

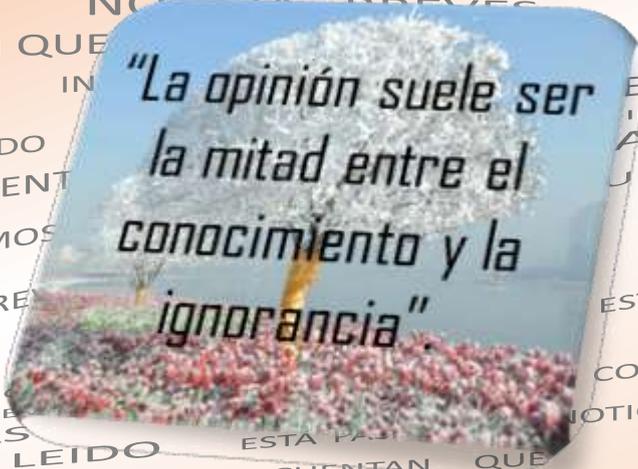


# INFORM Matronas



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Marzo 2018 Nº 24

COMPARTIMOS HEMOS LEIDO  
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN QUE ESTÁ PASANDO  
 NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES  
 HEMOS LEIDO CUENTAN QUE NOTICIAS  
 DICEN QUE HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO DICEN QUE  
 PASANDO NOTICIAS BREVES  
 CUENTAN QUE HEMOS LEIDO ES DICEN  
 NOTICIAS IN INFORMACION PASANDO  
 ESTÁ PASANDO QUE CUENTAN  
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO  
 NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO  
 COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES  
 NOTICIAS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 DICEN QUE  
 INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO  
 ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES DICEN  
 QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION  
 COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO  
 NOTICIAS BREVES DICEN QUE  
 QUE NOTICIAS BREVES ESTÁ PASANDO  
 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 proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que, puedan ser didácticas o aleccionadoras para los demás, enviándolos a: [infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com)*

*Esperamos que todo el colectivo sea muy activo en este nuevo modelo de participar, compartir y divulgar.*

*Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas*

### **Directora:**

M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

### **Consejo editorial:**

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

Isabel Castello López

Carmen Molinero Fragüas

Rosario Sánchez Garzón

Ana Martínez Molina

Andrea Herrero Reyes

Pilar Medina Adán

Lucía Moya Ruiz

## ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS Marzo 2018 Nº 24

### En éste número...

#### ✓ ESPECIAL :

- La discriminación en la asistencia obstétrica.
- **HEMOS LEÍDO QUE:**
- Novedades en prescripción enfermera.
- Escasez de ginecólogos: "las competencias de las matronas están infrautilizadas".
- La importancia del lenguaje.
- ¿Se sincroniza la regla entre mujeres que conviven? ¿Mito o realidad?.
- Lactancia exitosa en mujer transexual.

#### ✓ MUY INTERESANTE:

- Globalización y mutilación genital femenina: El cémit de la violencia de género en el siglo XXI.
- España en el top 10 de países europeos con mayor Nivel de igualdad.

#### ✓ BREVES:

- Noticias de SIMAES: El sindicato de matronas presenta una denuncia por las actividades de una doula.
- Nacer en una ciudad de la cultura.
- Congreso suelo pélvico Santander.
- Congreso controversias en reproducción asistida.

#### ✓ BUENAS NOTICIAS:

- Entrega de galardones de acreditación IHAN-UNICEF 2018.
- Decálogo de la Seguridad – AESVI.
- Un total de 60 jóvenes etíopes becadas por AMREF SALUD ÁFRICA se gradúan para ser matronas.
- Últimas publicaciones WHO español.
- Estrategia ICM para el trienio 2017-20120.

#### ✓ PERLAS JURÍDICAS:

- La justicia europea dice que las guardias localizadas en casa deben considerarse jornada laboral.

#### ✓ LECTURA RECOMENDADA:

- Un día en la vida de una partera mexicana.

#### ✓ AGENDA A.E.M.

- XIX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS.
- CURSOS ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS.
- MENSAJE PARA RESIDENTES.



## LA DISCRIMINACIÓN EN LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA

**H**asta no hace demasiados años, nuestro colectivo profesional era del género femenino. Desde muchas escuelas donde se formaban las matronas, ubicadas en las facultades de medicina o en servicios de obstetricia y ginecología de hospitales universitarios, eran los propios "médicos" los que no permitían el acceso de varones a la formación de matrona alegando cosas tan..."caducas ya" como que la matrona es la que más tiempo permanecía con la señora y la que más contacto "físico" tenía con ella, imagino que se referían a los tactos vaginales, y que la mujer se podía sentir incómoda si era un varón el que los realizaba continuamente y podría vulnerar su intimidad. Daros cuenta de la incongruencia...sin embargo casi el 95% eran ginecólogos y obstetras varones. Esto, puede parecer antiguo pero no, es de la segunda mitad del siglo XX, hace nada, y en el modelo que muchas de nosotras nos formamos hasta la implantación del modelo EIR del año 1994, en las Unidades Docentes creadas para tal fin, en las que las matronas son formadas por las propias matronas principalmente



En el modelo anterior (1980) ya permitió que los varones pudieran acceder a la formación como especialistas en obstetricia y ginecología, y aunque la RAE les reconoce con el término de "matrón", muchos se sienten orgullosos de que se les incluya en el de "matrona", como profesión y no como distinción de género, ni lingüísticamente, ni como profesionales. Existiendo los dos términos, cada uno es libre de pedir cómo se siente más identificado, lo importante es que se sientan miembros de un mismo colectivo profesional.

Particularmente debo pedir disculpas hacia mis compañeros, porque ya, con una edad, tiendo a feminizar el término y hablo de "matrona" pero con la intención de referirme a el o la profesional. He tenido experiencias de escribir un texto haciendo inclusión de género en el lenguaje y no sabéis lo mal que queda cada tres frases repetir por ejemplo, "enfermero y enfermera", cuando por ejemplo el CIE, tiene como denominación general "enfermera".

Bueno, este no era al tipo de discriminación al que quería dedicar este artículo, que aun siendo importante, quiero pensar que no es relevante y que muchos de mis compañeros no tienen ningún problema al respecto.

De hecho en una entrevista realizada a un grupo de matrones, uno de ellos (sevillano, A.N.) dijo denominarse "matrona" a mucha honra. En esa misma entrevista, el autor, Lucas Blanco refiere que "*alguno se manifiesta orgulloso de representar a una minoría sin complejos y cada vez mejor mirada, que no hace otra cosa que romper otra barrera inexplicable de los prejuicios generados en algunas profesiones*". Cierto es que representan un 5% del colectivo de matronas, pero cada vez más varones se incorporan a nuestra especialidad y se normaliza más su presencia en todos los ámbitos laborales en los que trabajamos.





## DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE SEXO.

### Caso práctico:

En un hospital X, acude una gestante de religión musulmana, en un periodo muy avanzado de dilatación. Al ver que iba a ser atendida por un matró, deniega su asistencia y pide el alta voluntaria (no habla ni entiende nuestro idioma, su marido lo hace por ella). El compañero le explica la complicada situación y apela a su profesionalidad. La gestante (o su marido) insiste en no querer ser asistida por un varón. El jefe de servicio, que se encontraba casualmente allí, resuelve la situación delegando la asistencia de ese parto a una MIR 1 de gine, mujer claro, y que el matró colabore en la asistencia en la atención al RN (que a eso parece ser que no se oponen).

Casos como este seguro que hay muchos, y muchos matrones se han visto varias veces en esta misma situación, sobre todo con migrantes de religión musulmana en las zonas dónde más viven en España como es Andalucía. Como reconocía un compañero, matró asturiano en la misma entrevista citada anteriormente (CJN), *"En los años que llevo no he encontrado mayores problemas salvo con personas de otras culturas y nacionalidades con ciertos prejuicios"*.

En el caso anterior, ¿hubo discriminación del profesional por razón de ser varón? Si, claramente sí, pero veamos en estos casos qué podemos hacer y cómo resolver.

### Estrategia:

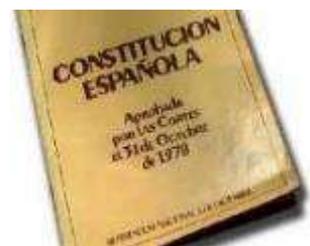
Todos y todas sabemos, o deberíamos saber, que la **Constitución Española** (CE), en su art.14 garantiza entre otras, la igualdad y la no discriminación por razón de sexo o religión. Especialmente, el art. 16 garantiza la libertad de religión, derecho que SI le fue respetado a la gestante.

La discriminación hacia el profesional queda solapada cuando resulta que en este país, por cierto, aconfesional, tenemos reconocida la integración multicultural y la asistencia universal sin discriminación de razas, culturas o religiones, y así se recoge tanto en la ley como en diferentes Códigos deontológicos, que ahora expondré, en los que prevalece el respeto a los requerimientos por cuestión de religión y dignidad, sobre todo en el caso de las mujeres ante exploraciones, técnicas obstétricas o ginecológicas, en la que su dignidad está íntimamente ligada a su religión.

Por otro lado, la **Ley 14/1986 de 25 de abril**, General de Sanidad, en su artículo 10, regula el derecho a elegir el médico y los demás sanitarios titulados.

En concreto, en mi comunidad existen otras dos normativas, la **Ley 10/2014 de 29 de Diciembre** y el **Decreto 74/2015 de 15 de Mayo**, del Consell, regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud.

Dicha norma establece un procedimiento administrativo para hacer efectivo el derecho a la libre elección exceptuando de dicho procedimiento determinados supuestos que enumera taxativamente en el artículo 2.2 entre los cuales se incluye la atención sanitaria de urgencia. Es decir, existe libertad de elección del profesional salvo en situaciones de urgencia como era el caso práctico. Respecto a los **Códigos deontológicos**, el de las matronas, elaborado por la





**Asociación Española de Matronas (AEM)**, en su capítulo I, el art. 4 dice: *La matrona atenderá las demandas de cuidados de las mujeres sin discriminación alguna garantizando los derechos de igualdad, equidad y dignidad para todas las personas.* En este mismo capítulo, en su art.10 dice: *“La matrona aceptará la elección de la mujer de ser atendida o no, por ella misma o cualquiera de los profesionales en formación que estén a su cargo”.*

En el CD del **Consejo General (CG)** los art. 4, 5 y 6 hacen referencia a lo mismo, y se entiende la dignidad como el respeto a las creencias religiosas por la que no debe haber discriminación alguna tal y como recoge la CE.

Y en particular, el CD del **Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)**, recoge referencias en sus art. 4, 13 y 26, y especialmente en el art.10 dice: *El entorno cultural del paciente. La enfermera se esforzará por comprender a las personas procedentes de otros entornos culturales para ofrecerles una atención respetuosa con sus creencias y valores, en el marco de la garantía de los derechos constitucionales básicos. Su relación con ellas se basará, por tanto, en el reconocimiento recíproco y en los valores compartidos de una ética intercultural”.*

### Conclusiones:

En base a la legislación vigente y a los códigos deontológicos existentes que nos afectan, la actuación ante estas circunstancias pasa por:

- Que la gerencia de los hospitales articulen unos protocolos de actuación en la que se contemple los pasos a seguir, para garantizar los recursos, si los hubiera, para poder atender a estas mujeres de otras culturas y que no generen conflictos entre los compañeros.
- A que los profesionales y usuarios sepan que la libre elección del profesional no se aplica en las situaciones de urgencia/emergencia, tal y como dice la ley, y que hay que respetar que pueda irse con un alta voluntaria sin que eso repercuta en cuestiones de responsabilidad civil o penal ni profesional.
- A que si existen recursos humanos que lo permitan (mujeres dentro del equipo sanitario), deben ser atendidas por profesionales del género femenino, respetando la dignidad de la persona por cuestiones religiosas.
- Y en aquellos casos donde no sea posible, porque todos sean varones, la usuaria podrá rehusar ser asistida por ese equipo, por muy acuciante que sea la situación pudiendo solicitar por escrito el alta voluntaria, todo ello deberá quedar reflejado en la historia clínica en cualquiera de los casos.

Queda patente que los matrones son discriminados en algunas culturas, pero que más allá de ser por ser culturas en sí mismas discriminatorias con sus propios integrantes, es decir, las mujeres, la discriminación en este caso, es por cuestiones religiosas que restringen las cuestiones corporales, como son los genitales, a los profesionales varones. Hecho que debemos respetar, aunque no compartamos, y que están en el mismo rango cuando en nuestro país existe la objeción de conciencia ante algunas prácticas por razón de moral, conciencia o religión.

Y recordemos que sociedades o culturas discriminatorias no nos son tan ajenas a nuestra propia cultura en la que no hace tanto tiempo, apenas unas cuantas décadas, en España, el machismo existente, impedía a la mujeres tomar decisiones por ejemplo, en asuntos tan íntimos como la esterilización sin el consentimiento del marido, por no mencionar otras cosas.



“

UN NIÑO, UN  
PROFESOR, UN  
LIBRO Y UNA  
PLUMA PUEDEN  
CAMBIAR AL  
MUNDO. LA  
EDUCACIÓN ES  
LA ÚNICA  
SOLUCIÓN”.

YOUSAFZAI, MALALA

Y dicho todo lo anterior, y con la esperanza de poder haber aportado algo de luz a una cuestión que raramente sale a la palestra, quiero acabar con una de mis frases, ya habituales en mis artículos, en este caso de la ganadora del premio nobel Rigoberta Menchú ***“Yo creo firmemente que el respeto a la diversidad es un pilar fundamental en la erradicación del racismo, la xenofobia y la intolerancia”*** esperemos que la educación ayude y como dijo José Luis Borges, ***“ Hay derrotas que tienen más dignidad que una victoria”***, la cual comparto plenamente. No discriminemos por ser discriminados, es el mejor ejemplo o el único que podemos dar si queremos cambiar algo.

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

## NOVEDADES EN PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

### El Real Decreto de prescripción enfermera mas cerca de aprobarse. En trámite de audiencia pública para recibir alegaciones.

La promesa transmitida por la ministra de Sanidad, Dolors Montserrat, tanto al presidente del Consejo General de Enfermería (CGE), Florentino Pérez Raya, como al presidente del Sindicato de Enfermería (Satse), Manuel Cascos, de que el tan esperado Real Decreto de prescripción enfermera iba a estar listo para "el próximos mes de mayo" parece que va camino de cumplirse. Después del acuerdo alcanzado en el Foro de las Profesiones Sanitarias, en el mes de octubre, el nuevo proyecto de Real Decreto, que modificaba el RD 954/2015, debía seguir unos pasos burocráticos correspondientes antes de que se publicase definitivamente en el Boletín Oficial del Estado (BOE). Y así continúa, porque el Ministerio de Sanidad lo ha puesto en "audiencia pública". Serán los "protocolos y guías de práctica clínica y asistencial" los que determinen las actuaciones "que médicos y enfermeros habrán de llevar a cabo colaborativamente en el seguimiento del proceso". De esta manera, los ciudadanos, de manera directa o a través de organizaciones o asociaciones que los representen, pueden trasladar sus alegaciones a este proyecto normativo a través de un correo electrónico ([audiencia.normativa@msssi.es](mailto:audiencia.normativa@msssi.es)) y hasta el próximo 12 de marzo.

#### DOS EJES

Según el proyecto, la modificación de la actual legislación se articulará "en dos ejes principales". En primer lugar, indican que "en los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial" va a figurar "necesariamente" el diagnóstico médico y la prescripción médica que proceda en cada caso y las actuaciones "que médicos y enfermeros habrán de llevar a cabo colaborativamente en el seguimiento del proceso". Y por otro lado, se va a recoger en el

Real Decreto la "equiparación" entre el título de Graduado de Enfermería y el de Diplomado Universitario en Enfermería, en el marco de la acreditación de los enfermeros. Según el texto del Ministerio de Sanidad, el nuevo proyecto de prescripción enfermera supondrá un ahorro de 42,8 millones de euros relativo a la reducción de cargas administrativas. Según apuntan desde el Ministerio de Sanidad, el proyecto de Real Decreto "no afecta a los presupuestos de la Administración del Estado ni a los de otras administraciones territoriales". Y con respecto a la reducción de cargas administrativas que esta nueva norma supondría, Sanidad lo cifra en un ahorro de 42.890.032 euros. Cabe resaltar que hace unos meses, el proyecto fue sometido al trámite de información pública vía web corporativa, que tras 15 días recibió 22 observaciones correspondientes a organizaciones y asociaciones y 10 correspondientes a ciudadanos. Entre ellos, algunas consejerías de Sanidad, sindicatos y colegios de Enfermería.

Fuente:  




## ESCASEZ DE GINECÓLOGOS: "LAS COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS ESTÁN INFRAUTILIZADAS".

Según una encuesta del diario *Le Monde* el número de ginecólogos disminuyó en más del 41% en Francia, entre 2007 y 2017. Estos especialistas son cada vez menos, mientras que el número de obstetras continúa aumentando, según una encuesta del "Le Monde". Un desequilibrio que complica el curso de la atención de las pacientes.

En Francia se debe diferenciar las especialidades que componen la ginecología. Por un lado, la ginecología médica, que se ocupa de todos los problemas ginecológicos que una mujer puede padecer durante su vida: anticoncepción, detección de enfermedades de transmisión sexual, detección de cáncer, tratamiento de trastornos hormonales, menopausia, infertilidad, aborto voluntario. Por otro lado, ginecología-obstetricia, que se ocupa principalmente de las mujeres embarazadas y los niños por nacer. Los obstetras también pueden especializarse en cirugía.

Según la encuesta *mundial*, la ginecología médica está experimentando una escasez de profesionales. En 2017, "se contabilizaron unos 1,136 para casi 28 millones de mujeres mayores de 16 años", según datos del Colegio de Médicos. "Seis departamentos no tienen médico ginecólogo", agrega *Le Monde*, y algunas ciudades importantes de la periferia de París no tienen un ginecólogo liberal". Es probable que este déficit se amplíe, según las proyecciones de la Orden de los médicos: los ginecólogos podrán disminuir hasta 531 en 2025, frente a los 1 648 en 2010".

Sin embargo, Francia tiene 1.148 ginecólogos llamados "mixtos" y 4.464 ginecólogos-obstetras, que también pueden controlar a los pacientes, pero no todos lo hacen. Los ginecólogos no son los únicos profesionales de la salud que realizan seguimientos ginecológicos. En 2016, por ejemplo, la mitad (51,2%) de las píldoras anticonceptivas fueron prescritas por ginecólogos, el 44,2% por médicos generales y el 1,7% por parteras liberales, según las cifras obtenidas por *The World* a través de Open Medic, una base de datos que enumera los medicamentos dispensados en las farmacias de la



ciudad. En cuanto a los actos relacionados con el seguimiento ginecológico (frotis, inserción de DIU), se realizaron en 2016 al 2,9% por parteras, un 52% más en comparación con 2015, según la Orden de Matronas.

### ¿OPORTUNIDAD PARA LAS MATRONAS?

Como se intuye a la vista de los datos encontrar un ginecólogo en Francia es cada vez más complicado. La escasez de profesionales, la dificultad para concertar citas rápidamente y los sobrecostos significativos hace difícil, incluso en ocasiones imposible, que las mujeres consulten con estos especialistas. ¿Cómo llenar este vacío? La primera opción sería la de formar más médicos, aunque esta opción no parece que la esté considerando el Ministerio de Salud. Otra, que las matronas pongan en práctica todas sus competencias en el área ginecológica. Marie-Anne Poumaer, presidenta de la Unión Nacional de Matronas, explica que desde la ley de salud de 2009, las competencias de las matronas se han ampliado pudiendo hacer atención ginecológica preventiva, lo que implica realizar frotis de detección, exámenes, prescripción de todos los anticonceptivos instalar y quitar los DIU y los implantes anticonceptivos. Desde 2016, están autorizados a inducir IVE químicos y a vacunar a embarazadas. Con un título universitario adicional, también pueden



convertirse en ecografistas. Por lo tanto, están capacitadas para hacer controles ginecológicos a mujeres sanas, incluso cuando no están embarazadas.

Las transferencias a los ginecólogos se harán cuando las matronas detecten patología, para lo cual las matronas tienen muchos conocimientos para detectarla aunque estos no sean suficientes para tratarla. Marie-Anne Poumaer, afirma que las matronas son especialistas en la salud de la mujer como primer recurso, pero desde el momento en que una mujer presenta una patología, incluso no ginecológica, o si una matrona recibe, por ejemplo, un resultado anormal de cualquier determinación, dirigirá a la mujer, en cuestión, al especialista de la misma manera que lo hacen los médicos generalistas.

Es cierto que a las matronas todavía se las considera especialistas en el embarazo y las mujeres que nunca han estado embarazadas las consultan poco; un déficit de comunicación da como resultado que la sociedad en general no esté bien informada de las competencias de las matronas afirma Marie-Anne Poumaer. La continua y larga lucha de las matronas para que las publicaciones oficiales mencionen nuestra profesión, por ejemplo, durante las campañas de control del cáncer viene de antiguo. El Seguro Social especifica que podemos llevar a cabo pruebas de Papanicolaou para el cáncer de cuello pero con otras organizaciones siempre debemos luchar para ser reconocidos. Es una pena, esta infra-utilización de las competencias de las matronas.

## LA IMPORTANCIA DEL LENGUAJE

**El lenguaje es una forma de respetar las opiniones de las mujeres y de asegurar que estén facultadas para tomar decisiones**

Lamentablemente, algunas mujeres pueden no estar al tanto de sus derechos humanos durante el parto: derechos de cuidado respetuoso, privacidad y libertad de elección con respecto a su nacimiento. Por lo tanto, es deber de los cuidadores utilizar un lenguaje que ayude a empoderar a todas las mujeres. Las organizaciones en campaña AIMS y NCT, unidas más recientemente por Birthrights, y el movimiento MatExp, han defendido durante mucho tiempo que las mejoras a la atención de la maternidad y la buena comunicación están intrínsecamente vinculadas. El lenguaje señala la naturaleza de la relación entre la mujer y el cuidador, y puede negar o respetar la autonomía de la mujer. Este desafío resuena en todo el mundo y ahora lo están abordando investigaciones recientes de la OMS.

En términos prácticos, esto significa que aquellos que brindan atención de maternidad deben considerar seriamente el uso del lenguaje. No solo como una forma de respetar las opiniones de las mujeres y garantizar que estén facultadas para tomar decisiones, sino también para respetar sus derechos humanos. Esto requiere un uso cuidadoso del lenguaje, una reflexión sobre nuestra propia práctica como cuidadores, escuchar a las mujeres y comunicarse de manera apropiada, clara y respetuosa para guiarla a través de las complejidades de la atención de maternidad.

Durante un período de tres meses, se exploró el uso del lenguaje en entornos de maternidad con el grupo multidisciplinario y colaborativo MatExp Facebook para identificar cómo el lenguaje podría mejorar las experiencias de mujeres, bebés y familias. Se creó una mesa preliminar con cuatro categorías y se compartió con el grupo de Facebook #MatExp para comentar. En una semana, se recibieron 121

comentarios que ofrecían información adicional sobre las frases y expresiones usadas comúnmente en la atención materna, que deberían ser impugnadas. La tabla original fue modificada y se identificaron seis categorías clave que requerían cambio: lenguaje paternalista o condescendiente; lenguaje que cosifica a las mujeres; lenguaje que provoca ansiedad; lenguaje dictatorial; lenguaje desalentador y lenguaje exclusivo o codificado.

Los ejemplos de lenguaje pobre se muestran en la tabla 1, con alternativas sugeridas.

Una buena comunicación durante el proceso de parto es fundamental para una buena atención de maternidad; pero lograr un cambio en el lenguaje profundamente arraigado, y el pensamiento que refleja, es difícil. Hay una delgada línea entre la terminología cambiante para integrar el lenguaje que es más respetuoso, inclusivo y menos intimidante para la madre, y sustituye el lenguaje impreciso y vago que obstaculiza el mensaje original. No tiene sentido cambiar el término "sección de choque" por "una cesárea que recomendamos a la mujer que se realice lo más rápido posible" si esta alteración impide una rápida comprensión de la gravedad de la situación entre los médicos. El idioma aún debe ajustarse según con quién nos comunicamos y por qué.

El uso de un lenguaje insensible puede ser indicativo de un malestar subyacente, que revela actitudes y prejuicios subyacentes. Es esencial que logremos una práctica respetuosa, asegurando que las mujeres tengan un completo entendimiento y control de su propia atención. Si podemos lograr eso, entonces el uso del lenguaje apropiado fluirá de forma natural.

**VER Tabla 1: Buenas prácticas en la comunicación del nacimiento**



TABLA 1: BUENAS PRÁCTICAS EN LA COMUNICACIÓN DEL NACIMIENTO

EJEMPLO DE LENGUAJE INADECUADO	ALTERNATIVA DE LENGUAJE SUGERIDA
Distress fetal	Cambios en el patrón de frecuencia cardíaca del bebé
Prueba de Fórceps	Prueba para ver si podemos ayudar al bebé con fórceps
Sala de partos	Suite de maternidad
Rotura de membranas	Liberar aguas
Espectáculo sangriento	Una escena con un poco de sangre
Bebé grande	Bebé saludable
Mi mujer (refiriéndose a la mujer que está dando a luz )	Usar su nombre o decir la mujer que yo estoy cuidando
Chicas( refiriéndose al staff de matronas)	Matronas

Fuente: The British Medical Journal

## ¿SE SINCRONIZA LA REGLA ENTRE MUJERES QUE CONVIVEN? ¿MITO O REALIDAD?

Pese a estar ya en 2018, **hay temas que aún se muestran tabú** en muchos entornos. **La regla** es uno de ellos. La falta de normalidad a la hora de hablar de la **menstruación** genera, a menudo, que la información científica y veraz no predomine ante las creencias populares. Una de las premisas aceptadas por gran parte de las mujeres es que la regla 'tiende a sincronizarse' cuando dos o más mujeres conviven juntas.

### ¿Mito o realidad?

Bernat Serra, jefe de obstetricia de la Clínica Dexeus, lo tiene claro: "No es cierto". Para el ginecólogo, la convivencia entre mujeres no es uno de los factores que hace variar "la regularidad del ciclo menstrual". Esta regularidad, apunta Serra, "puede variar por diversos factores: el estrés, determinada medicación o, entre otras, alteraciones de la tiroides". En ningún caso, apunta el experto, puede relacionarse con que un grupo de mujeres compartan espacio por un periodo prolongado de tiempo.

Los científicos no han constatado ni siquiera que se trate de un fenómeno real. Lo más probable es que se trate de simple casualidad. "No está probado, está en el marco de la leyenda urbana".

La primera persona que se tomó en serio estas sospechas fue Martha McClintock, una psicóloga estadounidense que en 1971 publicó un estudio en la revista *Nature* en la que afirmaba que la culpa de este fenómeno la tenían las **feromonas**. Para llegar a esta conclusión, McClintock estudió a 135 mujeres de una **residencia de estudiantes**, las cuales comenzaban a sincronizar sus ciclos a los cuatro meses de convivencia y para cuando llegaban al séptimo, la coincidencia era total, pero únicamente



entre compañeras de habitación o amigas íntimas. Al principio no supo darle una explicación coherente. No fue hasta casi treinta años después que planteó como posible causa de este fenómeno a las feromonas. Según la teoría de McClintock, las feromonas son unas moléculas a través de las cuales los humanos nos relacionamos de manera química entre nosotros. Las secretamos al sudar o a través de la orina y se elevan en el aire haciendo que las respiremos, sin percibir su olor ni nada de ellas. Según la teoría de McClintock, para que esta reacción química surgiera efecto en nuestro organismo hacía falta compartir una relación estrecha entre mujeres.

Hoy en día las investigaciones no le dan la razón a la psicóloga, ya que ni siquiera está comprobado que los seres humanos tengamos feromonas. Pese a ello, muchas son las mujeres que siguen creyendo que compartir espacios hace que las menstruaciones se sincronicen.

Fuente ABC

## LACTANCIA EXITOSA EN MUJER TRANSEXUAL

Traemos a estas páginas como dicen sus autores, el primer caso publicado en la literatura médica de una lactancia inducida en una mujer transexual, una estadounidense de 30 años que ha conseguido alimentar exclusivamente con leche materna a su bebé adoptado durante sus primeras seis semanas de vida. La mujer llevaba seis años sometida a una terapia hormonal feminizante, cuyo objetivo era suprimir o minimizar los caracteres sexuales secundarios originales e inducir los del sexo buscado. Este gran avance se ha conseguido gracias al programa de inducción de lactancia en mujeres transgénero que idearon la doctora Tamar Reisman y Zil Goldstein del hospital Mt. Sinai de Nueva York

Los métodos de inducir la lactancia no son nuevos, pero sí es la primera vez que los resultados se publican, en este caso en la revista *Transgender Health*, bajo el título *Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman*.

La base del tratamiento es la administración de domperidona. El tratamiento consistió, según explican los autores, en tomas de 10 miligramos de domperidona –medicamento en un principio dirigido a tratar problemas gástricos, pero que ha demostrado su beneficio en el aumento de la lactancia, aunque muchas veces con reticencias gubernamentales– tres veces al día. A la vez, la mujer debía usar su sacaleches cinco minutos en cada pecho, también tres veces al día.

Tras un mes con esta prescripción médica, la paciente consiguió producir gotas de leche. Los médicos decidieron entonces duplicar su dosis de domperidona; incrementar por cuatro su dosis de progesterona -hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del



huevo fecundado- (hasta un total de 400 miligramos), por dos, se dobló el estradiol -hormona esteroide sexual femenina-, todo además manteniendo el uso de sacaleches. A los 30 días, la mujer podía producir hasta ocho onzas (236,5 mililitros) de leche al día, en ese momento los expertos disminuyeron la dosis de estradiol al mínimo y la de progesterona a 100 miligramos por día.

Fuente: *Transgender Health*

## GLOBALIZACIÓN Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: EL CÉNIT DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SIGLO XXI

Con motivo del Día Internacional de Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina (MGF), el día 6 de febrero, el Grupo de Investigación Enfermería y Cultura de los Cuidados (EYCC), la Facultad de Ciencias de la Salud, el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante y la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados organizaron una jornada de visibilización y sensibilización para debatir sobre este grave problema de violencia contra las mujeres.

Bajo el título *Globalización y Mutilación Genital Femenina: el Cénit de la violencia de género en el siglo XXI*, se llevó a cabo una mesa redonda con la presencia de profesionales de Enfermería con distintas perspectivas y miradas de este gran problema que acecha a la sociedad global.

La introducción al tema fue realizada por la moderadora, la Dra. M<sup>a</sup> Carmen Solano Ruiz, enfermera, antropóloga e integrante del grupo EYCC, inició sus palabras ofreciendo algunas cifras escalofriantes al respecto:

La OMS calcula que en todo el mundo 200 millones de mujeres y niñas han sufrido MGF

Cada año 3 millones de niñas están en riesgo de sufrirla, 8.000 al día

La MGF se concentra en veintinueve países de África y Oriente Medio, aunque existen casos en todos los continentes, y en pueblos de lo más recóndito ya que por medio de los procesos migratorios ha dado lugar a un problema de características globales.

El Historiador y coordinador del grupo EYCC, el catedrático de Enfermería, Prof. José Siles González, inició la mesa redonda para crear una mirada del problema de estudio desde el punto de vista histórico cultural.



El título de su exposición fue "La historia cultural de una infamia: la MGF", donde trató de explicar la importancia de buscar en la historia los orígenes y con ello tratar de encontrar alguna explicación que haga que este tipo de violencia se perpetúe hasta la actualidad y explica que la MGF aparece cuando el ser humano precisa y tiene capacidad para explicar los cambios experimentados por la mujer en su paso de la infancia a la pubertad. En este sentido, la necesidad de explicar los cambios que se suceden, por ejemplo, de la infancia a la pubertad y adolescencia constituye el punto de partida de la construcción social de los mitos que justifican prácticas ancestrales como la MGF. En consecuencia, son las religiones las que heredan y reinterpretan estos ritos preneolíticos.

A continuación la Dra Isabel Casabona, enfermera y antropóloga habló desde su experiencia personal durante un viaje de cooperación a un país africano, Rwanda, insistió en la importancia del respeto hacia las otras culturas, evitar ante todo el etnocentrismo que caracteriza a la cultura occidental y no tratar de imponer nuestras creencias y valores, sino que ante todo debemos de educar y ofrecer las herramientas pertinentes para que se puedan llevar a cabo programas de prevención y actuaciones acordes para que puedan

modificar conductas no saludables.

La doctora y enfermera María Reig Alcaraz, integrante del grupo EYCC, realizó un recorrido desde el punto de vista de la investigación poniendo de relieve su tesis doctoral acerca de La vivencia de la MGF y la situación de este problema en España y en la Comunidad Valenciana. En su explicación puso de manifiesto los diferentes protocolos de actuación en las distintas comunidades autónomas que conforman nuestro país, destacando el protocolo de la Comunidad Valenciana que vio la luz en 2017, así como las directrices establecidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En su proceso de investigación destacó que su principal problema fue el acceso a las mujeres que tienen este problema ya que para acceder a ellas es bastante difícil, tuvo que esperar casi tres años, hasta conseguir contactar con mediadores sociales y que la consideraran personal de confianza para poder entrevistar a las mujeres.

La matrona Dra. Modesta Salazar-Agulló expuso la "Situación de la MGF en las Instituciones sanitarias de Alicante", desde la visión asistencial y con perspectiva de género. Expuso las medidas previstas desde la prevención primaria (evitar nuevos casos de niñas mutiladas), la prevención secundaria: atención correcta de mujeres que la sufren y prever sus consecuencias en la salud sexual y reproductiva, salud mental, etc. y la prevención terciaria, exponiendo la existencia de una unidad de cirugía reconstructiva en el Hospital Dr. Peset de Valencia, entre otros aspectos.

Tras la exposición de los conferenciantes se abrió un intenso debate entre el público asistente y los ponentes coincidiendo todos ellos en la necesidad de crear sinergias y puentes de unión entre profesionales de diferentes ámbitos como son la atención primaria, especializada y la universidad, todos ellos trabajando hacia un objetivo muy

concreto como es la eliminación de las prácticas nocivas como la MG .

Como conclusión del evento tanto los ponentes como los asistentes coincidieron en afirmar que hay un largo camino por recorrer ya que se trata de una práctica culturalmente muy arraigada donde el rol de la mujer queda relegado a la pura tradición y ritos establecidos en este tipo de sociedades. Es por ello por lo que debemos de trabajar con y para estas comunidades inculcando la salud de la mujer, la igualdad y la defensa de los Derechos Humanos.

El Grupo de Enfermería y Cultura de los Cuidados liderado por el Catedrático Don José Siles González, está inmerso en un proyecto de investigación titulado: **"VIVENCIAS DE MUJERES QUE HAN SUFRIDO LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA COMO FACTOR SENSIBILIZADOR DE LA FUNCIÓN PREVENTIVA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN LA PROVINCIA DE ALICANTE. UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO Y FORMATIVO"** y ha recibido subvención de la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte de la Generalitat Valenciana.

Su principal objetivo es sensibilizar y concienciar a los profesionales de la salud en la problemática de la MGF, una de las más graves formas de violencia y discriminación contra las mujeres y niñas.

Montserrat Angulo Perea.

Vicepresidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

## ESPAÑA EN EL TOP 10 DE PAÍSES EUROPEOS CON MAYOR NIVEL DE IGUALDAD

- Solamente superada por los países del norte de Europa, pero por delante de las principales potencias europeas, como Francia, Reino Unido, Alemania e Italia.
- España obtiene una nota media de 7,84 en igualdad, mientras que la puntuación de sus ciudades Madrid (6,27) y Barcelona (5,95) tienen todavía margen de mejora.
- Spotahome, experta en movilidad geográfica, analiza diferentes variables relacionadas con la igualdad en Europa como la presencia laboral, la brecha salarial, la calidad de vida, los derechos políticos o la presencia de mujeres en política, entre otros.



Con motivo del **Día Internacional de la Mujer Trabajadora** **Spotahome** plataforma online de reservas de alquiler de viviendas para estancias de media y larga duración, ha realizado un exhaustivo estudio a fin de crear un ranking **que mide el nivel de igualdad en Europa** y que analiza diferentes variables relacionadas con la igualdad en Europa como la presencia laboral, la brecha salarial, la calidad de vida, los derechos políticos o la aceptación del colectivo LGBTI. El ranking analiza un total de **36 países y 33 ciudades de Europa**, a través de 16 factores que miden la igualdad entendida en su sentido más amplio: igualdad por géneros en diferentes ámbitos e igualdad de oportunidades.

En este ranking **España ha obtenido una valoración media de 7,84, situándola en el puesto número 8**, únicamente superada por los países del norte de Europa y por delante de algunas de las principales potencias europeas.

De esta manera, **el Top 3 lo componen Noruega, Dinamarca y Suecia** mientras que países de primer

nivel como como Francia (puesto 11), Reino Unido (puesto 13), Alemania (puesto 15) e Italia (puesto 18), se sitúan en posiciones inferiores.

A la hora de analizar las principales ciudades, Helsinki se sitúa en primera posición (7,97) seguida de Estocolmo (7,82) y Rotterdam (7,30). Así **Madrid y Barcelona, se sitúan a mitad de tabla con un 6,27 y un 5,95 respectivamente**. Aun así, las principales ciudades españolas están por delante de otras grandes capitales como Lisboa, Roma o Londres. La capital británica suspende con una valoración de 4,84.

El estudio realizado por la startup de alquiler de pisos ha analizado diferentes variables con respecto a la igualdad: número de **mujeres con trabajo remunerado**, distribución de la **riqueza**, **brecha salarial** por género, presencia de **la mujer en principales corporaciones**, **calidad de vida**, accesibilidad a las **personas de movilidad reducida**, **derechos políticos y libertades civiles** y aceptación tanto del **colectivo LGBTI** como **inmigrantes**.



### Mujeres con trabajo remunerado (Puesto 22/36)

Este dato analiza la presencia laboral femenina en comparación con la de los hombres. De esta manera, **España se sitúa en el puesto número 22 con una valoración de un 8,1**, por debajo de otros países como Francia, Alemania e incluso Portugal. Los países del norte de Europa se sitúan a la cabeza del ranking y más concretamente, los escandinavos (Finlandia, Islandia, Suecia, Noruega y Lituania completan el Top 5).

Por ciudades, si analizamos **Madrid y Barcelona, ambas tienen la misma nota, un 8,1** sobre 10, situándolas a mitad de tabla en los puestos 25 y 26. Helsinki, Reykjavik, Estocolmo, Oslo y Copenhague son las ciudades con una media más alta. Es interesante también analizar **cómo está distribuida la riqueza** entre la población. De esta forma, **Madrid y Barcelona si sitúan a la cola de las ciudades europeas con notas de 3,56 cada una**, muy por detrás de las ciudades alemanas o del norte de Europa.

### Brecha salarial por género (Puesto 14/29)

Este dato define la diferencia entre el promedio de las ganancias brutas por hora de los hombres y el de las mujeres. En este caso **España se sitúa en el puesto número 14 con una valoración de 5,61**, por delante de otros países como Francia (5,19), Holanda (5,05) o Reino Unido, que sitúa como uno de los peores países de toda Europa en este parámetro con un suspenso (2,85).

Por ciudades, **Madrid entraría justo en el puesto número 10** de las ciudades con la menor brecha salarial en toda Europa con un 5,61, al igual que Barcelona. A destacar que, las ciudades de Roma o Milán se sitúan dentro del Top 3 de ciudades con menor brecha salarial, sólo superadas por



Luxemburgo.

En relación a este parámetro podemos analizar las ciudades con mayor **presencia de mujeres en grandes empresas** en comparación con el número de hombres. Así, **Madrid se sitúa en el puesto número 9**, con una valoración de 5, mientras que **Barcelona está muy por debajo, en el puesto 20**, con una nota de 0,77.

### Calidad de vida (Puesto 11/30)

En este caso se ha analizado el **nivel de calidad de vida** de cada uno de los países europeos en base a diferentes parámetros como el **poder adquisitivo, el grado de contaminación, el coste de vida o el índice de seguridad**. De esta manera, **España se sitúa en el puesto número 11**, con una valoración de 7,76, por delante de países como Francia, Irlanda o Italia. En la parte superior se sitúan, una vez más, los países del norte de Europa siendo Dinamarca, Finlandia y Holanda los tres principales.

Por ciudades, en este caso sí que **existen diferencias entre Madrid y Barcelona**. Mientras que la primera se encuentra en el puesto número 20 con un 5,44, la capital catalana está en el puesto 26, con una nota de 3,56. En este caso son Zúrich, Múnich y Edimburgo las ciudades con mejor calidad de vida de Europa.

Así, un parámetro muy interesante de analizar es también la **accesibilidad para personas de movilidad reducida**, que utilizan silla de ruedas. En este caso **Barcelona (puesto 11) se encuentra por delante de Madrid (puesto 17)**, obteniendo la primera un 9,36 mientras que la segunda se queda con un 7,32.



## Derechos políticos y libertad civil (Puesto 15/36)

Este parámetro analiza tres variables diferentes: los procesos electorales, la participación y el pluralismo político y el correcto funcionamiento del gobierno. Así, Europa, como uno de las regiones más avanzadas tiene una gran cantidad de países con notas bastante altas y en concreto, **España, obtiene una nota de 9,32, situándose en el puesto 15.** Los países nórdicos son los que obtienen valoraciones más altas mientras que los de Europa del este tienen las notas más bajas.

De esta manera, podemos analizar **el número de mujeres en política**, la cual en términos generales es muy bajo en toda Europa, lo que demuestra el poco grado de aceptación femenina en este sector. Así, **sólo Helsinki y Bristol están por encima del 5,** mientras que Barcelona obtiene un 3 (puesto 7) y Madrid es valorada con un 2,08 (puesto 13).

## Aceptación del colectivo LGBTI (Puesto 8/36)

Este dato analiza **la aceptación del colectivo que engloba a lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales**, desde el punto de vista de igualdad en términos de empleo, salud, leyes, familia, discriminación, reconocimiento, integridad, derechos sociales y libertad de expresión. Así, en el caso de España, **nuestro país recibe una valoración de 7,47, siendo uno de los países europeos con mejor nota**, lo que la sitúa en el octavo puesto. El país con mayor aceptación sería Noruega, seguido de Reino Unido y Bélgica, mientras que los países del este de Europa son los que tienen un menor nivel de aceptación.

Por ciudades, **Madrid y Barcelona se sitúan al mismo nivel en los puestos 14 y 15,** siendo Oslo la ciudad de Europa con un mayor grado de aceptación.



## Aceptación de inmigrantes (Puesto 7/36)

Por último, el estudio analiza **el nivel de aceptación de los inmigrantes** en cada uno de los países europeos. En este caso, **España se sitúa en el puesto número 7, con una valoración de 8,79 siendo uno de los países que mejor trata a los inmigrantes.** Del mismo modo, los países con mayor grado de aceptación de este tipo de colectivo vuelven a ser los del norte de Europa (Islandia, Suecia e Irlanda).

Por ciudades, **Madrid y Barcelona se encuentran en el Top 10 de ciudades con mayor aceptación de inmigrantes**, siendo Reikiavik la ciudad con una mayor valoración.

Comunicado de prensa enviado por Spotahome

## EL SINDICATO DE MATRONAS PRESENTA UNA DENUNCIA POR LAS ACTIVIDADES DE UNA DOULA



El Sindicato de Matronas ha presentado una denuncia ante el Colegio de Enfermería de Badajoz, por presunto intrusismo profesional contra una "doula" que dice ser la creadora de la "Terapia de Sonido Femenina", se presenta como "soy rocío y océano, Luna Cristal Roja" y se considera especialista en trastornos del aparato reproductor femenino. En su curriculum incluye que "es Hija, Hermana, Madre, Comadre, Actriz de Expresión Corporal y Vocal, Podóloga Holística, investigadora incansable de Parto Humanizado, Periné Femenino, Lactancia Salvaje... Formada en Partería Tradicional en Peru.", entre otros méritos.

Esta "doula" realiza actividades formativas relacionadas con las competencias profesionales de las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas), en diversos lugares de la geografía española, aunque esta domiciliada en Badajoz, donde ejecutará próximamente el Taller "Sexualidad Femenina Consciente", dirigido entre otras a mujeres "buscando optimizar su fertilidad en el camino de la concepción consciente". Indica que entre las actividades de su "terapia" esta la de hacer una "historia clínica exhaustiva", para lo que "exploro el estado general de tu salud", con lo que después "desarrollo una estrategia de tratamiento totalmente individualizada: con la Terapia de Sonido de fondo mis recomendaciones incluyen: Nutrición, Apoyo y Asesoramiento Psicoafectivo...".

Toda ésta actividad la realiza con carácter lucrativo, cobrando por ejemplo 150€ por el Curso de Salud

Femenina Integral, y atreviéndose a formar o asesorar sobre: síndrome premenstrual, dolores menstruales, endometriosis, virus del papiloma, quistes ováricos, ovarios poliquísticos, miomas, problemas de fertilidad o recuperación sexual femenina. Por todo lo cual, se ha cursado la correspondiente denuncia para que se tomen las medidas legales que procedan en defensa de nuestras competencias profesionales, requiriendo a su vez que se le impida impartir talleres, cursos o cualesquiera otra actividad que guarde relación con nuestras competencias y que deponga su actitud de publicitar sobre las mismas cuestiones.



# IX Congreso Nacional

de la sección de  
**Suelo Pélvico**

de la **SEGO**  
**Santander**

12 al 14 de Abril de 2018

Para más información diríjase a [sego@sego.es](mailto:sego@sego.es)



## **CONGRESO SUELO PELVICO SANTANDER**

**FECHA:** 12 al 14 de abril de 2018

**LUGAR:** Santander

**SEDE:** Palacio Festivales Cantabria (Santander)

**ORGANIZA Y CONVOCA:** Sección de Suelo Pélvico de la SEGO

**WEB:** [www.congresosuelopelvico2018.es](http://www.congresosuelopelvico2018.es)

## NACER EN UNA CIUDAD DE LA CULTURA



A partir de este mes de Enero se exhibe el panel final de la **fantástica obra de arte** presentada en el Hull Women and Children's Hospital de East Yorkshire (Inglaterra). Después de un año de elaboración, la última pieza de la obra finalmente se agrega al asombroso panel.

La obra de arte, que se puede ver en el área de recepción del edificio, se creó de forma inesperada. A los recién nacidos de los dos hospitales Hull se les tomaron sus huellas, que luego se agregaron al panel.

**Las huellas de los recién nacidos se agregaron a la obra de arte simulando las hojas de los árboles, mientras que los troncos y las ramas de la pieza se han realizado con las huellas de las manos de las matronas.**

Se da la circunstancia de que tres de las matronas del hospital no sólo prestaron sus manos para dar

forma a los troncos de los árboles, sino que las huellas de sus hijos que nacieron en el intervalo en que se producía la obra, también están integradas en este panel decorativo y lleno de significado.

El significado entrañable y emotivo de esta obra se ha unido a la circunstancia especial de que Hull fue la ciudad elegida en 2017 como City of Culture, evento que cada cuatro años, destaca una ciudad en el Reino Unido y promueve las artes y la cultura como medio de celebración y regeneración.



# CROG

CONTROVERSIAS  
EN REPRODUCCIÓN  
OBSTETRICIA  
Y GINECOLOGÍA

Valencia, 7, 8 y 9 de

## marzo 2018

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



SEDE:  
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE  
DE VALÈNCIA

### AUSPICIOS



Secretaría Técnica: OPC CONGRESS, S.L. - Escultor Octavio Vicent 3, Esc 2, Pta 3 - Valencia  
Telf 902 929 660 –  
email: [crog@opccongress.com](mailto:crog@opccongress.com)

TODA LA INFORMACIÓN EN:  
<http://www.crog.es/crog2018/posters.html>

## ENTREGA DE GALARDONES DE ACREDITACIÓN IHAN-UNICEF 2018



Un año más IHAN, como organización autorizada en España por la OMS y UNICEF, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, ha celebrado la «Jornada de entrega de Galardones de acreditación IHAN-UNICEF» en la que se otorga el reconocimiento a todos los Hospitales y Centros de Salud que han demostrado buenas prácticas de humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia y que han conseguido superar alguna fase del proceso de acreditación durante los ejercicios 2015 a 2017.

El acto ha tenido lugar el pasado día 26 de febrero, en el Salón de Actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al que han asistido representantes de los Hospitales galardonados, así como de la IHAN y del Ministerio.

**INFOMATRONAS FELICITA A TODOS LOS GALARDONADOS**

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA ACREDITACIÓN IHAN EN HOSPITALES DE TODA ESPAÑA

FASE	Centro	Ciudad	Provincia	Autonomía	Fecha Fase 1D
Fase 1D	Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Alcorcón	Madrid	Madrid	27/01/2015
Fase 1D	Hospital Marina Salud de Denia	Denia	Alicante	Comunidad Valenciana	20/02/2015
Fase 1D	Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela	Santiago de Compostela	A Coruña	Galicia	5/03/2015
Fase 1D	Complejo Asistencial Universitario de Palencia	Palencia	Palencia	Castilla y León	5/03/2015
Fase 1D	Hospital da Barbanza	Ribeira	A Coruña	Galicia	5/03/2015
Fase 1D	Hospital Universitari Mutua Terrassa	Terrassa	Barcelona	Cataluña	27/03/2015
Fase 1D	Hospital Universitario Virgen de la Victoria	Málaga	Málaga	Andalucía	9/04/2015
Fase 1D	Hospital de Antequera (Area Sanitaria Norte Málaga)	Antequera	Málaga	Andalucía	6/05/2015
Fase 1D	Hospital Residencia Sant Camil (Consorti Sanitari del Garraf)	Sant Pere de Riudeperes	Barcelona	Cataluña	18/05/2015
Fase 1D	Hospital Sant Joan de Déu de Martorell	Martorell	Barcelona	Cataluña	4/12/2015
Fase 1D	Hospital Dr José Molina Orosa	Arrecife (Lanzarote)	Las Palmas	Canarias	20/01/2016
Fase 1D	Hospital de La Ribera	Alzira	Valencia	Comunidad Valenciana	18/04/2016
Fase 1D	Hospital Francesc de Borja de Gandía	Gandía	Valencia	Comunidad Valenciana	14/06/2016
Fase 1D	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias	La Laguna	Santa Cruz de Tenerife	Canarias	15/07/2016
Fase 1D	Hospital de Jaca	Jaca	Huesca	Aragón	07/12/2016
Fase 1D	Hospital Universitario Río Hortega	Valladolid	Valladolid	Castilla y León	22/12/2016
Fase 1D	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria	Santa Cruz de Tenerife	Santa Cruz de Tenerife	Canarias	19/12/2016
Fase 1D	Hospital Universitario Materno-infantil de Canarias	Las Palmas de Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria	Canarias	16/06/2017
Fase 1D	Hospital de Vinaròs	Vinaròs	Castellón	Comunidad Valenciana	13/06/2017
Fase 1D	Consorti-Hospital General Universitari de Valencia	Valencia	Valencia	Comunidad Valenciana	4/07/2017
Fase 1D	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Santander	Santander	Cantabria	7/09/2017

Fase 2D	Hospital del Vinalopó	Elche	Alicante	Comunidad Valenciana	
Fase 2D	Hospital Sanitas La Moraleja	Madrid	Madrid	Madrid	
Fase 2D	Hospital Rey Juan Carlos	Móstoles	Madrid	Madrid	
Fase 2D	Hospital HM Nuevo Belén	Madrid	Madrid	Madrid	
Fase 2D	Hospital General de Castellón	Castellón de la Plana	Castellón	Comunidad Valenciana	
Fase 2D	Hospital Lluís Alcanyis	Xàtiva	Valencia	Comunidad Valenciana	
Fase 2D	Hospital Clínico San Carlos	Madrid	Madrid	Madrid	
Fase 2D	Hospital de Torreveja Dr Manuel García Gea	Torreveja	Alicante	Comunidad Valenciana	
Fase 2D	Hospital Universitario Infanta Elena	Valdemoro	Madrid	Madrid	
Fase 2D	Hospital Vithas Parque San Antonio	Málaga	Málaga	Andalucía	
Fase 2D	Hospital Universitario de Móstoles	Móstoles	Madrid	Madrid	
Fase 2D	Hospital Universitario Sant Joan	San Juan de Alicante	Alicante	Comunidad Valenciana	
Fase 2 y 3D	Hospital Quirónsalud Sur (antes Sur IDC Salud)	Alcorcón	Madrid	Madrid	
Fase 3D	Hospital de Montilla	Montilla	Córdoba	Andalucía	
Fase 3D	Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Alcalá de Henares	Madrid	Madrid	
Fase 3D	Hospital Universitario de Getafe	Getafe	Madrid	Madrid	
Fase 3D	Hospital Alto Guadalquivir	Andújar	Jaén	Andalucía	
Fase 4D	Hospital Universitario Severo Ochoa	Leganés	Madrid	Madrid	
Fase 4D	Hospital La Zarzuela	Aravaca	Madrid	Madrid	
Reacreditado	VIRGEN DEL CASTILLO	Yecla	Murcia	Murcia	
Reacreditado	HOSPITAL DE ZUMARRAGA	Zumárraga	Guipuzkoa	País Vasco	



## Decálogo de la Seguridad - AESVI

En un vehículo lleva siempre al niño sujeto en un sistema de retención infantil adecuado a su tamaño y peso, por corto que sea el trayecto. Y nunca, bajo ningún concepto, dejes al niño sólo o sin vigilancia.

Utiliza siempre sillas homologadas, y si es posible, opta por la normativa más actual, ya que las exigencias de seguridad son mayores. Comprueba la etiqueta de homologación, en la que se debe indicar la talla y/o el peso para los que se ha homologado el producto.

Para comprar un sistema de retención infantil, acude a un centro especializado en el que te asesorarán sobre las necesidades del niño, y te explicarán las características de cada silla y su instalación. Lee detenidamente las instrucciones de la silla asegurándote que su instalación es absolutamente correcta.

No compres sillas de segunda mano, ni aceptes aquellas que han sido utilizadas previamente durante un largo periodo de tiempo. Y tras un accidente, la silla debe ser sustituida.

El vehículo y la silla infantil actúan de forma conjunta. Antes de comprar una silla, verifica el sistema de anclaje de tu vehículo (i.Size, ISOFix y/o cinturón de seguridad), y busca una silla que se adapte a él.

Coloca siempre al niño en las plazas trasera del vehículo. Y recuerda subir y bajar al niño por la parte segura de la vía (como la acera). Si únicamente puedes colocarla en la plaza delantera, desconecta el airbag delantero si la silla se instala en sentido contrario a la marcha. En caso de colocarlo a favor de la marcha coloca el asiento aproximadamente entre 40 y 50 cm del salpicadero porque ese es el espacio de despliegue del airbag.

Se recomienda llevar al niño en sentido contrario a la marcha el mayor tiempo posible, siendo obligatorio llevarlo así hasta los 76 cm y los 15 meses de edad. Es importante verificar las limitaciones establecidas por los fabricantes de sistemas de retención infantil y del vehículo, y ajusta siempre bien los arneses o cinturones al cuerpo del niño, sin holguras ni dobleces.

Para los niños más mayores es aconsejable utilizar sillas con respaldo al menos hasta los 135 cm. de estatura, ya que proporciona más protección frente a los impactos laterales, y mejoran la eficacia del cinturón de seguridad. Es bueno que los niños participen de la fijación del cinturón pero siempre es necesaria la validación final de un mayor para evitar fallos.

Nunca viajes con objetos sueltos, ni pongas equipaje o mascotas en el vehículo al lado de los pequeños. En caso de frenazo o impacto, pueden salir despedidos y provocar lesiones graves en el niño.

En caso de accidente, y siempre que sea posible, hay que sacar al niño del coche accidentado en su sistema de retención infantil, y nunca sacar al niño en brazos (salvo riesgos inminentes).

La seguridad del niño depende también del conductor. Respetar las normas, conducir de forma tranquila y relajada, sin agresividad ni brusquedades, dejando un espacio de seguridad, y ajustando la velocidad a las circunstancias del tráfico, es la mejor manera de proteger a los pequeños en sus desplazamientos.

## UN TOTAL DE 60 JÓVENES ETÍOPES BECADAS POR AMREF SALUD ÁFRICA SE GRADÚAN PARA SER MATRONAS



Un total de sesenta jóvenes becadas por Amref Salud África, se han graduado en el proyecto de formación de matronas 'Stand Up For African Mothers', campaña que la Asociación Española de Matronas amadrina, en el Samara Health Science College de Afar (Etiopía). El objetivo del proyecto es formar a 15.000 jóvenes africanas para ser matronas antes de 2019, según ha informado la organización.

La beca incluye la matrícula de la universidad, la manutención (dietas y alojamiento en el campus) y desplazamientos, para que las chicas puedan ir a sus pueblos a visitar a sus familias.

Las jóvenes han celebrado el final de sus clases, después de cursar una diplomatura de tres años, en una ceremonia celebrada junto a otros estudiantes del campus, como enfermeras o estudiantes de tecnologías de información sanitaria.

Durante la graduación, los representantes universitarios del campus han agradecido la labor de Amref por su apoyo en la formación de personal sanitario local y su contribución a la reducción de la mortalidad materno-infantil de la región.

Las estudiantes podrán ejercer como matronas atendiendo a mujeres de sus propias comunidades e integradas dentro del sistema sanitario público etíope, una vez superen un examen estatal en marzo.

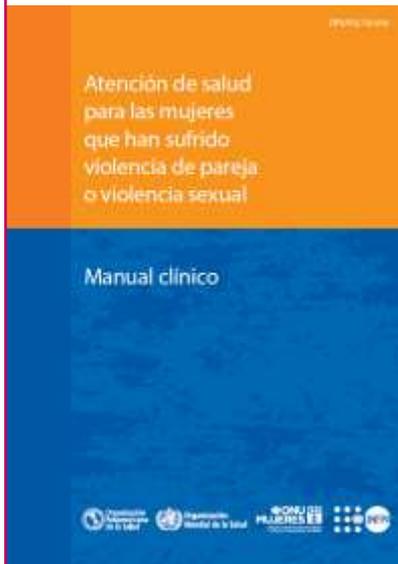
Amref Salud África señala que Afar es una de las regiones más pobres del país etíope, que tiene un clima árido y está sufriendo una sequía que dificulta las condiciones de vida, con una población semi-nómada que vive principalmente de la agricultura y el ganado.

Según datos de Unicef, en Afar la cobertura sanitaria no llega al 40 por ciento, lo que tiene drásticas consecuencias en materia de salud materno-infantil, ya que "sólo" el 13 por ciento de los niños están íntegramente vacunados, el 32 por ciento de las mujeres reciben cuidados pre-natales profesionales y "tan sólo" un 7 por ciento dan a luz en instalaciones sanitarias (en Adís Abeba, la capital, estas cifras aumentan un 94% y un 82% respectivamente).

Las alumnas graduadas jugarán un papel "muy importante" en el sistema sanitario regional, reduciendo los ratios de mortalidad materno-infantil en la región de Afar, donde las mujeres embarazadas "se suelen negar" a acudir al centro de salud "por vergüenza si les toca un trabajador sanitario hombre", asegura Amref Salud África.

Fuente: La Vanguardia

## ULTIMAS PUBLICACIONES WHO ESPAÑOL



La OMS ha publicado “Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual”.

Se puede descargar en:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>



La ICM ha publicado las líneas estratégicas para el periodo 2017- 2020, fundamentadas en 3 puntos:

- Calidad
- Equidad
- Liderazgo

**EN EL PRÓXIMO NUMERO (INFOABRIL) PUBLICAREMOS LA TOTALIDAD DE LOS CONTENIDOS DEL DOCUMENTO.**

## INFOMATRONAS CREA UNA SECCIÓN ESPECIAL PARA NOTICIAS DE RESIDENTES Y UDD



La nueva sección pretende dar espacio a la intercomunicación entre los EIR de toda España y por otra parte de dar mayor visibilidad a todas las cuestiones relacionadas con la formación.

Para este espacio se aceptarán la información, comentarios, imágenes y reseñas de los eventos que se celebren en cada UD.

Como? Enviando tus textos a: [infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com)

Cuando: Antes del día 20 de cada mes

## ATENCIÓN A LOS RESIDENTES DE TODA ESPAÑA

### ¿QUIERES QUE TU OPINIÓN CUENTE?

UN BUEN PROGRAMA FORMATIVO ES LA BASE PARA FORMAR UN/A BUEN  
PROFESIONAL **PARA SER MATRONA ES IMPRESCINDIBLE**

TIENES UN BUEN PROGRAMA FORMATIVO. LAS BASES ESTÁN ESTABLECIDAS.  
**PERO TODO ES MEJORABLE**

Buscando mejorar las cosas....queremos escucharte.

Seguro que puedes aportar ideas que sirvan para corregir lo que no funcione y alcanzar la excelencia en lo que funciones bien.

Un vez recogidas tus ideas serán trasladadas a quien corresponda y además, debatidas en el **XIX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS. Santander 2018**

Solo tienes que mandar 5 ideas que sirvan para mejorar el modelo formativo actual a mail: [infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com)

### **Envía tu opinión o sugerencias.**

Formato Word o PDF

Extensión: máximo 300 palabras

Anónimo.

## LA JUSTICIA EUROPEA DICE QUE LAS GUARDIAS LOCALIZADAS EN CASA DEBEN CONSIDERARSE JORNADA LABORAL ( 21 DE FEBRERO DE 2018)



El tiempo que un trabajador está guardia y tiene que estar en casa localizable en un periodo breve **es tiempo de trabajo**. Así lo ha determinado el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) este miércoles en el supuesto en que un bombero belga que, cuando tenía guardia, estaba obligado a permanecer en su casa para poder acudir al centro de trabajo en ocho minutos, en virtud de la directiva que lo regula de 2003. Con esta sentencia, el TJUE hace una excepción a la jurisprudencia que venía dictando hasta ahora que no consideraba el tiempo de guardia localizada como tiempo de trabajo. No obstante, las circunstancias que concurren en el caso del bombero llevan a los jueces a dictar la salvedad "pues la obligación de permanecer físicamente en un lugar determinado por el empresario y la restricción que, desde el punto de vista geográfico y temporal, supone la necesidad de presentarse en el lugar de trabajo en un plazo de ocho minutos, limitan de manera objetiva las posibilidades que tiene un trabajador [...] de dedicarse a sus intereses personales y sociales".

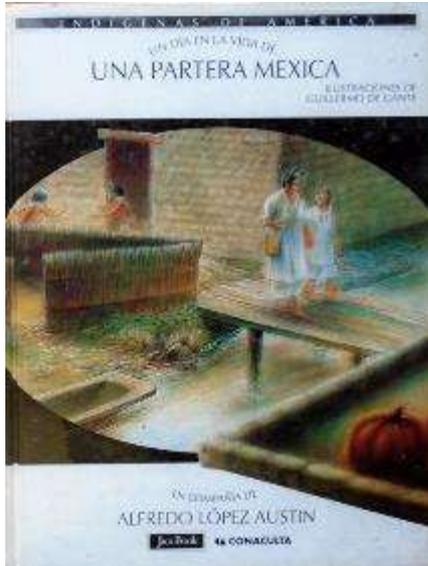
El fallo tiene impacto en nuestro ordenamiento jurídico nacional, ya que hasta ahora "la jurisprudencia había declarado que las horas de localización no se consideran tiempo de trabajo. El tribunal también precisa que los Gobiernos de la UE no pueden establecer excepciones en función de determinadas categorías **y no pueden adoptar una definición diferente de la que establece la directiva para el concepto de "tiempo de trabajo"**.

Los Estados miembros pueden introducir disposiciones en su derecho nacional sobre la duración del tiempo de trabajo y de los periodos de **descanso más favorables que los contemplados por la directiva**.

¿Consideras que esta sentencia puede tener aplicación sobre tus circunstancias laborales? Consulta con nosotros.

Alberto Ortega – Abogado

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



## UN DÍA EN LA VIDA DE UNA PARTERA MEXICA.

Animadas recreaciones históricas describen la vida cotidiana de distintos personajes de la Europa medieval y de la América precolombina. En estas páginas imaginamos las actividades de una partera que perteneció a una tradición nacida con los primeros pueblos sedentarios que vivieron del cultivo de maíz y que se propaga hasta hoy en millones de sus descendientes. Hablamos de la tradición mesoamericana que comprende del año 2500 a.C. hasta nuestro presente.

¿Cómo se preparaban las mujeres mexicas para ser parteras?, ¿dónde aprendían el oficio?

Este pequeño libro de 46 páginas, es una sencilla y bella publicación del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes realizado con textos basados en la Historia, todos de doctores en historia de México, algunos de ellos con experiencia en la divulgación histórica e ilustraciones fieles al pasado, que nos acercan a este que es, si no el más, uno de los oficios más antiguos del mundo.

Este libro se encuadra dentro de una colección juvenil que sigue una estructura común en cada volumen de la colección: mediante un relato de ficción que empieza siempre en las primeras horas del día, se trata de reflejar un jornada normal en la vida diaria de un personaje.

. De este modo, cada protagonista, rodeado de su ambiente y de sus utensilios de trabajo, desarrolla su actividad con los contratiempos y las satisfacciones inherentes .En doce episodios, del alba al anochecer el lector tiene la oportunidad de conocer cómo era la vida de cada uno de los protagonistas de esta colección. Además de esta información, sin lugar a dudas valiosa, puede uno obtener una perspectiva histórica y un cuadro bastante realista de la época, ya que los volúmenes terminan con un glosario y con una sección monográfica en la que el contexto histórico se plantea con cierta amplitud.

En esta ocasión , la lectura de un día en la vida de una partera mexicana nos llevará a hacer un recorrido por las calles del México Tenochtitlan del siglo XV. Mátlatl (significa Red en Náhuatl) es una partera que se hace acompañar por su nieta Xálatl (agua que brota a través de la arena) en su viaje constante entre la vida y la muerte. Ella se encargará de atender los embarazos y partos de las mujeres que así lo solicitan. ¿ Qué les aconsejarás abuela? Que no presuma de hacendosa; que no levante objetos pesados ; que no se exponga demasiado al calor en el baño o al rayo de sol ; que no duerma de día porque nacerá con los párpados hinchados; que no mastique chicle porque se le endurecerán las encías al niño etc...

Desde antiguo persisten en México las parteras tradicionales , agente comunitario de salud, que forman parte de la medicina tradicional indígena, actualmente reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano. La observación causa-efecto y la relación entre los elementos que conforman el universo, se hizo extensiva a la medicina en general y también a la partería tradicional, desarrollando toda una cosmovisión en salud que derivó en un sistema holístico de prácticas y conocimientos. En la cultura náhuatl, la partera era conocida como "ticitl", término que hacía referencia a un personaje con un amplio reconocimiento social , encargada de aconsejar y vigilar a la mujer durante su gravidez, y asistir el parto y el puerperio; sus funciones empezaban incluso desde antes que principiara el embarazo.



## CURSO BÁSICO DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS. (2)

**GRUPO I:** día 21/03/2018 HORARIO de 9:00h a 14:00h. / 15:30h. A 20:30h. 16 alumnos

**GRUPO II:** día 22/03/2018 HORARIO de 9:00h a 14:00h. / 15:30h. A 20:30h. 16 alumnos

### Pertinencia de la actividad

El uso de la ecografía en las consultas de Matrona es ya un hecho bastante generalizado, aprovechando la existencia de ecógrafos en los centros de salud. Parece pertinente y lógico que termine por implantarse y desarrollarse en un mundo tan tecnológico, donde la imagen es un valor añadido de calidad en la atención.

### Objetivo general:

Obtener los conocimientos básicos para el manejo ecográfico en el control del embarazo normal.

### Objetivos específicos:

Al final de la actividad, ser capaces de:

- Visualizar actividad cardiaca embrionaria y latido fetal
- Visualizar posición y presentación fetal
- Medir longitud cefálico-caudal (CRL) para datación de gestación.
- Visualizar posición y conformación de placenta.
- Medir cantidad de líquido amniótico.
- Realización de biometrías básicas.

### Metodología docente

Se dará bloque teórico on line y presencial de todos los contenidos necesarios

Se realizarán exposiciones teóricas de cada uno de los 3 trimestres del embarazo con las actividades a realizar en cada uno de ellos.

A continuación los alumnos del curso podrán practicar estas enseñanzas con ecógrafos y pacientes reales.

### SOLICITADA ACREDITACIÓN

**INSCRIPCIÓN:** [matronas@asociación-nacional.com](mailto:matronas@asociación-nacional.com)

### ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Mediante solicitud vía mail: [matronas@asociación-nacional.com](mailto:matronas@asociación-nacional.com)

al Curso se hará por riguroso orden de solicitud y con preferencia ABSOLUTA de los SOCIOS

### :MATRICULA:

SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Y VINCULADAS.....20 €

NO SOCIOS: ..... 100 €

EIR: ..... 80 €

LUGAR MADRID, AVDA. MENÉNDEZ PELAYO, 93  
PLANTA 3ª



## PROXIMOS CURSOS 2018 OCTUBRE (SIN DETERMINAR FECHA)

### ESTABILIZACIÓN Y REANIMACIÓN NEONATAL COMPLETA.

Nº de horas por edición: 40 MIXTAS (15 PRESENCIALES 25 NO PRESENCIALES)

18/EDICIÓN. cuarto trimestre (octubre-noviembre) del año.

Destinatarios: MATRONAS relacionada con asistencia y atención neonatal en paritorio.

Acreditación y Certificación: Formación Continuada con 2,9 créditos y Sociedad Española de Neonatología (SENeo) con 40 horas.

#### Objetivos:

Responde al Objetivo Estratégico y Áreas Temáticas de Reanimación y Seguridad:

- Optimizar la actuación de los profesionales matronas dedicadas a la atención del recién nacido para mejorar la asistencia.
- Alcanzar y mantener las destrezas y habilidades necesarias para una adecuada realización de maniobras de reanimación neonatal y optimizar la seguridad del paciente.
- Disminuir la morbi-mortalidad del recién nacido.
- Disminuir el gasto asistencial en este tipo de atención.

#### Metodología:

Previo al curso se mantendrá contacto vía correo electrónico entre el coordinador y los alumnos para aportar material didáctico y resolver dudas.

La duración presencial del curso será de 15 horas, impartido mediante clases teóricas por 5 profesores, desarrollando cada profesor un tema del contenido docente aportado por la Sociedad Española de Neonatología (SEN) a los profesores instructores. Este material teórico se aporta previo al curso a los alumnos.

Las clases prácticas son impartidas por dos profesores (instructores de reanimación neonatal) para cada grupo de alumnos (6 alumnos / grupo). En ellas el alumno reproduce secuencialmente todos los momentos que constituyen la reanimación. El aprendizaje se realiza mediante la repetición continuada y reforzado por una práctica final integrada, donde varios alumnos desarrollan un caso clínico específico.

Existirá una interacción continua tanto en las clases teóricas con ruegos y preguntas y discusión al finalizar estas. También en las prácticas, siendo fundamental dicha interacción, tanto con el profesor como guía del caso, como entre los alumnos para comentar la evolución y resolución del caso clínico.

#### Contenido:

El Curso tendrá una duración de 15 horas lectivas presenciales que se impartirán en un día y medio, 25 horas no presenciales (estudio y lectura del manual y bibliografía recomendada).

Los alumnos recibirán el manual y bibliografía del curso al menos con 15 días de antelación.

La bibliografía recomendada para los alumnos es:

1. Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation* 2010; 122: S516-S538.
2. Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122: S909-S919.
3. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 81 (2010) 1219–1276.
4. Manual de Reanimación Neonatal. SEN. 3ª edición. Editorial Ergón. 2012.



## PROXIMOS CURSOS 2018

### PROGRAMA PRESENCIAL

#### PRIMER DÍA

9:00 – 9:15 h. Introducción y presentación del curso

9:15 – 9:30 h. Examen previo

9:30 – 10:00 h. Tema 1. Reanimación del recién nacido. Anticipación, Preparación y Aspectos éticos.

10:00 – 10:30 h. Tema 2. Pasos iniciales en la Reanimación Neonatal. Ventilación.

10:30 – 11:00 h. Tema 3. Intubación y masaje cardiaco en la Reanimación Neonatal. Algoritmo de actuación.

**11:00 – 11:30 h. Descanso.**

11:30 – 12:45 h. Práctica 1 y 2. Pasos iniciales en la Reanimación Neonatal. Ventilación (3 grupos).

12:45 – 14:00 h. Práctica 3. Intubación y masaje cardíaco (3 grupos).

14:00 – 14:30 h. Tema 4. Medicación en Reanimación Neonatal. Vías de infusión, fármacos y líquidos.

**14:30 – 15:30 h. Almuerzo de trabajo.**

15:30 – 16:30 h. Tema 5. Algoritmo de actuación. Reanimación Neonatal ante situaciones clínicas especiales. Estabilización post-reanimación

16:30 – 17:15 h. Práctica 4. Vías de infusión, fármacos y líquidos (3 grupos).

**17:15 – 17:45 h. Descanso**

17:45 – 20:00 h. Práctica 5. Reanimación Neonatal integrada. Situaciones clínicas especiales y estabilización (3 grupos).

20:00 – 21:00 h. Final y repaso de la 1ª Fase.

#### SEGUNDO DIA

9:00 – 10:00 h. Tema 5. Algoritmo de actuación. Reanimación Neonatal ante situaciones clínicas especiales: Prematuridad.

10:00 – 11:00 h. Práctica 5. Reanimación Neonatal integrada: Prematuridad (3 grupos).

**11:00 – 11:30 h. Descanso**

11:30 – 13:30 h. Evaluación práctica RCP integrada (3 grupos).

13:30 – 14:00 h. Examen final.

14:00 – 14:30 h. Evaluación del curso y Clausura.

#### DIRECCIÓN Y DOCENCIA

ALEJANDRO GARRIDO Especialista en Anestesia y Reanimación. Hospital General Universitario Gregorio

Marañón. JUAN DE LEÓN Jefe de Sección Obstetricia. Hospital General Universitario Gregorio Mara-  
ñón.

Coordinador Grupo. GONZALO ZEBALLOS Especialista en Pediatría-Neonatología. Hospital General Universitario Gregorio Mara-  
ñón.

#### Lugar de celebración:

**1º día Aula Simulación Neonatología-Obstetricia Hospital Materno-Infantil Gregorio Mara-  
ñón. 2ª planta, bloque C. 2º día Centro de Simulación. C/ O´Donnell, 48 Madrid**

#### MATRICULA:

Socios A.E.M. y vinculadas.....170,00 €

No asociados.....270,00 €

EIR.....200.00 €

#### INFORMACIÓN/INSCRIPCIÓN:

[matronas@asociación-nacional.com](mailto:matronas@asociación-nacional.com)



## Jornadas

# "Salud sexual para matronas"

15 de MARZO  
MADRID  
2018

📅 Fecha: 15 de marzo de 2018

🕒 Horario: 15:30 a 21 horas

📍 Lugar: Salón de actos del Colegio de Enfermería de Madrid

Inscripción en: [www.ematrona.com](http://www.ematrona.com)

Contacto: [formación@ematrona](mailto:formación@ematrona)

Tel.: 610070500

Organizan:



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE MATRONAS



**Programa:**  
**Jornada "Salud sexual para matronas".**

**Fecha:** 15 de Marzo de 2018

**Lugar:** Salón de actos del Colegio de Enfermería de Madrid .Avda. Menéndez Pelayo, 93.

Hora	
15:30 -15:45 h.	Recogida de documentación
15:45-16:00 h.	Acto inaugural de la jornada. - Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla ( Presidenta Asociación Española de Matronas ) -D. Fausto J. Gómez García ( Director General de www.ematrona)
16:00-16:45 h.	Entrevista clínica básica orientada hacia el abordaje de la esfera de la salud sexual de la paciente.
16:45-17:30 h.	Disfunciones sexuales femeninas (vaginismo, dispareunia, falta de deseo, anorgasmia) clínica, diagnóstico, y tratamiento.
17:30-17:45 h.	Pausa –café
17:45-21:00 h.	Casos clínicos de patologías sexuales y su abordaje desde la consulta de la matrona.

**PONENTES:**

**Rosa María Montaña Hernández.**

Médico de atención primaria. Sexóloga. Especialista en terapia de pareja. Especialista en Terapia Sistémica Breve. Codirectora de la Clínica Hedner. Codirectora del Máster de Sexología Sustantiva de la Universidad Europea Miguel de Cervantes.

**Marta Ibáñez Villarrubia**

Trabajadora Social. Sexóloga. Especialista en Violencia de genero . Directora de MyA Sexología Sustantiva. Profesora Formadora para el SESCOAM y la Universidad de CLM en formación a Matronas. Profesora de la Escuela Regional de CLM de Protección Ciudadana en el Área de Violencia entre los Sexos. Trabajadora Social en Centro de la Mujer de Bargas, dependiente del Instituto de la Mujer de Castilla-la Mancha.

INSCRIPCIÓN en: <https://ematrona.com/ventajas-registro/>

PRECIO : 30 €

**GRATUITA  
PARA**

Socios de la Asociación Española de Matronas, Asociación de Matronas de Aragón, Asociación de Matronas Extremeñas, Asociación de Matronas Gallegas, Asociación Cántabra de Matronas y Matronas registradas en **ematrona**

*¡Nos vemos en Santander!*

## OTRA RAZON POR LA QUE ASISTIR AL CONGRESO DE SANTANDER



Os vamos a hablar de un paraje increíble a visitar en Cantabria. Este lugar, además de su paisajismo singular, imaginaos una antigua explotación minera a cielo abierto, hoy abandonada, se ha convertido en un lugar habitado por más de 150 especies animales de los cinco continentes viviendo en régimen de semi-libertad. Esta mina fue explotada desde el tiempo de los romanos hasta 1989 y de su actividad quedan restos. No es un zoológico convencional sin duda, es un espacio natural increíble en el que contrasta el color verde vegetal con el marrón arcilloso y ferruginoso de sus arcillas y del hierro aún presente en sus formaciones rocosas; este escenario ha sido modificado por el hombre para la adaptación de los animales a una vida marcada por su casi total libertad e instinto, y para el disfrute de los visitantes a cuya disposición están los más de 20 kms de carreteras que atraviesan el parque conduciendo a los diferentes recintos a través de maravillosos desfiladeros, apacibles lagos y sugerentes figuras rocosas. Así mismo en este paraje se mantiene una importante actividad científica que ayuda a la conservación de las especies que habitan el parque. Además, por todo el parque existen numerosas zonas de aparcamiento y sendas que nos permiten descubrir rincones de gran belleza por eso es un lugar ideal para pasar el día, no en vano el parque de la Naturaleza de Cabárceno está concebido con fines educativos, culturales, científicos y recreativos, y se ha convertido en uno de los mayores atractivos turísticos del norte de España.

*¡Nos vemos en Santander!*

## OTRA RAZON POR LA QUE ASISTIR AL CONGRESO DE SANTANDER



Recientemente se le ha incorporado otro atractivo sobreañadido y es un sistema de telecabinas ( 60 telecabinas) único en Europa que ofrece dos recorridos aéreos distintos entorno a cuatro estaciones en las que los usuarios podrán subir o bajar, disfrutando a 60 metros del suelo de unas vistas insuperables.

Dos de estas telecabinas son de las llamadas “panorámicas”, porque tienen el **suelo de metacrilato** y puedes contemplar a los animales en su entorno bajo sus pies”. En total son 6 kilómetros de recorrido aéreo que unen los accesos sur y este del parque.

Desde 1990 que comenzó la andadura este referente turístico, continua avanzando hacia nuevas metas científicas y divulgativas. Y va sumando récords. Porque es «el más» en muchas cosas: el parque más grande del mundo en extensión, la mayor reserva de oso pardo de Europa (más de 80 ejemplares), la mayor comunidad de elefante africano fuera de África (16 individuos), el mayor recinto de gorilas de España.

Sin duda , merece la pena disfrutar de un día en este esplendido parque UNICO.

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



¡No te lo pierdas!

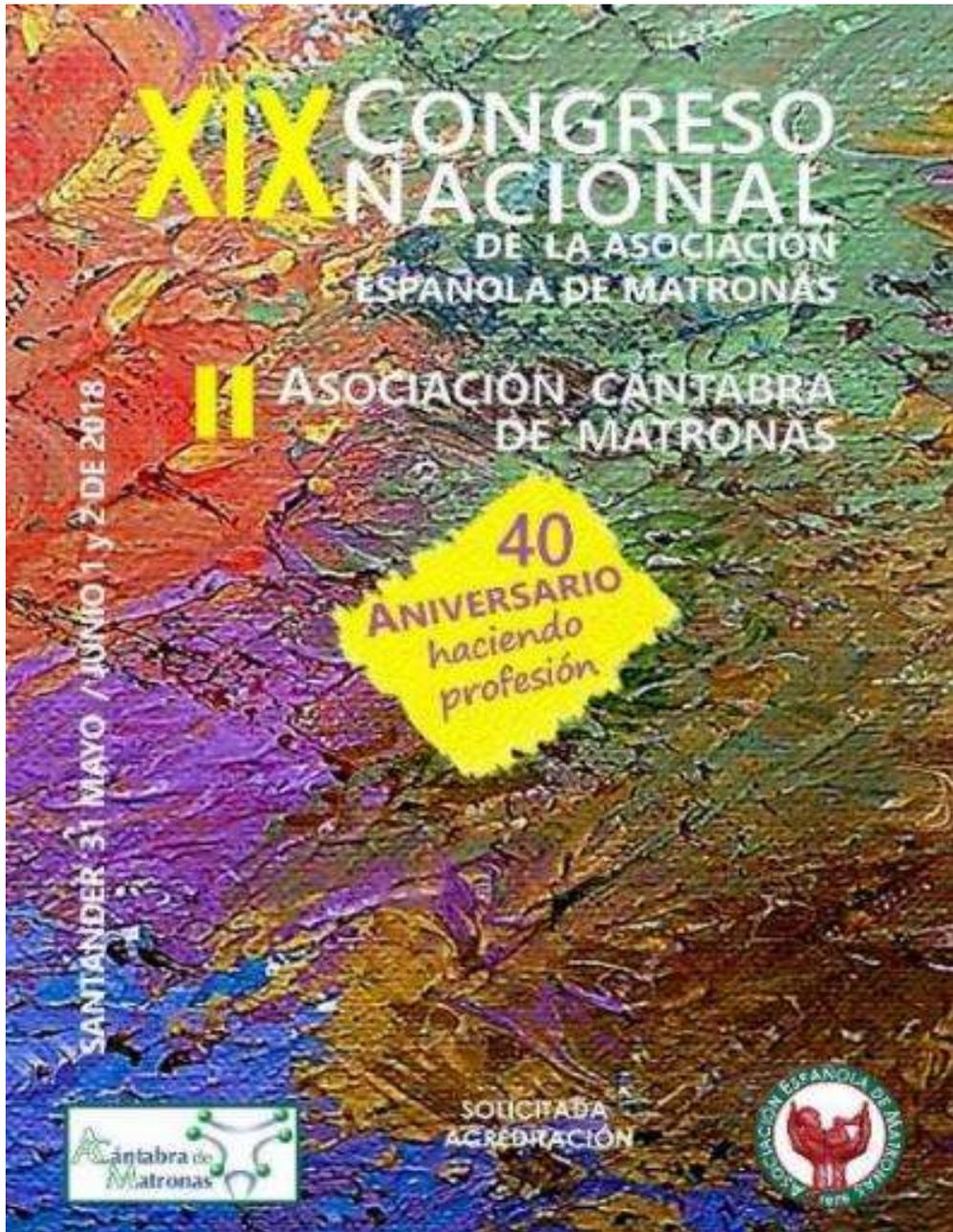
Inscripciones low cost

...



ENTRA HOY

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



LOW COST	CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	
	Hasta 15/3/18	Hasta 28/5/18
SOCIOS	A... 130,00 €	A... 180,00 €
	B... 160,00 €	B... 210,00 €
	C... 250,00 €	C... 300,00 €
NO SOCIOS	A...160,00 €	A... 210,00 €
	B... 190,00 €	B... 240,00 €
	C... 300,00 €	C... 350,00 €
EIR Y JUBILADAS	A... 120,00 €	A...170,00 €
	B... 150,00 €	B...200,00 €
	C... 240,00 €	C...290,00 €

LA INSCRIPCIÓN INCLUYE:

- A** Asistencia a sesiones.  
Cartera de documentación.  
Certificados de asistencia y créditos.
- B** Asistencia a sesiones.  
Cartera de documentación.  
Certificados de asistencia y créditos  
Desayunos y meriendas.
- C** Asistencia a sesiones. Cartera de documentación. Certificados de asistencia y créditos  
Desayunos y meriendas. Almuerzo. Cena

Toda la información en:  
[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)

¡ANÍMATE Y PARTICIPA CON UN TRABAJO!

**NORMAS GENERALES:**

Los congresistas que lo deseen podrán presentar sus trabajos a este evento científico, esfuerzo que favorece el enriquecimiento general y a la vez sirve de estímulo y recompensa personal al sumar méritos en el currículum de quienes finalmente sean seleccionados por el Comité Científico del XIX Congreso Nacional de Matronas.

Se establecen los dos tipos habituales de participación:

**Comunicaciones orales. Pósteres.**

Se valorarán prioritariamente los trabajos de investigación y revisión que aporten datos significativos.

**PLAZOS DE PRESENTACIÓN RESÚMENES**

**30 de marzo 2018:** Fecha límite para la recepción de los resúmenes de los trabajos científicos que se presenten.

**NOTIFICACIÓN ACEPTACIÓN: 10 de abril 2018:** Fecha límite para la comunicación de la aceptación o no de los trabajos

**PRESENTACIÓN TRABAJO: 5 de mayo 2018:** Fecha límite para la presentación completa del trabajo aceptado.

**TEMÁTICA**

- Temas científicos relacionada con la actividad profesional y otras ciencias.
- Atención y cuidados a la mujer en su maternidad y cuidados del RN.
- Atención y cuidados en general a la mujer en la salud sexual y reproductiva.
- Temas relacionados con aspectos sociológicos, antropológicos, jurídicos y de género.
- Temas relacionados con las áreas de gestión y docencia.

**ESTRUCTURA**

Introducción. Material. Método. Resultados. Conclusiones. Bibliografía.

Los resúmenes de las comunicaciones (orales y pósteres) serán enviados en las hojas plantilla de resúmenes oficiales que puedes encontrar en la página Web del Congreso: [www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)



CONSIGUE TU  
BONO



## PREMIO A LA COLABORACIÓN

**Infomatronas**, tiene como objetivo facilitar información a todas las matronas de España. Faltan algunas que no reciben este nuevo boletín y queremos llegar hasta ellas/ellos.

Gracias a la difusión/reenvío que estamos haciendo con la colaboración de muchos llegamos al 80% del colectivo.

Por todo esto, queremos premiar a los colaboradores habituales e implicar a otros.

### ¿Como?

Reenvía a 20 colegas y consigue 1 BONO.

### Acreditación de tu colaboración.

Las 20 colegas enviarán un correo a: [infomatronas@gmail.com](mailto:infomatronas@gmail.com) indicando que desean recibir todos los meses este Boletín y tu nombre como mediador/ra.

### Bono.

Recibirás tu bono numerado en cuanto tengamos la confirmación de tu mediación y podrás utilizarlo automáticamente..



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

