

 **COLEGIO DE OBSTÉTRICAS**
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Consejo Superior.
www.copba-cs.org.ar



Comité de Promoción de la
Investigación y el Liderazgo

Obstetrix

Revista de Investigación y Liderazgo en Partería Profesional



PARTERÍA INTERCULTURAL
MALENE HEGENBERGER
DINAMARCA

Contenido

Llamado a presentación de trabajos de investigación.

1

Metodología de investigación: Ensayos clínicos.

2

¿Qué es la Confederación Internacional de Matronas?

10

Partería Intercultural: Malene Hengerberger. Dinamarca

12

Entrevista a líderes locales — Lic. Nora Pattarini

16

Hablemos sobre el ejercicio profesional. Resultados de encuestas y videos del encuentro.

20

Becas, capacitaciones, conferencias y concursos.

21

Llamados a colaboradores Encuesta y sugerencias para el Newsletter

22

Estimadas/os colegas,

En primer lugar quiero dar las GRACIAS. Sí, en mayúscula porque son muchas.

¡Gracias! a quienes me convocaron, a cada una de las personas que nos leen y a quienes participan de cada sección, para enriquecer, mostrar y enaltecer nuestra maravillosa profesión.

Párrafo aparte merecen mis compañeras, Florencia, Mariana y Raquel, que son inmensas. Son tres mujeres que no paran un segundo de pensar en cómo mejorar, en ideas innovadoras, cautivadoras y sobre todo responsables.

Aprender de ellas es mi mayor y mejor objetivo. Por eso, además de colaborar en la producción de esta NEWSLETTER para ustedes colegas, con cada nueva edición me pongo en ese hermoso lugar de lectora y aprendo y disfruto cada línea aquí plasmada.

Siguiendo los lineamientos de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) la investigación es la base fundamental junto con la formación continua y la asistencia de cualquier profesión.

Conocer la Obstetricia desde la investigación es apasionante, es un campo disciplinar poco explorado por nosotras y del cual nos tenemos que apropiar.

Las y los invito a ser curiosos, no le teman a los ¿Por qué? O a los ¿Cómo?, es lo que nos ayuda a mantenernos actualizados en pos de mejorar la calidad de atención que brindamos basada en la mejor evidencia científica disponible.

Ahora sí, ¡Bienvenidos y Bienvenidas!, espero que disfruten esta nueva edición como lo haré yo.

“Me lo contaron y lo olvidé; lo vi y lo entendí; lo hice y lo aprendí”. Confucio.



Lucrecia Fotia

Secretaria del Comité de Promoción de la Investigación y el Liderazgo



CONVOCATORIA ABIERTA PARA COLEGIOS Y ASOCIACIONES DE OBSTÉTRICAS Y MATRONAS DE AMÉRICA LATINA

Con la finalidad de habilitar un espacio para el fortalecimiento en el ámbito de la Investigación y el Liderazgo, el comité junto con el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires abre la convocatoria a todos y todas las colegas que deseen participar publicando sus trabajos de investigación. Esta convocatoria amplía no solo a nivel local y nacional, sino hispano/hablante. Creemos que es importante fomentar la participación y desarrollo de nuestra profesión en America Latina.

Envíanos tu artículo de investigación con tu CV breve adjunto a:



investigacionyliderazgo@copba-cs.org.ar

Vale aclarar, que para poder publicar su trabajo de investigación, el comité realizará una revisión y un proceso de edición para optimizar la calidad de las investigaciones.

Realizamos consultoría y proveemos de herramientas para fortalecer su contenido.

ACCEDER A PUBLICACIONES ANTERIORES SOBRE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN AQUÍ:

[¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PUBLICAR MI TRABAJO DE INVESTIGACIÓN?](#)

[¿CÓMO INFORMAR Y PUBLICAR INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS?](#)

[¿QUÉ ES UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA?](#)

[¿QUÉ ES UN REPORTE DE CASO?](#)

[¿QUÉ ES UN ESTUDIO DE COHORTE?](#)

ENSAYOS CLÍNICOS

Lic. Lucrecia Fotia & Mg. Florencia Francisconi



¿Qué son los ensayos clínicos?

Los ensayos clínicos son estudios analíticos experimentales. Son aquellos en donde el investigador ejerce una modificación en el objeto de estudio, introduciendo algún tipo de intervención en la investigación. Por este motivo, este tipo de diseños son muy útiles para estudiar la eficacia de un tratamiento o de una acción preventiva.

En los ensayos clínicos el investigador participa activamente especificando las condiciones del estudio, a través de:

- La selección de los grupos de tratamiento.
- La naturaleza de las intervenciones que se realicen.
- El manejo de los pacientes durante el seguimiento, etcétera.

El ensayo clínico es ideal para proporcionar pruebas acerca de relaciones causa-efecto en el tratamiento o prevención de enfermedades. Las características que definen a los estudios experimentales son las siguientes:

La intervención: el investigador “manipula” de alguna manera los sujetos que participan de la investigación y modifica el curso de los eventos por medio, por ejemplo, de la administración de un nuevo tratamiento o de una nueva acción preventiva.

El control: en este tipo de estudios se utiliza un “grupo control” que queda libre de intervención con el fin de comparar su experiencia con la del grupo en estudio. Idealmente los que participan en la investigación (sujetos e investigadores) deberían desconocer a qué grupo están asignados esto es lo que se llama ensayo doble ciego.

La aleatoriedad: se refiere a que el investigador asigna los sujetos a un grupo control o de intervención por medio de la aleatorización o de una asignación realizada al azar.

Los estudios experimentales son útiles para demostrar los efectos benéficos o de protección de ciertas intervenciones. Sin embargo, no deben ser utilizados para demostrar que un agente determinado es causa de una determinada enfermedad.

Sería poco ético dividir a un grupo de personas para que algunas sean expuestas a un factor de riesgo y otras no.

Los ensayos clínicos controlados no están indicados en las investigaciones iniciales de un nuevo tratamiento. Cuando se utilizan como parte del proceso de aprobación de un nuevo fármaco, se conocen como ensayos de fase III. Idealmente, un ensayo clínico controlado o de fase III debe realizarse después de haber establecido las indicaciones y el régimen de administración, pero antes de que el tratamiento haya pasado a formar parte de la práctica clínica. Este proceso es automático para los nuevos fármacos que todavía no están comercializados. Sin embargo, para muchos procedimientos terapéuticos y fármacos que ya están comercializados, el tratamiento puede haberse empleado extensamente antes de que se realicen ensayos clínicos controlados. Esto constituye un problema, porque al haberse empleado, los médicos y, frecuentemente, los propios pacientes, ya tienen ideas firmes sobre su valor

Ensayo Clínico: Cómo leerlo críticamente y conocer sus bases.

El ensayo clínico (EC) es un experimento planificado. La mayoría de las preguntas que se formulan en la clínica corresponden a preguntas sobre la efectividad de los tratamientos o intervenciones, sean con finalidad preventiva o terapéutica. Para obtener respuestas a este tipo de preguntas, el Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) es considerado tradicionalmente el diseño de investigación clínica de referencia. Por tanto, saber leer críticamente un ECA es de una importancia capital para la práctica basada en la evidencia, y también para realizar investigación de síntesis.

Objetivos de EC

- Evaluar la eficacia de intervenciones sanitarias, médicas o quirúrgicas.
- Proporcionar pruebas acerca de relaciones causa-efecto en el tratamiento o prevención de enfermedades.



Diseño

El ECA es un diseño prospectivo de investigación clínica (en personas con un problema específico de salud o en riesgo definido de desarrollarlo) en el que se evalúa el efecto de al menos dos intervenciones alternativas por medio de la asignación explícita aleatoria (aunque también existan ensayos clínicos controlados no aleatorizados) de cada participante a una de ellas y la comparación de los desenlaces obtenidos en cada grupo generado.

En este diseño, la aleatorización potencia la validez interna de sus resultados y justifica el alto nivel de credibilidad que se otorga a los mismos, evitando los subjetivismos conscientes o inconscientes en la creación de los grupos de comparación y genera grupos cuyo pronóstico inicial es similar, comparando sin confusión el efecto de dos o más intervenciones.

Sin embargo, los ECA están, fundamentalmente, diseñados para responder a cuestiones de eficacia o efectividad y, aunque analizan la seguridad en el horizonte temporal del ensayo, pueden no detectar efectos adversos relevantes que sean poco frecuentes o tardíos. Estas «otras» consecuencias de las intervenciones se identifican a posteriori mediante estudios observacionales o por el uso ulterior en la rutina (registros asistenciales).

Si bien el ECA es toda una familia de diseños que comparten lo esencial: una estrategia de comparación y la aleatorización, mencionaremos el diseño típico y más común: el ECA paralelo.

Lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos

Para este diseño paralelo, la convención al uso es CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials, <http://www.consort-statement.org/>), y para las diferentes variantes de diseño, las respectivas extensiones de CONSORT.

[Click aquí](#)

Fases de un EC

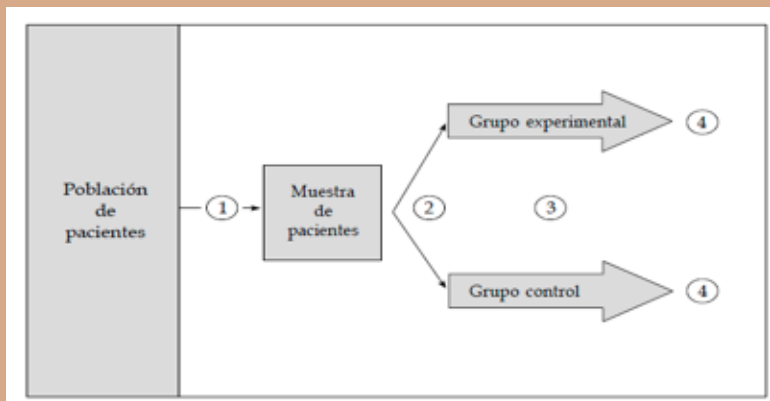


Figura 1. Las diferentes fases conceptuales de un ensayo clínico: (1) en primer lugar se selecciona la muestra del paciente a partir de una población de referencia; (2) a continuación se procede a la distribución aleatoria; (3) seguidamente se aplican las intervenciones previstas y después (4) se miden los resultados. En cada una de estas fases se deben considerar cuidadosamente los posibles mecanismos por los que se puede incurrir en algún sesgo.

Características metodológicas a valorar en los ensayos clínicos aleatorios, descripción, soluciones y sesgos relacionados

Descripción (Caraterística metodológica)	Descripción/ Solución	Sesgos relacionados
Pregunta	Componentes PICO y pertinencia	Diseño inapropiado de la pregunta o elección errónea del tipo de diseño
Aleatorización (secuencia)	Asignación de la intervención basada en las creencias/ preferencias del clínico y/o perfiles/ características específicas del paciente y su entorno. <i>Sistema de aleatorización: simple, bloques, estratos, minimización.</i>	Sesgo de selección Sesgo de confusión
Ocultación de la secuencia de aleatorización (OSA)	Predictibilidad del tratamiento a ser asignado a próximos pacientes, discrecionalidad en la selección de los pacientes que recibirán las diferentes intervenciones. <i>Sobres opacos, numerados secuencialmente, servicio de farmacia. Control de aleatorización</i>	Sesgos de selección Sesgos de confusión
Datos incompletos de los desenlaces	Pérdidas (datos no disponibles) Exclusiones del análisis. <i>Análisis por obtención de tratamiento, análisis de sensibilidad</i>	Sesgos por atrición o por pérdidas. Análisis incorrectos Sesgos de confusión
Cegamiento	Cuidados diferentes a los grupos Diferencias en la evaluación del desenlace Puede afectar al seguimiento si participar requiere entusiasmo del clínico o del paciente <i>Simple, doble, triple, etc.</i>	Sesgos de ejecución (diferentes cuidados en los grupos) Sesgos de detección (diferente proceso de medición en los grupos) Sesgos de atrición

Comunicación selectiva de los desenlaces

Diferencias sistemáticas entre hallazgos comunicados y no comunicados o selección de desenlaces -publicables-
Protocolos y registros de ensayos

Sesgos de comunicación
Sesgos de publicación

Otros sesgos

Suspensión precoz, ruptura de ciego, etc.
Comunicación detallada y sistemática, de acuerdo a normas aceptadas (CONSORT)

Aleatorización: fase fundamental

Consiste en la asignación de cada paciente a un grupo en función de una secuencia aleatoria que se puede generar de diversos modos. Esta es la manera que tenemos de intentar que los dos grupos sean similares respecto de las variables que creemos importantes, pero también de otras variables desconocidas. En teoría debe controlar el sesgo de selección y el sesgo de confusión. Conceptualmente hay dos elementos distintos en la aleatorización: uno es la generación de la secuencia de aleatorización, y otro más pragmático es cómo se realiza el procedimiento de asignación, especialmente si la secuencia se mantiene oculta para quien hace el reclutamiento (ocultación de la secuencia de aleatorización [OSA]).

-La secuencia de aleatorización puede generarse de modo simple a través de una tabla o sistema de números aleatorios (hasta con una moneda si hay solo dos grupos para comparar).

-En cuanto a la OSA, hay consistente evidencia empírica de que su ausencia provoca una sobrestimación del efecto hasta el 40%, y es, sin duda, una de las más importantes causas de sesgo en los ECA.

Las principales formas de aleatorización son:

Tipo de aleatorización

Procedimiento

Aleatorización simple

Cada paciente tiene probabilidad (habitualmente) de ser asignado a uno y otro grupo, y ello no puede ser predicho. Los métodos son moneda, tabla de número aleatorios o generados por ordenador (seudoaleatorios)

Aleatorización restrictiva

Se impone alguna restricción al proceso de aleatorización (p.ej; aleatorización por «bloques» de determinado número de pacientes) para asegurar el equilibrio de pacientes entre los grupos.

Aleatorización equilibrada por covariables

Frecuentemente se desea similar número en cada grupo, pero también asegurarse de que los «factores pronósticos» importantes sean similares en ambos grupos. Existen varios mecanismos: *estratificación, estratificación+bloques o algoritmos de minimización*

Aleatorización adaptativa según respuesta

Las asignaciones al tratamiento depende de las respuestas previas al mismo

Adaptado de McPherson GC, Campbell MK, Elbourne R. Use of randomization in clinical trials. *Trials*, 2012,13:198

"Missing data"

¿Qué sucede ante fallecimiento, agravamiento de la enfermedad de algún participante del estudio o de alguno de los problemas concomitantes, cansancio con la rutina del ensayo o descontento con la intervención recibida, posibles efectos indeseados, etc.?

También puede ocurrir que el clínico o el investigador determinen que el paciente no ha sido adecuadamente seleccionado para el ensayo o no está cumpliendo adecuadamente los procedimientos establecidos en el protocolo y decidan excluirlo del mismo ¿Cómo se procesan los datos en estos casos?

Pérdidas de datos: Cualquiera que sea el mecanismo de producción de esta ausencia de información, el resultado es que se pone en peligro el valor proporcionado por la aleatorización. El resultado neto del sesgo de atrición (attrition bias) no es previsible y requiere una evaluación específica del mismo en cada ensayo. Para su detección pueden ser de ayuda las normas de CONSORT y, en particular, el flujograma que permite ver lo acontecido en el tiempo a todos los pacientes seleccionados y aleatorizados. De esta forma, el lector podrá valorar hasta qué punto hay diferencias entre ambos grupos y su posible repercusión.

Una vez detectada la presencia y posible importancia de este sesgo, existen diferentes estrategias a la hora de releer o reanalizar los datos. La más intuitiva es desarrollar ciertos escenarios hipotéticos o simulaciones para asignar valores a los datos faltantes y evaluar hasta qué punto cambian los resultados y las conclusiones fundamentales del ensayo. Es el llamado análisis de sensibilidad, que puede adquirir dos facetas: el «análisis en el peor de los casos», en el que se calculan los estimadores del efecto si todos los participantes perdidos del grupo experimental tuvieran el evento negativo y los perdidos del grupo control no lo tuvieran; y el «análisis en el mejor de los casos», en el que procederíamos justo al revés. De este modo, veremos cuál es la sensibilidad de nuestra estimación a los posibles cambios en las pérdidas. Otra alternativa es realizar análisis ajustados por una o más covariables que muestran desequilibrios entre los grupos que se analizan, o utilizar determinadas técnicas estadísticas que «imputan» o asignan valores a los datos faltantes.

Exclusiones del análisis: El **análisis por intención de tratar (AIT)**, respeta la consideración de los pacientes en el grupo en el que fueron asignados tras la aleatorización y, de acuerdo con él, cada paciente es analizado en el grupo al que fue aleatoriamente asignado, independientemente del tratamiento recibido, de abandonos o de pérdidas de seguimiento. La otra opción es analizar los pacientes en el grupo en el que acabaron siendo estudiados (y donde cumplieron su tratamiento), lo que es llamado **análisis por protocolo (AP)**.

Cegado o enmascaramiento

Entendemos por cegado o enmascaramiento en un ECA el procedimiento por el cual se asegura que los participantes, los investigadores, los recolectores de los datos o los que los analizan desconozcan qué intervención se administra a cada participante.

Resultados

Un ensayo clínico generalmente considerará varios resultados, cada uno de los cuales puede medirse de múltiples formas o en múltiples puntos de tiempo, y puede haber más de una forma de analizar cada una de estas medidas. Los hallazgos deben contener los resultados de cada medida de resultado y análisis especificados en la entrada de registro para el ensayo y establecidos en el protocolo o plan de análisis estadístico. Si alguno de estos resultados no se informa, se debe proporcionar una razón para su ausencia. Cualquier hallazgo de análisis que no haya sido pre-especificado debe identificarse claramente como tal.

Es importante determinar cuál es la escala de medida de la variable de desenlace principal, pues esta, condiciona la técnica de análisis estadístico y la forma de presentación de los resultados.

Generalmente se aconseja utilizar variables de gran relevancia clínica, y entre ellas destacamos aquellas de tipo dicotómico o binario (sí/no), pues se acomodan bien a la forma de trabajo del profesional asistencial (tiene/no tiene este problema, le trato/no le trato, se cura/no se cura, etc.).

En este caso, deberemos siempre buscar los números «crudos» (es decir, en cuántos pacientes se evaluó el desenlace y en cuántos se detectó el resultado de interés).

Con este tipo de variables podremos calcular:

- **Riesgo relativo (RR)**
- **Odds ratio (OR)**
- **Hazard ratio (HR)**

Otras variables de interés en un ECA son:

La diferencia de riesgos (DR), también llamada **reducción absoluta del riesgo (RAR)**, Es el complementario de la Diferencia Absoluta de Riesgo. En principio se supone que un tratamiento es mejor que un placebo, o que el nuevo es mejor que el antiguo, o que una intervención determinada mejorará el problema, es decir, reducirá la probabilidad de aparición. Naturalmente esto no siempre es así, por lo que, al igual que en la DAR, pueden darse números negativos.

El concepto que subyace en la RAR, es cuanto menor es la probabilidad que se presente el problema, tras aplicar la nueva intervención, respecto al estado anterior (placebo, otra medicación, otras actuaciones, etc). Refleja la diferencia en la probabilidad de ocurrencia del desenlace entre los grupos.

Una reducción de 0 equivale a igualdad de riesgo en los grupos y, por tanto, a la ausencia de efectos diferentes de las intervenciones que se comparan. Si se obtiene un resultado distinto de 0, habrá que valorarla magnitud y el sentido de la diferencia.

Número necesario de pacientes que

hay que tratar (NNT): Conceptualmente es el inverso de la Reducción Absoluta de Riesgo (RAR). Si con una intervención terapéutica, hemos encontrado que la probabilidad de que se presente un determinado evento nocivo disminuye, y podemos cuantificar esta disminución, que es lo que efectuamos al calcular RAR, ¿A cuántos individuos tendríamos que aplicar ese tratamiento para disminuir en una unidad la aparición del evento nocivo, es decir, para lograr un individuo más libre del problema?. Es fácil determinar que el inverso de 0 es infinito (una magnitud inespecífica) y, por lo tanto, este NNT no estimable sería el que nos hablaría de la no diferencia de efectos. El NNT es un estimador de la efectividad de la intervención, entendida como consecución de más desenlaces favorables o reducción de los desfavorables.

Cuando queremos referirnos a los sucesos desfavorables y, específicamente, cuando nos referimos a efectos indeseados de una intervención (toxicidad, efectos secundarios, etc.), se utiliza el llamado NND (NNH, en inglés), que informa sobre cuántos pacientes tendrían que recibir el tratamiento experimental en vez del de referencia para que observemos un daño (harm) o suceso desfavorable (generalmente, un efecto tóxico grave) adicional a los que se observarían con el tratamiento de referencia o control.

No debemos olvidar que los pacientes reclutados en un ensayo son una muestra de los pacientes existentes o de los que veremos en el futuro, y que nuestros resultados son solo estimaciones en esa muestra.

Interpretación y difusión de los resultados

El aspecto más polémico de informar los resultados de un ensayo clínico puede ser si el informe debe incluir las opiniones y conclusiones de los investigadores. Es en esta sección de un informe donde la objetividad de la investigación se enfrenta a la subjetividad de los autores que “utilizan su poder como dueños de su escritura para enfatizar un punto de vista más que otro”.

Alternativamente, algunos consideran que el giro lingüístico es esencial para la comunicación científica, ya que ofrece a los científicos la oportunidad de especular y formular nuevas hipótesis. Distinguir opiniones y conclusiones de la promoción o promoción puede ser difícil, y puede ser preferible dejar que los usuarios de los hallazgos saquen sus propias conclusiones y se formen sus propias opiniones sobre lo que los hallazgos de un ensayo significan para ellos y su toma de decisiones.

Los resultados de los ensayos clínicos deben estar disponibles para todos, independientemente de dónde

vivan.

Debería ser responsabilidad de los investigadores producir sus hallazgos en un formato al que puedan acceder los usuarios potenciales, y debería ser responsabilidad del usuario buscar estos resultados. Internet podría ser el principal medio para satisfacer esta responsabilidad compartida. El acceso también debe considerarse en términos de la capacidad del usuario final para ver y comprender la información obtenida.

Históricamente, el acceso a los resultados de un ensayo generalmente se ha logrado mediante la publicación en una revista revisada por pares.

Este modelo de publicación tradicional tiene sus limitaciones, particularmente en un entorno donde los usuarios finales de la información de la investigación ahora incluyen a los responsables de la formulación de políticas de salud, consumidores, reguladores y legisladores que desean un acceso rápido a información de alta calidad en un formato "fácil de usar".

Bibliografía recomendada:

- López E, Pijoan JI, Cabello JB. Lectura crítica de estudios de tratamiento. Ensayos clínicos aleatorios. En: Cabello Juan B, editor. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier;2015. p. 35-62.
- Gaminde I, Erviti J. La interpretación de los resultados de un ensayo clínico aleatorizado. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2008;16(1).
- Gherzi D, Clarke M, Berlin J, Gülmezoglu AM, Kush R, Lumbiganon P, et al. Reporting the findings of clinical trials: a discussion paper. Bulletin of the World Health Organization. June 2008;86(6).
- Hulley S, Cummings S, Browner S, Grady D, Newman T. Diseño de investigaciones clínicas (4ta. Ed.) Barcelona. Lippincott Williams And Wilkins. Wolters Kluwer Health, 2014.



Caja de herramientas

Valoración de ensayo clínico

- Valoración interna/externa
- Calculadora

Plantillas de lectura crítica:

Baja estas herramientas haciendo click en cada una.



CASPE



RECURSOS CONSORT



DECLARACIÓN



DIAGRAMA DE FLUJO



CHECK LIST

Ejemplos de ensayos clínicos

Proyecto de investigación: Blasco Oliete M, Sanz Cuesta T, Gírbés Fontana M, Pascual Malanda M, Ortiz Valdepeñas J, García López L. Efectividad de dos intervenciones sanitarias para conseguir el abandono del consumo de tabaco en embarazadas. Atención Primaria 2004;33(5):277-83.

Ensayo publicado: Mafetoni RR, Shimo AKK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial [Internet]. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2016;24(0).



¿QUÉ ES LA CONFEREDACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS?

Por Mg. Florencia Francisconi



¿Quiénes somos?

La Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés) es una organización no gubernamental acreditada que representa a las parteras profesionales y la partería ante organizaciones de todo el mundo para lograr objetivos comunes en el cuidado de madres y recién nacidos. ICM trabaja en estrecha colaboración con la OMS, el UNFPA y otras agencias de la ONU; organizaciones mundiales de atención médica profesional, incluida la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), organizaciones no gubernamentales; grupos bilaterales y de la sociedad civil.

Un poco de historia...

Desde principios de la década de 1900, hubo una variedad de reuniones internacionales de parteras en Europa, con la excepción de una brecha de ocho años (1914-1922) debido a la Segunda Guerra Mundial. En 1922, se creó la Unión Internacional de

Parteras (IMU) en Bélgica, precursora de la Confederación Internacional de Parteras (ICM) y las reuniones de parteras europeas continuaron a intervalos desiguales, también afectados por la Segunda Guerra Mundial. En 1954, la IMU reconstituida cambió su nombre a ICM y nombró a Marjorie Bays como la primera Secretaria Ejecutiva. La primera oficina central se basó en Londres. En 1999, el Consejo de la ICM decidió trasladar la oficina central a La Haya, Países Bajos, donde ha estado desde ento

Misión y Visión

En nuestra visión, la ICM imagina un mundo en el que toda mujer en edad fértil tenga acceso a la atención de una partera profesional para ella y su recién nacido. Nuestra misión es fortalecer las asociaciones de Obstétricas y promover la profesión a nivel mundial promoviendo a las parteras profesionales autónomas como las cuidadoras más adecuadas para las mujeres en edad fértil y manteniendo un parto normal, a fin de mejorar la salud reproductiva de las mujeres, sus recién nacidos y sus familias.

SABÍAS QUE...



- La ICM ha generado documentos de políticas y prácticas para apoyar a los países? [Click aquí](#)
- ¿Genera una newsletter propia, a la cual podés suscribirte? [Click aquí.](#)
- La ICM cuenta con una oficina central ([click aquí](#)), que está supervisada por la junta de ICM ([click aquí](#))
- El Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires es la única entidad miembro de Argentina ante ICM y, actualmente, tiene por segunda vez la representación de la región latinoamericana?
- ¿La ICM cuenta con un comité de Investigación? ([click aquí](#))
- La ICM y sus socios apoyan y desarrollan programas de liderazgo en partería? ([click aquí](#))

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE EL COPBA SEA MIEMBRO?

La Confederación apoya, representa y trabaja para fortalecer las asociaciones profesionales de matronas en todo el mundo. Actualmente hay 143 asociaciones miembros, que representan a 124 países en todos los continentes ([click aquí](#)).

ICM está organizado en seis regiones:

- África (anglófona y francófona)
- América (América del Norte y el Caribe y América del Sur)
- Pacífico oeste
- Mediterráneo oriental
- El sudeste de Asia
- Europa (norte, centro y sur)

Juntas, estas asociaciones representan a más de 1 millón de parteras profesionales en todo el mundo, ¿dimensionan el alcance de nuestra voz?

Te invitamos a navegar la página de la ICM y a seguir conociendo esta importante organización internacional de la cual somos parte: <https://www.internationalmidwives.org/>

Desde el Comité de Promoción de la Investigación y el Liderazgo vamos a trabajar juntas algunos de los documentos centrales de la Confederación ¡No te pierdas las próximas ediciones de nuestra newsletter!



HEGENBERGER SPECULUM

An innovation for better post- partum suturing



Interview to CEO and funder: Malene Hegenberger

FLOR FRANCISCONI & RAQUEL JUSTINIANO

¿Can you please tell us briefly about yourself?

My name is Malene Hegenberger. I am a Registered Nurse, certified in Denmark in 1998, and a Certified Nurse Midwife from Bergen, Norway in 2002. I have worked as a nurse /midwife in London, Norway, Caribbean, and the US.

I have always liked working in hospital settings and to feel the energy and drive from colleagues and patients. I find it interesting to look for better solutions and better flow in my care of patients. It's important to me that patients and their relatives understand the situation and understands the actions in our care and treatment. It takes so little to connect with people even when cultures are different.



¿Can you tell us how this innovative initiative started?

The satisfaction from performing a correct post-partum repair really makes my day. To finish off a long and hard vaginal delivery with a correct and normal (for the patient) looking vagina and external genital is how it should be for all women.

When suturing I found myself having difficulty inspecting, diagnosing, and managing my instruments, while keeping the trauma dry of blood. I always needed that third hand to hold aside. This is when I had the idea of developing a device to be placed in the vagina during suturing. This device would be my assistant since midwives in most cases suture alone.



¿Was there any research done in the process?

The only research that we have at present is provided by GynZone.com and it demonstrates the number of correct diagnosed tears in primigravida and multipara from Skejby University Hospital, Denmark 2017.

It demonstrates that 98% of primigravida needs suturing. 65% of those women have a second degree tear involving either one or both of M. Transversus or M. Bulbocavernosus.

and that 35 % of multipara needs suturing. In Denmark we perform very little episiotomies.

We also performed a little preliminary study asking 23 clinicians how they felt using the Hegenberger Speculum, Whether it was intuitive to handle and understand. 97% of the clinicians were very positive regarding the Hegenberger Speculum and they would like to use it again.

We are planning to have more research done and will investigate this further along the journey.

¿What material is this speculum made of?

Plastic approved for medical use and CE certified. The Hegenberger Speculum is single use.

¿What are the challenges you found in the way to make it happen?

Choosing the material took some time – discussions regarding the choice of material were difficult since plastic is not a popular choice of material. And designing the right shape that would fit the vagina and create a space for suturing without blocking the view of the tear. The instruments we have at present is originally made for GYN and I wanted to create something specifically for suturing post partum tears. Something that is made by a midwife for midwives.

**"Something
that is made
by a midwife
for midwives"**

¿What are the results of midwives using this speculum?

The result is that suturing takes shorter time and is less painful for the women. There is much less manipulation, inspection and touching when the speculum is in place.

To have both hands free creates better ergonomics doing suturing. Training students in suturing with the Hegenberger Speculum, a needle holder and forceps will redefine midwives surgical skills in the future.

Midwives have a lot of skills, but there is always room from improvement, and I would like midwives to have excellent skills in post partum trauma repairs.

¿What are your aspirations with this product?

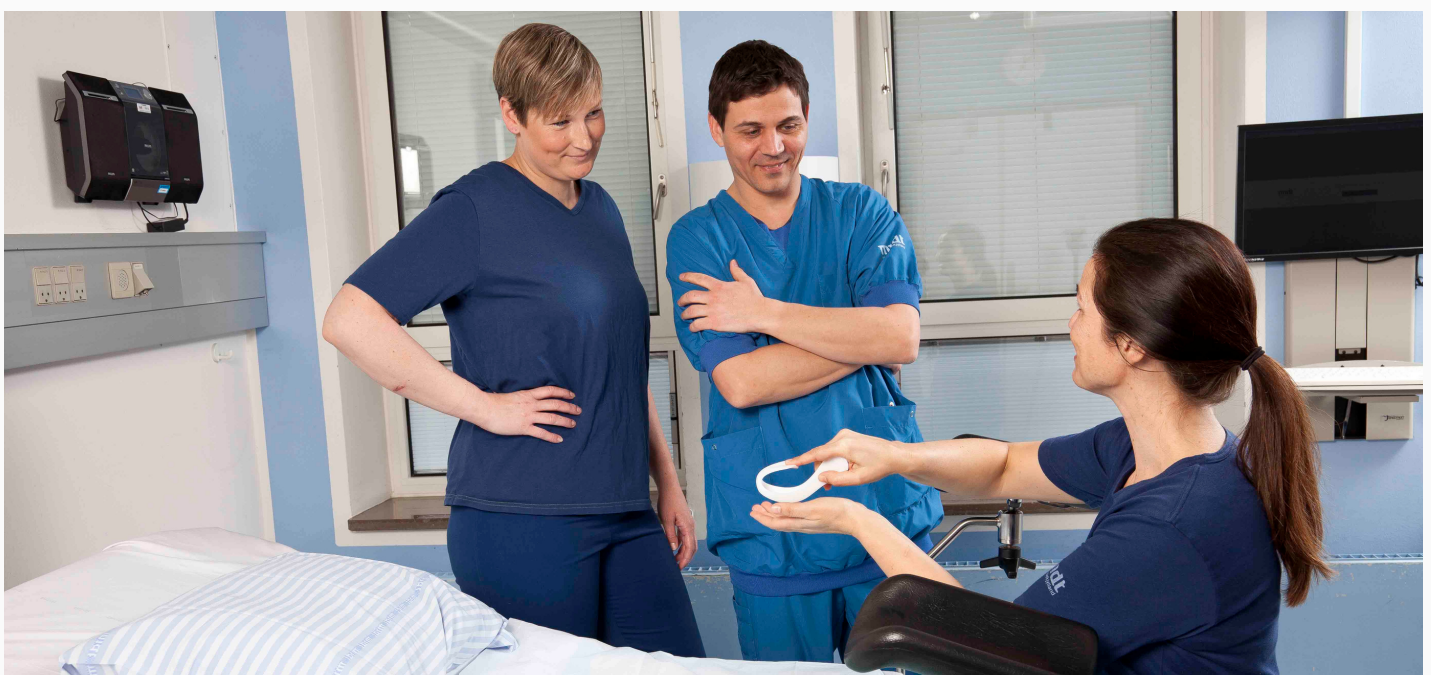
My overall goal is to improve women's pelvic/genital health on a global level. There is at present no prestige in a correct suturing after a vaginal delivery and in my opinion midwives have a very important role in making sure the woman has a correct inspection and a correct suturing. A follow up check should be offered to all women as well. But I am aware that changes take time and that hospitals and midwives needs to priorities.

A poor suturing can cause so many disabilities in women's daily lives.

Scar tissue and a non- correct diagnosis can have a negative impact on a woman's life for many years. So to answer your question I want midwives to be experts in suturing and I want midwives to have a tool that assist midwives in a better care and treatment. If midwives have a better view of the tear, they can assess the tear and decide how to close the tissue and muscles in the best way for the patient. Hegenberger Speculum leaves both hands free for correct suturing technique using a needle holder and forceps. Midwives are working alone, and we have been forced to be creative in our surgical routines. I believe that midwives should have better working conditions and that laboring women deserve high standard surgical skills from midwives and a department with a strong focus on suturing.

Another result from using the Hegenberger Speculum is training future midwives. Placing the Hegenberger Speculum will optimize the understanding of the anatomy and the different kind of tissue. The tutor can sit next to the student and the communication will be less stressful since the tutor do not have to stand and hold aside the vaginal walls while teaching.

[Download the manual clicking here](#)



You have recently received an award on your innovation. ¿Can you tell us briefly how did it happen?

During the final development of the Hegenberger Speculum I used a design company called MadeByMakers from Århus in Denmark. We decided to enter this design competition and found ourselves among products like chairs, lamps, and kitchen utensils.

I believe the Hegenberger Speculum is the first surgical tool ever to enter this design competition, but I could be wrong about this.

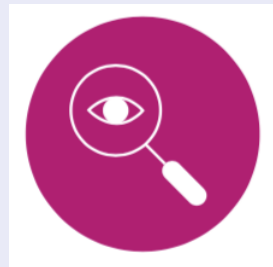
Winning the category “Better work” confirmed that people understand midwives general difficulties with suturing and the pain it can cause women, when not done correctly. In every other surgical field it is important to have a clear view before suturing, but when it come to women after a vaginal delivery there is no innovation and we still use our fingers for creating a view and space.

¿What message would you like to share for midwives who are reading this article and would like to innovate?

Do not be afraid and start at home with a simple approach. Midwives have so much knowledge and we know the true needs or how things could be improved.

If you repeatedly have been irritated by something in your daily work life think about how it could be improved for yourself or your patient. Find trustworthy people to work with and share your ideas with. Form a company with a team of people with different skills, so you have as much useful knowledge in your company as possible. If it all fails at least you have tried and that is a success.

[Click here to visit GynZone to get your personal account for free and tutorial videos of perineal repair.](#)



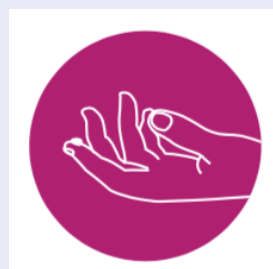
**Optimal
visualization
of rupture**



Faster suturing



**Better
ergonomics**



**Reduced risk
of injury**

NORA PATTARINI

Jefa de la Unidad Sanitaria 51.
Servicio Penitenciario, Magdalena.
Prov. Buenos Aires.

Por Mg. Florencia Francisconi

Antes que nada Nora, queremos contarle a nuestros lectores que sos uno de esos ejemplos de colega que ha incursionado en distintos ámbitos o ramas de la profesión: docente, obstétrica de planta, gestión de programas, jefatura de unidad sanitaria, etc. Actualmente, y desde el 2006, trabajas también en el servicio penitenciario bonaerense, en la Unidad Femenina ¿Cómo fue que te decidiste por ese puesto de trabajo?

En realidad no fue una elección directa por así decirlo. Yo estaba excedida con la edad para el ingreso en un cargo en el ámbito estatal. Sin embargo, a través de un contacto presenté la postulación y después de varios meses se firmó la resolución del cargo por una emergencia sanitaria, ingresando al Servicio Penitenciario Bonaerense al Escalafón Profesional con 25 hs. semanales.

Cuando hago posesión del cargo el director de Salud Penitenciaria de ese momento, me dicen que por mi título debería cumplir funciones en la Unidad 33 donde se alojan las embarazadas. Luego me explican que tienen el plantel completo y que se necesita cubrir otra Unidad que se había inaugurado hacía menos de un año. Es así como mi destino fue la Unidad 51 –Magdalena Prov. de Bs. As. Una de las 4 de un Complejo de Unidades Penitenciarias.

La Unidad es femenina. En el año 2006 tenía 50 internas, mujeres no embarazadas debido a que la infraestructura y el plantel sanitario no están



preparados para albergar gestantes.

Los primeros años cubría una guardia de 25 hs realizando tareas de enfermería. Con el correr del tiempo y mi desempeño el Jefe del Complejo Sanitario me propone hacerme cargo del Área de Ginecología y hacer un servicio de 2 veces por semana donde realice la toma de PAP, entrega de anticonceptivos y detectar otras patologías ginecológicas para poder hacer la derivación oportuna a Hospital extramuro.

Durante 4 años presenté estadística en la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria de la actividad realizada. Además con el tiempo fui cubriendo otras necesidades como entregar las muestras de los PAP, retirar resultados, salir de Operativos a otras Unidades femeninas de la Provincia como Azul, San Martín, Mercedes, Batán- Mar del Plata.

En el año 2014 fui nombrada Jefe de Unidad Sanitaria por Resolución Interna del Complejo Sanitario siendo la primer Licenciada en Obstetricia en ocupar una Jefatura ya que en el resto de las Unidades los Jefes de Sanidad son médicos. Y en el año 2017 la jefatura fue por Resolución Ministerial, cargo que ocupo hasta la actualidad.

Hoy la Unidad cuenta con una población de 170 internas. Tengo a cargo 7 Enfermeros, 2 Psicólogas, 2 Odontólogos, 3 Médicos y 2 Administrativas.

Además de cubrir el Área de Ginecología, recibo y hago entrega de medicación de tratamientos crónicos indicados por los médicos como hipertensión, diabetes, asma, hipotiroidismo y gastritis. También preparo la medicación de psicofármacos que reciben las internas por parte de su familia. Otra de mis actividades es que respondo Oficios Judiciales y audiencias que sacan a las internas por distintos temas y necesidades personales. Realizo la estadística mensual y el pedido de medicación que se presenta en la Dirección de Salud y calificaciones del personal.

Estuve a cargo de Talleres de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y Procreación Responsable, como así también en charlas sobre Hantavirus, Coronavirus, entre otros.

Disfruto la función que cumpla porque siento que soy útil en diferentes situaciones y lo desempeño con compromiso, exigencia y responsabilidad.

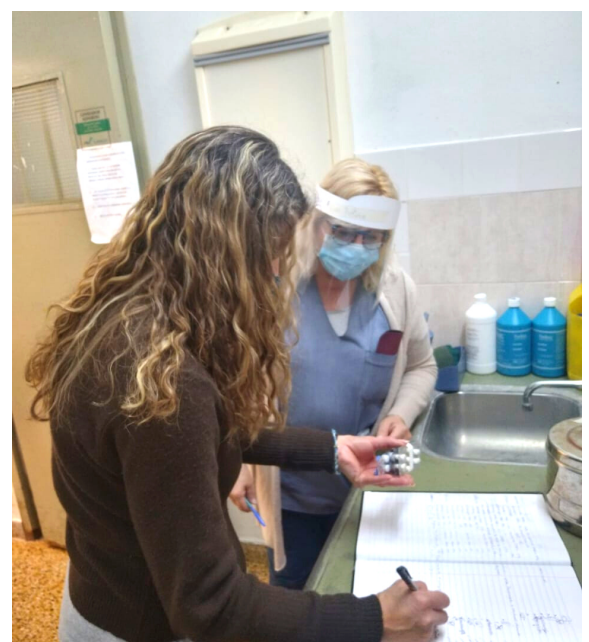
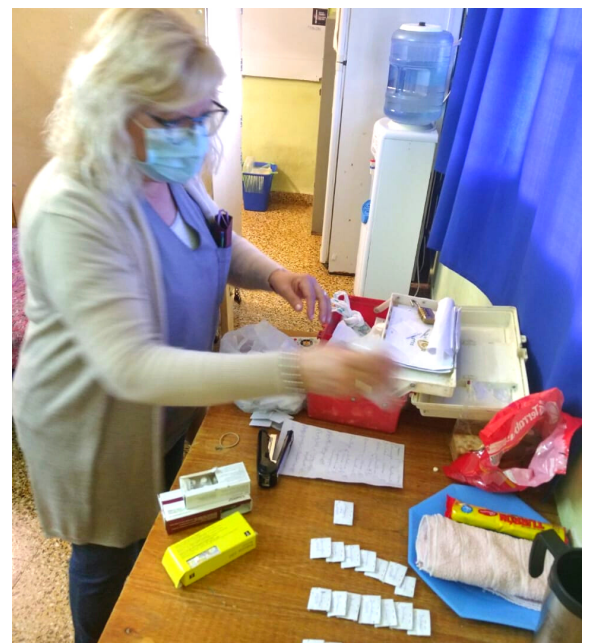
Como ayudante de cátedra de Enfermedades Infecciosas de la EURHES ¿Cómo es enseñar en época de pandemia? ¿Qué desafíos encontrás?

En la Cátedra Enfermedades Infecciosas de la EURHES-UNLP desde el año 2000 realizo el dictado de Trabajos Prácticos que lo desempeño en el Instituto de Diagnóstico de la ciudad de La Plata, Prov. de Bs. As. Lugar donde por 25 años cumplí mi función como Obstétrica Independiente realizando partos.

En tiempos de Pandemia se hace difícil dictar las clases prácticas a través de la plataforma virtual siendo uno de los temas principales la Bioseguridad. Es un aprendizaje tanto para los docentes como para las alumnas siendo una nueva forma de enseñar y a la vez un desafío al que nos fuimos adaptando.

¿Podrías contarnos el día a día de este trabajo en la Unidad 51? ¿Cómo se organiza la atención sanitaria y cómo es la salud de las usuarias?

Hay diferentes necesidades por parte de las mujeres privadas de la libertad, desde requerir atención médica por diferentes dolencias, atención psicológica o psiquiátrica, ginecológica y también odontológica.





En tiempos fuera de la Pandemia se solicitan turnos a diferentes Hospitales extramuros para Especialidades como ecografías, mamografías y distintos servicios solicitados por los Profesionales del plantel sanitario.

Las guardias están siempre cubiertas por Enfermeros que están capacitados para enfrentar situaciones de urgencias y derivar oportunamente al Hospital Local.

Además se realizan extracciones de sangre por parte de los Técnicos de Laboratorio para estudios de HIV, VDRL y otras solicitadas.

Hay internas con distintas patologías como hipertensión, diabetes, asma, gastritis, hipotiroidismo como así también algunas patologías ginecológicas como miomas, dismenorreas que están a la espera de los turnos para su tratamiento cuando termine la cuarentena.

Las internas portadoras de HIV son controladas por el médico a cargo del Área de Enfermedades Infecciosas del Complejo y reciben tratamiento mensual.

Las que padecen Sífilis también reciben las dosis de Penicilina G Benzatínica según titulación y control de laboratorio cada 6 meses.

El hecho de ser mujeres institucionalizadas ¿Las convierte en un grupo más vulnerable a transitar gestaciones de riesgo? ¿Cómo influye en su salud sexual y reproductiva en general?

Reitero que en la Unidad no tenemos mujeres gestantes. Respecto a la Salud Sexual y Reproductiva, las mismas reciben visitas íntimas o encuentros, ya sea con sus parejas estables o con compañeros que se conocen a través del correo y en consecuencia se les brinda consejería para prevenir enfermedades de transmisión sexual y también los métodos anticonceptivos que se encuentran disponibles en Sanidad como preservativos y anticonceptivos orales. Algunas internas que llegan a la Unidad trasladadas de otras tienen colocado el implante subcutáneo y otras el DIU. Y en caso que alguna quede embarazada se deriva a la Unidad 33 de Los Hornos – La Plata, donde se encuentran alojadas las embarazadas.



¿Cómo fue el recorrido hasta ser nombrada jefa de la Unidad Sanitaria Número 51? ¿Qué dificultades enfrentan ante la crisis sanitaria por Covid-19?

El recorrido en la Unidad hasta la jefatura fue duro al principio porque tuve que adaptarme a un mundo completamente distinto al que conocemos y al que no estaba acostumbrada ya que, para el que no conoce o trabaja en el ámbito carcelario puede ser difícil de entender.

Se presentan situaciones a veces complicadas de resolver como por ejemplo la autoagresión de las mujeres, es decir, las heridas que se autoinfligen debido a problemas familiares o de pareja y donde hay que escucharlas y contenerlas; también estamos expuestos a riesgos como agresiones ya sean físicas o verbales.

En referencia a la pandemia por COVID-19, el personal sanitario recibió instructivos de los protocolos a seguir y elementos de protección personal y desde la Jefatura del Complejo Sanitario se dieron ciertas pautas para minimizar la atención de las internas y restringir la circulación en el sector de Sanidad. También desde el personal de seguridad fueron entregados tapabocas para todas las internas como medida preventiva y aquellas que tengan que salir a

Sanidad deben traer toalla y jabón para el lavado de manos previo a la atención.

Hasta el momento no se registran casos positivos ni sospechosos para COVID-19 en la población de internas y del personal sanitario sólo una médica contrajo la enfermedad fuera de éste ámbito.

¿Qué mensaje le dejarías a las y los colegas que recién se reciben de la carrera de Licenciatura en Obstetricia?

Por último como mensaje a las y los nuevos colegas les diría que terminaron una etapa pero comienzan otra llena de posibilidades, deberán seguir capacitándose permanentemente, tener en claro las incumbencias de la carrera como así también la ley de colegiación que regulan a los Colegios Profesionales. Eso les dará seguridad a la hora de saber lo que les corresponde y no dejarse avasallar por otros profesionales.

Las/los Licenciados en Obstetricia deben estar siempre unidos para luchar por la Jerarquización de la profesión, respetando la ley de Colegiación y las Resoluciones que emanan del Consejo Superior del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Bs. As., o en su defecto de los Colegios a donde se encuentren matriculados. Desearles mucha suerte en éste hermoso camino que comienzan a recorrer.

HABLEMOS SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL

CICLOS DE ORIENTACIÓN ORGANIZADOS POR EL COMITÉ DE PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y EL LIDERAZGO DEL EL COLEGIO DE OBSTÉTRICAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESPONDE:

POR LIC. MARIANA BRELIS
HERRERA



¿Cómo surge este evento?

Desde el Comité de promoción de la Investigación y el Liderazgo, estamos planificando y creando estos espacios de encuentros entre colegas.

En primer instancia pensamos en una actividad que involucre al Consejo Superior, ya que es primordial que se comience por temáticas que sean útiles y que impartan desde allí los conocimientos básicos para desempeñarnos de la mejor forma posible en los diferentes ámbitos de trabajo. Por supuesto, esta idea aportaba además, la oportunidad de interactuar con las autoridades del Colegio, ya que brindaron su apoyo para responder todo lo referente a nuestra profesión.

Luego de las jornadas, difundimos una breve encuesta, de llenado rápido, que nos oriente sobre el nivel de satisfacción de las /os colegas que pudieron participar.

No queremos dejar de agradecer al Consejo Superior que, desde el primer momento no sólo aceptaron la propuesta, sino que apoyaron en todas las actividades organizativas que fueron necesarias.

Por otro lado, infinitas gracias a aquellas personas que mostraron su apoyo, participando de las jornadas. Para nosotras es un desafío y un logro que podamos contar con ustedes en cada actividad que proponemos, estamos motivadas y queremos seguir impulsando estas actividades que incentivan desde lo individual y colectivo, creemos en el conocimiento compartido para seguir jerarquizando nuestra profesión.

El colegio responde:

Área legal

Formación continua

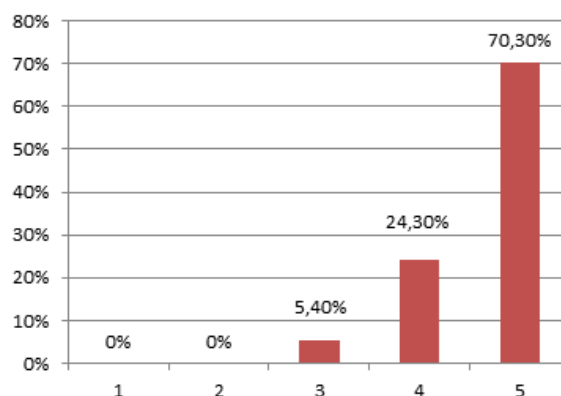
Ambito del ejercicio profesional y
Comité



Datos

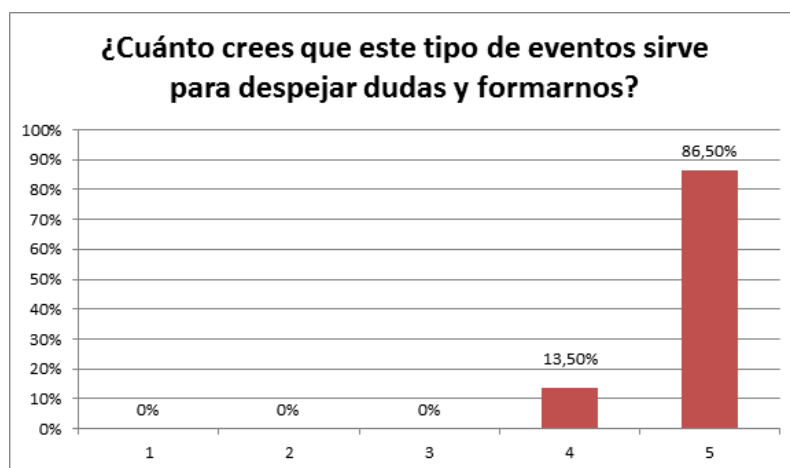
Con respecto a los datos estadísticos, el primer día nos acompañaron 62 personas, el segundo y tercer encuentro, 46 y 47 respectivamente. Ahora bien, de esa cantidad de participantes, nos apoyaron con la realización de la encuesta, un total de 37 colegas, a continuación les compartimos los datos sobre el nivel de satisfacción, sugerencias y comentarios sobre el evento.

¿Cuál es tu nivel de satisfacción en relación con el evento?



¿Tienes algún comentario adicional sobre las sesiones o algún tema que te gustaría que fuera tratado en futuros eventos?

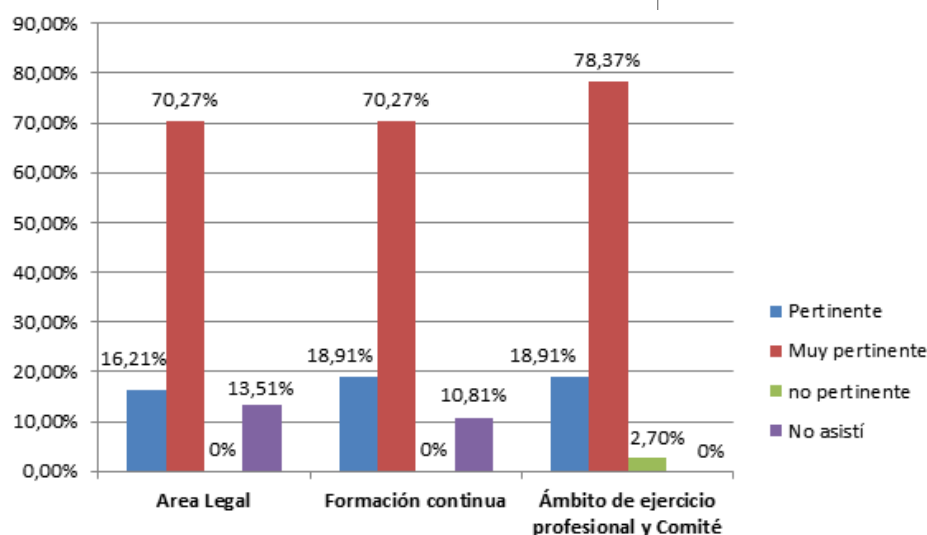
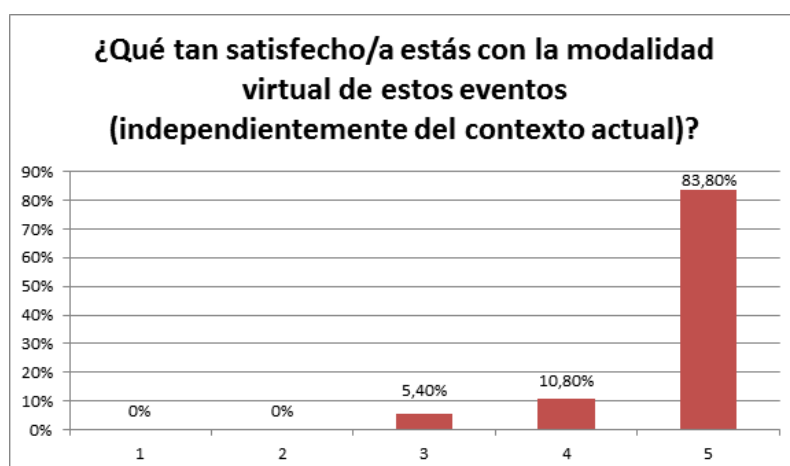
- ✓ Metodología de la investigación.
- ✓ Cuidados en tiempos de pandemia.
- ✓ Consultoría de ILE.
- ✓ Sobre proyecto de ley.



Comentarios:

- Gracias, creo que deberían ser más seguidas las reuniones, ya que nos permite mantenernos actualizadas sobre nuestra profesión y también tener contacto con quienes nos dirigen.
- Capacitación sobre historia clínica e implicancias legales de la Obstetricia.
- Todo lo que se refiere a la carrera docente universitaria.
- Me interesaría que se pueda informar sobre universidades extranjeras que tengan convenios con universidades argentinas para realizar especializaciones, posgrados académicos, maestrías y doctorados.

Desde el Comité promovemos y aclamamos la participación.
Cada idea de trabajo es pensado por y para la profesión, somos agentes de cambio y necesitamos fortalecer esta red.
¡Tomemos iniciativas!
¡Hoy más que nunca!



Compartimos estos videos grabados para aquellas/os colegas que no pudieron participar.

Haz click en cada sección para que te lleve al video correspondiente.

Área Legal

COLEGIO DE OBSTÉTRICAS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Consejo Superior.
www.copba-cs.org.ar



"HABLEMOS SOBRE EL EJERCICIO
PROFESIONAL EN LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES"

EL COLEGIO RESPONDE:

ÁREA LEGAL

COLEGIO DE OBSTÉTRICAS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Consejo Superior.
www.copba-cs.org.ar



"HABLEMOS SOBRE EL EJERCICIO
PROFESIONAL EN LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES"

EL COLEGIO RESPONDE:

FORMACIÓN CONTINUA

Área de formación continua

Ámbito del ejercicio profesional & Comité

COLEGIO DE OBSTÉTRICAS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Consejo Superior.
www.copba-cs.org.ar



"HABLEMOS SOBRE EL EJERCICIO
PROFESIONAL EN LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES"

EL COLEGIO RESPONDE:

ÁMBITO DEL EJERCICIO
PROFESIONAL Y COMITÉ

Becas, capacitaciones y conferencias



Applications now open!

Apply

Applications for Chevening Scholarships and some Chevening Fellowships are now open. Find out more about why you should apply now.

[Read more](#)



Convocatorias a ideas proyecto de investigación "Cáncer y COVID-19" y "Cáncer de origen nacional"

Curso Ética y Buenas Prácticas Clínicas de Investigación. 3ra. Edición

Para inscripciones escribir a:
comitedeetica.msal@gmail.com



DESAFÍO DE INNOVACIÓN INICIAL: MUJERES, COVID-19 Y SALUD DIGITAL

Solicitudes abiertas desde el 4 de Septiembre al 9 de Octubre



The Novartis Foundation

11ª Jornadas Nacionales del Foro Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud. 26 al 30 de Octubre 2020 Más información: <https://lnkd.in/g/jg5n>

CONGRESO EXTENDIDO DEL FORO

XI JORNADAS NACIONALES I JORNADA RIOPLATENSE

¡RESERVÁ TU LUGAR!

DEL 26 AL 30 DE OCTUBRE

Con aulas y talleres por la mañana y la tarde, para que elijas en qué momento del día participar. Todos los días una línea temática nueva, 80 presentadores a lo largo de la semana y traducción simultánea.

Más información: info@cicsp.org

Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

ISQua International Society for Quality in Health Care

Para más información click aquí

fim

Helena Eyzaguirre NACER SABIA MENTE

FESTIVAL INTERNACIONAL DE MATRONERÍA Y NACIMIENTO

Ciencia Empoderamiento Mujer Salud

FIMN 2020

7 NOVIEMBRE, ONLINE



¿Te gustaría ser colaborador del Newsletter? o ¿Estás interesado/a en participar en el Comité de Promoción de la Investigación y el Liderazgo?

Te invitamos a enviar este modelo de formulario para que podamos contactarte

[Formulario](#)

**¡Tu opinión nos importa!
Si tienes algunas
sugerencias, las queremos
conocer.**

**¿Tenés ideas innovadoras
que crees pueden enriquecer
este espacio? ¡Queremos
escuchar tu propuesta!**



MENSAJE DEL COMITÉ

Este espacio ha sido creado con mucho esmero para fortalecer dos áreas fundamentales, la investigación y el liderazgo. Ayúdanos a difundir este trabajo, para que toda Lic./ obstétrica/ partera/ matrona de la región latinoamericana pueda

acceder a esta suscripción gratuita.

El uso de cualquier contenido de esta revista, debe ser debidamente citado con el autor correspondiente. Agradecemos de esta manera su contribución.