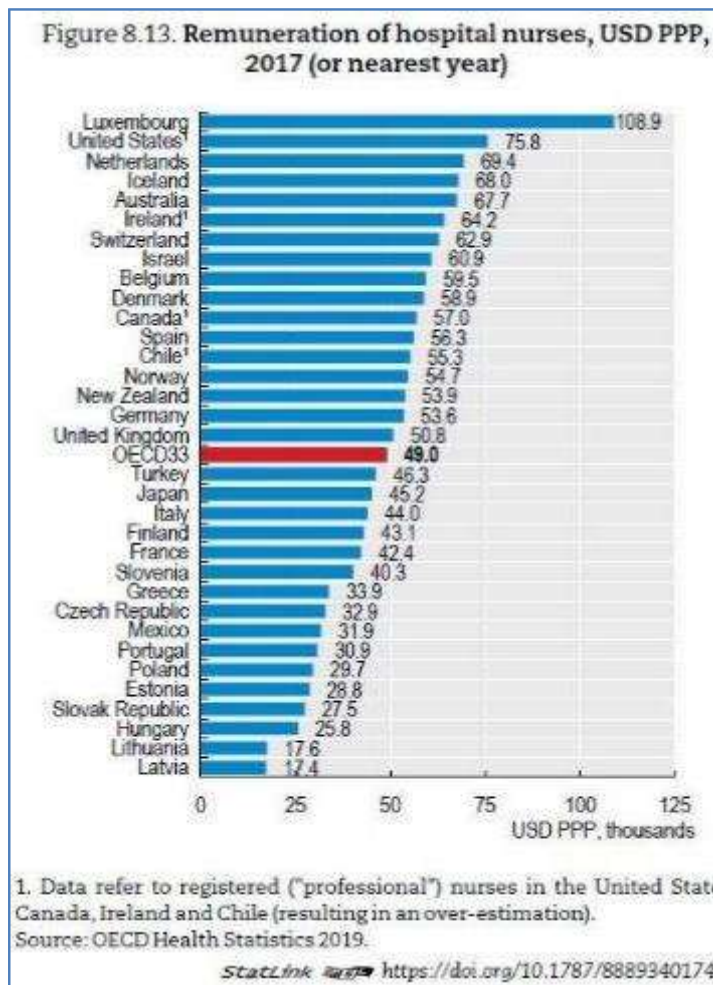
LA OCDE ASEGURA QUE UNA MATRONA EN ESPAÑA GANA 50.000 EUROS AL AÑO

SIMAES califica de “mentira” los datos publicados por la organización internacional.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) asegura que una enfermera y, por extensión una Matrona, cobra al año, si trabaja en un hospital (con extras, nocturnidad y complementos), unos 50.000 euros (56.300 dólares americanos ó USD).

Eso supondría, según la misma fuente, duplicar a nuestras vecinas de Portugal que percibirían 30.900 USD, pero la mitad que las luxemburguesas, que percibirían 108.900 USD.

En el Informe en el que se citan estos datos (abajo puede consultarse el enlace), publicado la semana pasada, se especifica que las enfermeras españolas ocupan el lugar 12º del registro mundial, por encima de países como Italia, Francia, Grecia o Reino Unido e incluso, por encima de la media de la OCDE que se sitúa en 49.000 USD



También indica que el sueldo de las enfermeras supera 1,3 veces el salario medio de los españoles.

Es evidente que estas cifras no guardan relación alguna con la realidad. Carece de sentido asegurar que una enfermera cobre de media más de 3.500 € al mes, y menos aún una Matrona (si encima es de AP, mejor ni contarla).

En SIMAES aseguramos, sin temor a equivocarnos, que la percepción media de las Matronas españolas está más bien en la senda de las enfermeras portuguesas, es decir, en la cola de los países industrializados, y eso trabajando en hospital. No entendemos de dónde sacan los datos, pero no es verdad lo que han publicado y la diferencia no es poca, más de 20.000 € anuales. Es evidente que hay un error “de bulto” en los datos y que convendría, a la OCDE y al Gobierno, aclarar este asunto y no faltar al respeto a trabajadores titulados universitarios “mileuristas con complementos”.

Enlace de acceso a los datos:

<http://www.simaes.org/wp-content/uploads/2019/11/Sueldo-Enfermeras-2017-OCDE.pdf>

<https://forms.gle/tycgt2vcMN15pkLh8>,



VII JORNADA DE MASAJE INFANTIL

Cuidando el Apego

Sábado 8 de FEBRERO de 2020



Asociación Española de Masaje Infantil

Inscripciones:

✉ aemi@masajeinfantil.es

☎ +34 934 366 745



 **I.E.S. Hotel Escuela**

Ctra. de Colmenar Viejo, Km. 12,800

Madrid 28049

OFERTA DE TRABAJO 2 MATRONAS

**Hospital Universitario
General de Catalunya
Grupo Quirón salud, en
Sant Cugat del Vallès,
para incorporación
inmediata**



Funciones:

Proporcionar servicios de atención hospitalaria y primaria, formación y educación a las usuarias, responsabilizándose de su cuidado durante y después del parto, en orden a proporcionar unos cuidados asistenciales de excelente calidad de acuerdo a los protocolos y prácticas del centro.

Trabjará en un equipo multidisciplinar para la intervención y tratamiento de las usuarias y garantizar un óptimo cuidado en el embarazo y el parto.

Requisitos:

- Título de enfermero especialista (EIR) en enfermería obstétrico-ginecológica.
- Experiencia mínima de un año en puesto similar.
- Disponibilidad inmediata.

Se ofrece:

- Contrato indefinido.
- Jornada al 100% turno de 12h, en horario nocturno de 20h a 08h o en horario diurno de 12h de 08 a 20h.
- Retribución competitiva.

Interesados/as enviar currículum vitae actualizado a:

laia.forges@quironsalud.es

LAS MATRONAS SE ADHIEREN A NURSING NOW ESPAÑA EN UN ENCUENTRO EN EL QUE TRASLADAN AL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA LAS PRINCIPALES PREOCUPACIONES DE SU COLECTIVO.

Representantes de la Asociación Española de Matronas y de la FAME se han reunido con los representantes del Consejo General de Enfermería para adherirse formalmente a la campaña **Nursing Now España**, un encuentro que han aprovechado para analizar la situación de la profesión.

Desde que se constituyera formalmente el grupo **Nursing Now España**, en mayo de este año, ya son 26 las entidades adscritas a este movimiento cuyo objetivo es el de dar mayor visibilidad y apoyo enfermeras y matronas en todo el mundo.

- La ley reconoce la competencia de las enfermeras especialistas en Ginecología y Obstetricia, matronas, para utilizar los ecógrafos, y realizar ecografía básica obstétrica pero, según denuncian, hay profesionales que las excluyen y centros de salud que no sólo no les facilitan la formación básica de manejo, cosa que sí facilitan a los médicos de AP, sino que incluso les prohíben su empleo.
- El uso del ecógrafo por parte de las matronas repercute en mejoras y eficacia diagnósticas ya que permite, comprobar de forma inmediata y categórica que el feto está vivo en aquellos casos, los más frecuentes, en los que la mujer acude angustiada ante su percepción de un descenso significativo o ausencia de movimientos fetales que, de carecer de este recurso, obliga a derivarlas a urgencias de atención especializada lo que supone alargar su angustia, generar preocupación en el



profesional, incrementar la sobre-utilización de la red de urgencia del nivel terciario de atención, frecuentemente saturada con problemas o patologías que podrían resolverse en AP y finalmente, aumentar los costos de la atención sanitaria.

- La ratio de matronas por cada 100.000 mujeres en España es de las más bajas de los países de nuestro entorno: mientras la media de los países de la OCDE está en 69, en el nuestro no llega ni a 31.

Tras el encuentro, la presidenta de la Asociación Española de Matronas, también miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matrona en el Ministerio de Sanidad, Rosa María Plata Quintanilla, ha destacado que ésta “ha sido una reunión especialmente cordial porque estamos en sintonía matronas-es y enfermeras-os complacidas de que las instituciones competentes en materia de salud, abierta y públicamente, apoyen la profesión lo que repercutirá en maximizar los aportes profesionales para, en definitiva, mejorar la salud

mundial. Los organismos internacionales han dicho que es el momento de las matronas-es y las enfermeras-os porque somos un referente sociosanitario en el mundo entero y, por fin, se va a reconocer". Asimismo, ha destacado la sensibilidad por parte del Consejo General de Enfermería, que nos convoca a todas-os, enfermeras-os y matronas-es, que estamos bajo su protección y dirección".

En este sentido, Florentino Pérez Raya ha querido también subrayar cómo "desde que se pusiera en marcha oficialmente **Nursing Now España**, en mayo de este año, no hemos dejado de crecer. Hoy, más de veinte entidades nacionales, 26 concretamente, se han adherido ya a nosotros. Es un momento, una oportunidad que ni debemos ni vamos a desaprovechar para visibilizar la profesión y conseguir que por fin las enfermeras-os y matronas-es ocupen el lugar que se merecen".

Trabas en el desarrollo de competencias

Más allá de la adhesión, las representantes de las matronas, entre las que se encontraban también Gloria Boal, miembro del Pleno del Consejo General de Enfermería y su representante en la Comisión Nacional de Matronas del Ministerio de Sanidad, y María Jesús Domínguez Simón, presidenta FAME, han aprovechado el encuentro para analizar la situación de la profesión con el presidente del Consejo, Florentino Pérez Raya, y otros representantes de la institución. Entre los temas sobre la mesa: **el desarrollo de competencias, los bajos ratios de matronas-es en nuestro país y la prescripción enfermera**.

Para Gloria Boal, el de los ecógrafos es un claro ejemplo de cómo las matronas-es encuentran en su día a día obstáculos para el completo desarrollo de competencias, obstáculos que en su opinión tienen origen, en gran parte, en aquellos profesionales que piensan que el uso de los ecógrafos les compete exclusivamente a ellos. "Dentro de nuestras competencias, se encuentra la de utilizar los ecógrafos, sin embargo, nos está costando. Parece

que no fuera cosa nuestra y fuera sólo competencia del estamento médico, cuando no es así. Yo quiero hacer mi trabajo con una herramienta que lo facilite. La realidad es que hay un gremio de profesionales que piensan que vamos a invadir su terreno y no es así. Parece que quieren tener ellos acotado ese campo". Tanto es así, añade, que **"en algunos centros está prohibido que las matronas-es utilicen los ecógrafos,"** y en los que no, no tienen asignado un tiempo para realizarlas: "si queremos hacer una ecografía es a costa de alargar nuestra jornada laboral". En la mayoría de centros que se han dotado con ecógrafos no se incluye en los cursos de formación básica de manejo a las matronas-es aunque sí a los médicos de AP.

Según Rosa María Plata, no tiene sentido limitar esas competencias, que se refieren tanto al uso del ecógrafo como al de otros instrumentos que se han venido incorporando en los últimos años a la práctica clínica en este campo. Este desarrollo, asegura, "es en muchos casos un motivo de fricción con los ginecólogos, que tienen asumido que son de su exclusiva competencia y no nuestra". En el caso del ecógrafo, por ejemplo, su uso por las matronas-es, asegura, **"ayudaría mucho en los diagnósticos básicos, pero además contribuiría a dar tranquilidad a la mujer en el embarazo**. A menudo, llegan a la consulta muy preocupadas gestantes que de repente no sienten al feto o perciben un repentino y llamativo descenso de movimientos fetales y se angustian. En esos casos, una ecografía nos permite comprobar de forma rápida y sencilla si todo va bien, sin tener que remitir a la mujer a un centro especializado que lo confirme y lo que supondría alargar aún más esa situación agobiante que está viviendo la embarazada (y el/ la profesional). Por tanto, agilizaría el diagnóstico y evitaría, afortunadamente en la mayoría de los casos, acudir a urgencias".

Bajas ratios

Las bajas ratios matrona/mujer tampoco ayudan, como denuncia María Jesús Domínguez Simón: "el mayor problema que tenemos en España es el

Foto de familia con la Asociación Española de Matronas, la FAME y el Consejo General de Enfermería. De derecha a izqda.:

Gloria Boal, miembro del Pleno del Consejo General de Enfermería
Rosa M^a Plata, presidenta de la Asociación Española de Matronas
Florentino Pérez, presidente del Consejo General de Enfermería
Pilar Fernández, vicepresidenta 1^a del Consejo General de Enfermería
M^a Jesús Domínguez, presidenta de la FAME
M^a Angeles Rodríguez, Relaciones institucionales de la Asociación Española de Matronas



número. Somos muy pocas matronas y nuestro desarrollo se queda cojo por el bajo número de efectivos. Tenemos una ratio matrón-matrona/mujer de las más bajas de los países de la OCDE, donde la media es de 69 matronas-es por 100.000 mujeres mientras aquí estamos rozando las 31 matronas-es por 100.000 mujeres”.

En este sentido, Florentino Pérez Raya, ha recordado que “una vez más, nos encontramos con el problema de las bajas ratios. En el caso de las enfermeras, estamos por debajo de la media de los países de nuestro entorno y lo mismo sucede si nos centramos en las matronas. Afortunadamente, contamos con profesionales altamente cualificadas que desempeñan su trabajo buscando siempre las más altas cotas de excelencia y así lo reflejan las encuestas, que siempre nos sitúan cómo la profesión sanitaria mejor valorada, pero esto no es óbice para la precariedad laboral en que se encuentran. Debemos alcanzar ratios acordes a los países de nuestro entorno y, por supuesto, dotarlas de los medios que necesitan para desempeñar su trabajo en las mejores condiciones”.

Con respecto a las competencias, la presidenta de FAME apunta que estas “están muy bien definidas en la legislación española, pero si bien las obstétricas están ya asentadas, no tanto así las ginecológicas y, posiblemente, esto sea consecuencia de esas ratios tan bajas que venimos arrastrando”. Ese desarrollo, subraya, es sólo cuestión de tiempo ya que, en su opinión, la evidencia científica avala estas competencias y pone de manifiesto que “la matrona-matrón es capaz de asumir el 87% de las necesidades en salud sexual y reproductiva y es muy eficiente para los sistemas sanitarios. En el momento en el que aumentemos el número de matronas podremos también aumentar nuestras competencias”.

Prescripción

La prescripción es otra de las preocupaciones sobre las que las matronas han hablado con el presidente del Consejo General de Enfermería: **“Nos preocupa muchísimo el decreto de prescripción enfermero aplicado a las matronas ya que seguimos, después de muchos años, en una disposición adicional primera que sí reconoce la excepcionalidad de las matronas y de nuestras acciones, pero aun no está desarrollada y en eso, la prescripción autónoma de matronas, estamos trabajando conjuntamente con el Consejo”**, ha afirmado la presidenta de la Asociación Española de Matronas.

Fuente: Comunicado de prensa del Consejo General de Enfermería

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Y CERVECEROS DE ESPAÑA CELEBRAN UNA JORNADA PARA MADRES CON LA CAMPAÑA "ÉL BEBE LO QUE TU BEBES"

- El consumo de alcohol durante el periodo de lactancia puede llegar a generar graves problemas de salud en el niño.
- Una reducción de la capacidad cognitiva del recién nacido,¹ la posibilidad de desarrollar posibles retrasos en el crecimiento,² o un empeoramiento del razonamiento no verbal del bebé,¹ son algunos de los riesgos del consumo de alcohol en este periodo.
- Las mujeres que decidan dar el pecho a sus hijos, y deseen consumir una cerveza, deben optar siempre por la opción SIN alcohol.

Si bien parece que todos conocemos los riesgos de consumir alcohol durante el embarazo, según un estudio, en España el 42% de las mujeres reconoce haberlo consumido durante la gestación en un contexto social. Además, solo entre el 2% y el 3% es consciente de que una sola copa, puede ser perjudicial.

Pero los riesgos no solo existen durante el periodo prenatal. La lactancia sigue siendo parte fundamental en el desarrollo del niño y, sin embargo, algunas mujeres no dan la suficiente importancia a esta etapa y no son conscientes de que, a través de la leche materna, transmiten todo lo que consumen al bebé. Por ello, concienciar a las madres lactantes sobre la incompatibilidad del consumo de alcohol durante el proceso, sigue siendo un aspecto fundamental.

En este sentido, la Asociación Española de Matronas y Cerveceros de España se han reunido en Alicante, en el HLA Vistahermosa, para informar a las futuras madres, y a aquellas que se encuentran en el periodo de amamantamiento, de los riesgos de consumir alcohol durante estas etapas. Durante la jornada, denominada "Porque el bebe lo que tú bebes", las asistentes han aprendido pautas de



nutrición saludables y equilibradas que aseguren el aporte de nutrientes correcto tanto para ellas como para sus hijos.

Alimentación saludable e hidratación correcta

Según Montserrat Angulo Perea, vicepresidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante y presidenta del XX Congreso Nacional de Matronas, "la composición de la leche materna asegura una nutrición ideal para el bebé al contener elementos exclusivos que protegen a los niños frente a enfermedades relacionadas con los radicales libres, enfermedades degenerativas y metabólicas, o aquellas provocadas por un déficit de defensas". De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna como la alimentación ideal para un recién nacido hasta los seis meses de vida.

Por su parte, Dña. Andrea Calderón, dietista-nutricionista de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), ha explicado la importancia de seguir una alimentación equilibrada y saludable, así como el consumo cero de alcohol en esta etapa de la vida de la mujer. "Las mujeres necesitamos un aporte energético extraordinario de 500 kcal mientras damos el pecho, por lo que realizar cinco comidas diarias y seguir unas pautas de nutrición nos ayudarán a obtener la energía adicional".



Andrea Calderón, nutricionista y Montse Angulo, matrona, durante el turno de preguntas de la jornada.

Así, las madres lactantes deben consumir, entre dos y tres veces al día, verduras, frutas y hortalizas que aportarán vitaminas hidrosolubles, fibra y carotenos; entre dos y cuatro raciones diarias de lácteos y aceite, preferiblemente crudo y de oliva. Además, otros alimentos como legumbres, carne y pescado deben consumirse entre dos y tres veces por semana. Las madres lactantes también deben incluir huevos, hasta cuatro veces por semana, ya que son ricos en colina, nutriente que interviene en la formación de las estructuras del sistema nervioso del recién nacido.

En cuanto a la hidratación, Andrea Calderón ha comentado que las madres lactantes también deben asegurarse de beber adecuadamente puesto que los bebés ingieren entre 600 y 900 ml de leche al día incrementando la necesidad del consumo de líquido de la madre hasta los 2.700 ml.

Si bien el agua es la mejor opción para conseguir los niveles adecuados de hidratación, las madres también pueden decantarse por infusiones, leche o cerveza sin alcohol, ya que, tal y como ha afirmado Montserrat, *“si decides dar el pecho, debes continuar con tu compromiso SIN alcohol”*.

Referencias:

1-Louisa Gibson, et al; Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Cognition in Children.

<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/142/2/e20174266.full.pdf>. [Último acceso: julio de 2019]

2-Health Nexus Santé. El Alcohol y la Lactancia.

https://www.meilleurdepart.org/resources/alcool/bf_handout/breastfeed_and_alcohol_SP.pdf. [Último acceso: julio de 2019]

3-E-lactancia. Riesgo alto para la lactancia <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/ethanol/product/>. [Último acceso: julio de 2019]

SOMOS MATRONAS CON “GAFAS VIOLETAS”

Hasta el 1 de noviembre de 2019, cincuenta y un asesinos, hombres que mantenían o habían mantenido una relación de pareja o similar, residentes en nuestro país, han matado a cincuenta y una mujeres.



Ante esas cifras tan importantes, la sociedad española se ha pronunciado con multitudinarias manifestaciones en todas las ciudades para denunciar estos atentados contra los derechos humanos.

Las matronas, como parte de esa sociedad indignada, han mostrado su compromiso con el feminismo y con la exigencia de que los poderes públicos cumplan con todos los objetivos del Pacto de Estado contra la violencia de género, asignando las partidas presupuestarias que permitirán actuar desde la Escuela hasta la Sanidad, pasando por los Medios de Comunicación y la Justicia.

Porque una sociedad que no se manifiesta como feminista, no apuesta por la democracia, es decir, por una sociedad que lucha hasta conseguir la igualdad real entre mujeres y hombres.

A pesar de los incuestionables avances que se han producido en los últimos años, esta igualdad no ha permeado en la vida cotidiana de las parejas heterosexuales ni en el mundo laboral, donde continua una segregación que afecta tanto a la categoría de los puestos de trabajo que ocupan las mujeres, como al salario que estas perciben.

Por otro lado, en los tres últimos años hemos asistido a la aparición de los abusos y agresiones sexuales por parte de individuos que actúan en grupo. El origen de esta lacra hay que buscarlo en la ausencia de una educación afectivo sexual en la enseñanza primaria y secundaria, la cual se ha visto sustituida por la búsqueda en internet de información sobre sexo. Esta pseudo formación la proporciona la pornografía que muestra escenas sexuales de una manera explícita, donde son los hombres los que fantasean con unas relaciones en las cuales ejercen el poder, tratando a las mujeres como meros objetos sexuales.

En la imagen vemos una muestra en la ciudad de Alicante de las acciones que han llevado a cabo las matronas a lo largo de todo el país. Nuestras compañeras Modesta Salazar (Jefa de la Unidad de violencia sobre la mujer) y Montserrat Angulo (Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Alicante), junto con otras profesionales matronas, han querido visibilizar el compromiso de este colectivo con la erradicación de la violencia de género.

M^a José Alemany.
Matrona

#Ni una menos.
#No somos vasijas.
#Matronas abolicionistas.
#No es no. #Yo sí te creo.

MÁSTER EN SEXOLOGÍA SANITARIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



La Fundación SEXPOL realiza desde 1982 formación especializada en sexología, clínica, social y educativa, como complemento a los conocimientos adquiridos durante los estudios universitarios y también como especialización profesional. Nuestra combinación de actitudes sexofílicas, rigor científico y práctica es la clave para habernos convertido en un centro referente a nivel nacional que ha mantenido una formación ininterrumpida durante más de 35 años.

El Máster en Sexología Sanitaria con perspectiva de Género es una formación realmente completa y exhaustiva en estas disciplinas. Partiendo del concepto de Sexualidad humana y la estructura social marcada por el patriarcado y las limitaciones propias de los géneros, el máster pretende ofrecer no sólo los contenidos más representativos y centrales de la Sexualidad sino también su presencia e influencia dentro del ámbito sanitario a nivel personal y social.

La sexología en la actualidad ha evolucionado hasta convertirse en una materia autónoma muy compleja que requiere una actualización constante de sus contenidos de forma multidisciplinar. Tales contenidos deben sustentarse en actitudes adecuadas que eviten estereotipias o prejuicios y permitan un acercamiento realmente libre, en su vivencia así como en su expresión. Por eso, desde que en 1975 la OMS estableciera unos requisitos ideales para la formación en Sexología, hemos integrado en todos los másteres la capacidad teórica y la práctica (conocimiento y desempeño) así como la actitudinal, específica para esta disciplina.

Titulación

Máster en Sexología Sanitaria con perspectiva de Género

60 ECTS

Título propio de la Universidad de Nebrija y la Fundación SEXPOL

Matricula: 50% descuento para miembros de la Asociación Española de matronas y vinculadas.

Toda la información en:

www.sexpul.net

COLABORAN:



**CURSO ON LINE
CUALIFICACIÓN EN SALUD
REPRODUCTIVA Y FERTILIDAD
HUMANA**

Fechas Del 20 de enero al 20 de abril de 2020

PROGRAMA 80 horas

SEMINARIO 1 - Fisiología de la fertilidad humana femenina

Docente: Alfonso Bermejo de la Calzada

SEMINARIO 2 - Patología de la fertilidad humana femenina

Docente: Alfonso Bermejo de la Calzada

SEMINARIO 3 - Ciclo menstrual de la mujer y fertilidad

Docentes: Teresa Escudero / Virginia Ruipérez González / Pilar de la Cueva

SEMINARIO 4 - Fisiología y patología de la fertilidad humana masculina

Docente: Alfonso Bermejo de la Calzada

SEMINARIO 5 - Atención integral a la fertilidad

Docente: Susana Lafuente

SEMINARIO 6 - Tratamientos de Reproducción asistida: TRA

Docentes: Alfonso Bermejo de la Calzada / Virginia Ruipérez González

SEMINARIO 7 - Fecundación, embriología y técnicas genéticas

Docente: Francisco Guijarro

SEMINARIO 8 - Inmunología y hematología reproductiva

Docente: Silvia Sánchez-Ramón / Edgar Rodríguez de Frías

SEMINARIO 9 - Microbiología aplicada a la fertilidad humana

Docente: Juan Miguel Rodríguez Gómez

SEMINARIO 10 - Estilo de vida y fertilidad

Docente: Virginia Ruipérez González

SEMINARIO 11 - Aplicaciones balneoterápicas e hidroterapia en fertilidad

Docente: Pablo Saz

SEMINARIO 12 - Fitoterapia como tratamiento coadyudante en fertilidad

Docente: Pablo Saz



SEMINARIO 13 - Salud ambiental y fertilidad

Docentes: Carlos de Prada / Dolores Romano

SEMINARIO 14 - Psicología y fertilidad

Docente: Irene Poza

SEMINARIO 15 - Técnicas físicas: Osteopatía y fertilidad

Docente: Maite Mate

SEMINARIO 16 - Técnicas físicas: Reflexología podal en relación con la fertilidad

Docente: Bárbara Martín

SEMINARIO 17 - Otras perspectivas tradicionales: Medicina Tradicional China: Tui Na como complemento frente al tratamiento de fertilidad

Docente: Alicia Blázquez Franco

SEMINARIO 18 - Otras perspectivas tradicionales: El yoga como recurso positivo en fertilidad

Docente: Ponente por confirmar

SEMINARIO 19 - El arte en la fertilidad

Docente: Rosana Arroyo

SEMINARIO 20 - Marco legal de la reproducción asistida en España

Docente: Rosa M^a Candela Quintanilla

TODA LA INFORMACIÓN EN:

<https://www.fundacion.uned.es//actividad/idactividad/20261>

Virginia Ruipérez González

645621089

Mail: virginia@metodonaturistadefertilidad.com

DESCUENTO 10% DE MATRICULA PARA MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM



International
Confederation
of Midwives



INSCRIPCIONES	MADRUGADOR	REGULAR
	1 marzo 2019 a 2 marzo 2020	3 marzo-21 junio, 2020.
Delegado	815 USD	915 USD
Matrona recién titulada *	675 USD	775 USD
Delegado - países en vías de desarrollo. **	715 USD	815 USD
Matronas recién titulados (países de vías de desarrollo **)	575 USD	675 USD
Matrona estudiante ***	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
Acompañantes	200 USD	200 USD

TODA LA INFORMACIÓN EN:

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

32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM



TEMATICA PRINCIPAL DEL PROGRAMA CIENTIFICO.

- Las matronas protegen el futuro a través de competencias actualizadas
- Las matronas invierten en el futuro a través de la atención de calidad centrada en las mujeres y la familia
- Las matronas abogan por el futuro a través del empoderamiento efectivo
- Las matronas aseguran el futuro a través de fuertes mecanismos reguladores sólidos.



Matronas españolas en la marcha de Toronto en 2017

ICM 32ND TRIENNIAL , 20 JUNE 2020, BALI, INDONESIA

La MARCHA de las matronas por el empoderamiento de las mujeres.

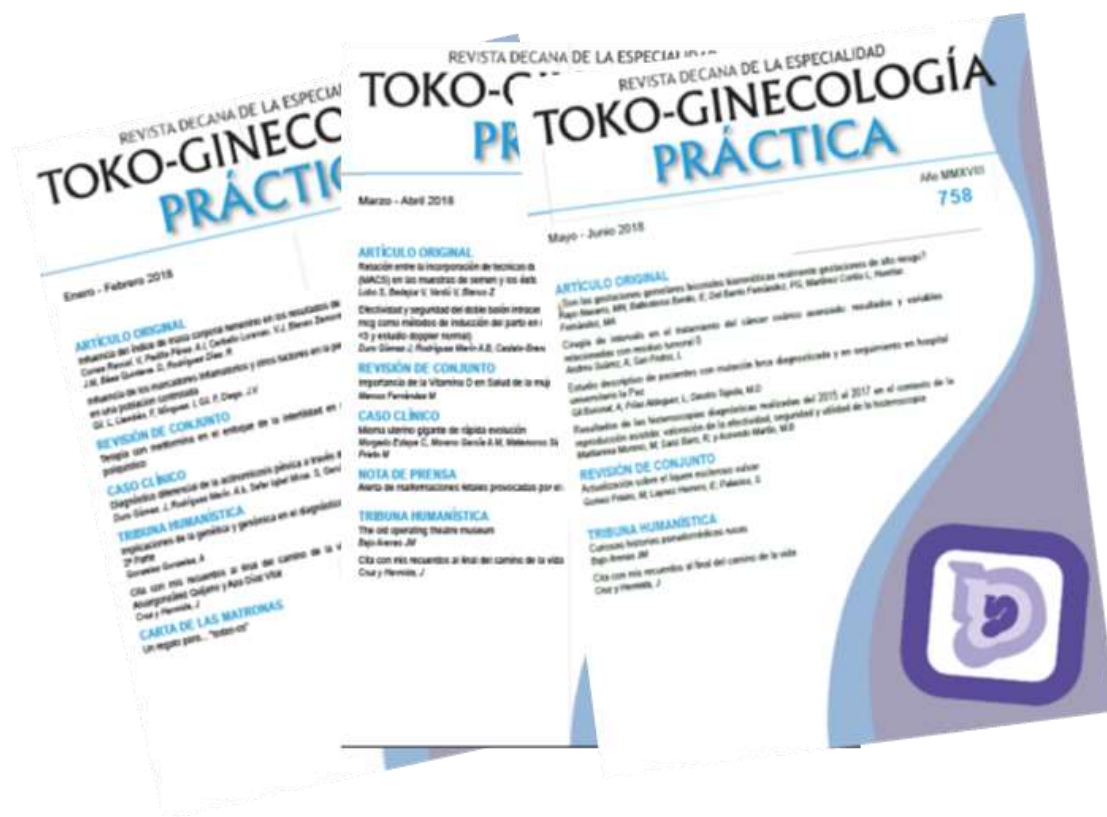
El evento previo al Congreso del sábado, para anunciar que las matronas del mundo han llegado a Bali para su congreso trienal, se ha vuelto muy popular. Desde Road to Durban, hasta la Marcha de las matronas de Toronto y ahora, las matronas de **Bali caminan por el empoderamiento de las mujeres**, este levantamiento de barreras, cada vez más popular, permitirá que miles de matronas caminen juntas en solidaridad, unidas en el mensaje que las matronas del mundo están entregando el futuro ... y ahora más que nunca.

Únase a nosotros el sábado 20 de junio de 2020 frente al Centro de Convenciones Bali Nusa Dua a las 15:45h. y camine con nosotros a un hermoso lugar para expresar nuestro mensaje al mundo. La caminata será de aproximadamente 45 minutos a 1 hora seguida de 2 horas de entretenimiento.

TODA LA INFORMACIÓN EN:

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

¿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



EL TRIBUNAL SUPREMO CONDENA A LA COMUNIDAD MURCIANA AL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN DE 600.000 EUROS POR MALA PRAXIS MÉDICA DURANTE UN PARTO

A juicio del Tribunal no existe duda de que se ha producido la infracción de la "lex artis" en la prestación sanitaria, consistente en una monitorización fetal sin que se tomaran las medidas necesarias a la vista de las incidencias del registro.

Por otro lado, aprecia relación de causalidad entre los hechos ocurridos y el daño producido al nacer el hijo de la recurrente, tal y como se desprende del informe médico emitido al efecto.

La estimación en parte del recurso contencioso administrativo, se funda, a tenor de los informes médicos de la Inspección Médica, el informe del médico ginecólogo aportado por la recurrente en la instancia, las declaraciones de sendos médicos ginecólogos y matronas que intervinieron antes y durante el parto, el médico ginecólogo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y el neurólogo que atendió al niño en el servicio de Neuropediatría del hospital al que fue trasladado (Hospital XXX), en que no se pudo acreditar, a juicio de la Sala de instancia, la infracción de la lex artis ni, por tanto, la concurrencia de los requisitos exigibles para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial sanitaria de la Administración.

Ahora bien, considera la Sala, no obstante, que se ha producido una "pérdida de oportunidad", pues "conoce esta Sala, pues también se ha acreditado, que son las Matronas las que están facultadas para valorar la evolución del parto y tomar ciertas decisiones, entre ellas al parecer la administración de oxitocina a la gestante. Ahora bien, tampoco se puede desconocer que ante la presencia de ciertos signos un poco alarmantes como eran los DIPS II que tuvieron lugar a partir de las 09:30, y por mucha que sea la experiencia y competencia de la matrona, una adecuada praxis sanitaria obligaba a

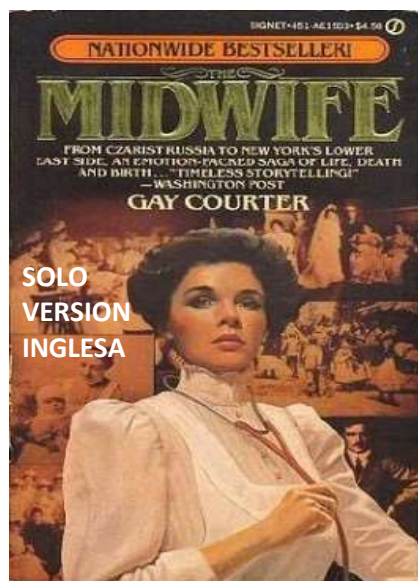
comunicar esas deceleraciones al ginecólogo, a fin de que adoptara las decisiones oportunas. Y no consta que la matrona avisara al Dr. ZZZ, ni tampoco lo contrario, es decir, que avisado dejara de presentarse para comprobar el monitor.

Tampoco consta en que momento se dejó de administrar oxitocina, si es que se hizo antes de pasar a la recurrente a la sala de partos. No podemos saber, pues no está acreditado, qué decisión hubiera tomado el ginecólogo de haber visto las deceleraciones, o en caso de haberlas visto si hubiera tomado otra decisión distinta a la que tuvo de mantener una actitud expectante.

Por tanto, no podemos concluir la existencia de una relación de causa/efecto entre la actuación del servicio sanitario y el daño sufrido por el feto. Pero tampoco puede excluirse la posibilidad, como se ha dicho, de que hubiera podido actuarse de otra forma, en definitiva, de haberse evitado el daño. Es lo que el Tribunal Supremo viene denominando pérdida de oportunidad, es decir, que en este caso se ha privado al menor de la pérdida de la oportunidad de haber evitado esa anoxia y consecuente encefalopatía, y ello es indemnizable."

En vía de recurso

Fuente: Prensa Jurídica



Este libro fue un éxito de ventas cuando apareció publicado por primera vez en 1981.

A través de él conocemos a Hannah Blau, la comadrona, judía que luchó contra los salvajes prejuicios religiosos para obtener capacitación médica en el legendario Colegio Imperial de Moscú alojado en el extraordinario edificio del Palacio que el excéntrico hijo de Catalina la Grande construyera en 1796. Hannah que es una muchacha muy adelantada a su tiempo, estudia en Moscú bajo la cuota que limita a los judíos, para obtener capacitación médica en partería, lejos de sus padres y hermanos y futuro esposo, todos en casa en Odessa.

La historia comienza con su primer parto asistido completamente por sí sola. Sus habilidades, instinto y humanidad resultan en un gran éxito, impresionando a sus profesores mentores.

Hannah Blau, es impulsada por la

pasión de ayudar a otras mujeres, desde mujeres nobles rusas hasta prostitutas, a traer a sus bebés al mundo de manera segura.

Vivir en la Rusia imperial alrededor del cambio de siglo fue brutal para el pueblo judío y Courter no se detiene al describir la miseria diaria del acoso y la persecución burocrática y los horrores absolutos de los progromos.

Ella luchó contra sus propias dudas y temores mientras se sumergía en una historia de amor prohibida y un matrimonio aún más lleno de peligros. Hannah formada y su familia se ven obligados a zarpar hacia América por causa de los progromos rusos.

Allí encuentra una licencia para practicar la partería. Más tarde tiene problemas legales sobre su habilidad para la práctica. En los primeros años en Estados Unidos, su esposo gana muy poco y, aunque Hannah a menudo se disgusta con él, siempre se reconcilian.

Ella luchó contra las increíbles probabilidades a las que se enfrenta una inmigrante judía y la amarga hostilidad de los médicos varones en el cambio de siglo de Nueva York; también muestra una historia muy interesante sobre el parto, los grandes cambios en la tecnología médica en ese momento y gran parte de la información errónea que incluso los mejores médicos tenían sobre el cuerpo humano y los tratamientos médicos que ahora conocemos, y sabemos muy equivocados. En Estados Unidos, las matronas representan una amenaza económica para la especialidad emergente de obstetricia, pero el mayor desafío al que se enfrenta Hannah es a tres hombres: Stefan Petrograv, el brillante médico ruso; Lazar, un socialista bravo; y Nathaniel Belinsky, un hombre de negocios despiadado y viril. Cada uno la ama y trata de hacerla suya mientras ella lucha por enfrentar un mundo hostil que pone a prueba su visión de la felicidad personal y profesional.

Ella luchó por sus ardientes sueños y deseos. Ella luchó y ganó. Esta novela dramática sigue a la valiente y apasionada Hannah desde los pasillos del Palacio Imperial hasta el ghetto de Lower East Side, y finalmente a las mansiones de la Quinta Avenida de Nueva York, recreando todo un mundo de lucha, amor, lujuria, vida, muerte y nacimiento.

Rosa M^a Plata Quintanilla. Matrona



LOS CURSOS PARA 2020

(Pendientes de fijar fechas por la agenda del profesorado)

1. Actualización en atención primaria
2. Anticoncepción
3. Control de bienestar fetal intraparto
4. Ecografía básica para matronas
5. Duelo perinatal
6. Recuperación de suelo pélvico
7. Suturas y anudados
8. Urgencias obstétricas

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

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

+ de 40 AÑOS + de 40 LOGROS



www.aesmatronas.com





www.aesmatronas.com