

# II - SEMINARIO INTERNACIONAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS  
15-16-OCTUBRE-09



LUGAR: AULA MAGNA "RAMÓN Y CAJAL" DE LA FACULTAD DE MEDICINA, AVENIDA COMPLUTENSE. CIUDAD UNIVERSITARIA DE MADRID.



Actividad Científica reconocida como  
de Interés Sanitario.  
Acreditada con 3,3 créditos de FC



[matronaseminariointernacional09.com](http://matronaseminariointernacional09.com)

**ACREDITACIÓN**



Le NOTIFICO que la actividad docente de formación continuada

|                     |                                                                                                                       |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº de expediente:   | 09 - 8574                                                                                                             |
| Denominación:       | Actualización obstétrica ginecológica, sociológica, tecnológica e investigación para matronas. Curso anual-Edición 22 |
| Sede:               | Madrid                                                                                                                |
| Fecha Inicio:       | 15/10/2009                                                                                                            |
| Fecha Finalización: | 17/10/2009                                                                                                            |

Tras completar el proceso de evaluación, fue informada **favorablemente** por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

En atención a este dictamen, el lmo. Sr. Director General de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios emitió la Resolución de fecha 04/11/2009 que **ACREDITA** la actividad docente anteriormente citada con:

**3,3-créditos**

La validez de la citada resolución de acreditación queda condicionada al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1º Cumplimiento estricto, por parte de la entidad proveedora, de los datos sobre la actividad que figuran en la solicitud de acreditación y que han servido para otorgar ésta y de los requerimientos de documentación que, en su caso y para comprobar dichos datos, le haga la Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

2º Los proveedores solicitantes de la actividad sólo podrán utilizar el logotipo de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (pueden copiarlo de la página web) en la publicidad del curso acreditado y no junto a otros cursos no acreditados que realice la misma entidad. Tampoco puede hacer uso de dicho logotipo antes de conocer los resultados positivos de su solicitud de acreditación. Asimismo deberá incluir el texto "Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)" con el número de expediente y el número de créditos en los certificados de asistencia/aprovechamiento de los participantes.

No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, salvo las mencionadas. Le recuerdo también la plena responsabilidad de su Institución en el cumplimiento estricto de las condiciones expresadas en su solicitud, y en base a las cuales se ha otorgado la presente acreditación.

Contra la citada Resolución podrá anteponerse recurso de reposición, en el plazo de un mes, ante el mismo órgano que dictó el acto; o bien, directamente recurso contencioso-administrativo ante el órgano judicial de este orden competente.

En Madrid a 6 de Noviembre 2009

Dña. Montserrat Castejón  
Secretaria de la Comisión

Dña. Dña. María Ángeles Rodríguez Rozalén Presidenta Asociación Española de Matronas Avda. Menéndez Pelayo, 93,3 28007 Madrid Madrid

RE-N1-AA-07

REGISTRO DE SALIDA  
Ref: 87/708975.9/09 Fecha: 10/11/2009 10:45  
Agencia Lain Entralgo  
Registro Agencia Lain Entralgo  
Destino: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

**PROGRAMA OFICIAL**



# II - SEMINARIO INTERNACIONAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS  
15-16-OCTUBRE-09

*Nosotros y nosotros, profesionales de salud involucrados con la asistencia al parto y nacimiento reunidos en Madrid, preocupados por contribuir a la mejora de la asistencia al parto y nacimiento de bajo riesgo en nuestros países estamos dispuestos a emprender acciones que contribuyan al desarrollo de prácticas adecuadas en la atención del nacimiento, de modo que se posibilite a las mujeres un parto más armonioso y seguro y a las futuras generaciones una entrada más acogedora a la vida.*

LUGAR: AULA MAGNA "RAMÓN Y CAJAL" DE LA FACULTAD DE MEDICINA. AVENIDA COMPLUTENSE. CIUDAD UNIVERSITARIA DE MADRID.



Actividad científica reconocida como de Interés Sanitario.

Acreditada con 3,3 Créditos de FC.



[matronaseminariointernacional09.com](http://matronaseminariointernacional09.com)

**MAÑANA 15/10/09**

**11,00-11,30h. Inauguración del Seminario**

**MODERADORAS.**

**Dña. Montserrat Angulo Perea.**

**Dña. Caty Cediel Altares**

**11,30-12,00h. Estudio de investigación sobre las expectativas de las mujeres en sus partos.**

**D. Joaquín Maíz Gálvez.** *Matrón. Atención Primaria C.A.M. Enfermero especialista en Psiquiatría y en Medicina del Trabajo. Técnico Superior en Acupuntura. Profesor-tutor U.D. Matronas (Madrid).*

**12,00-12,30h. Presentación del proyecto sueco "Aurorateams" (Programa de atención especial de las mujeres con mucho miedo al parto)**

**Dña. Astrid Börjensson.** *Matrona Hospital Karolinska Huddinge (Suecia)*

**12,30-13,40h. Perfil de eficiencia y seguridad de los analgésicos sistémicos en el parto.**

**Dra. Emilia Guasch Arévalo.** *Jefe de Sección Anestesia y Reanimación Hospital Universitario "La Paz" (Madrid).*

**13,40-14,10h. Estrategias para disminuir la tasa de cesáreas hasta los límites aceptados por la OMS: visión de la matrona.**

**Dña. Mónica Blas Robledo.** *Matrona. Vocal Asociación Matronas Vizcaya. (País Vasco)*

**14,10-14,30h. DEBATE**

**TARDE 15/10/09**

**MODERADORAS.**

**Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla**

**Dña. María Sanz Falcón**

**16,00-16,40h. Resiliencia como alternativa en los partos sin anestesia.**

**Dr. Hugo Sabatino.** *Obstetra y perinatólogo. Fundador del Grupo de Parto alternativo UNICAMP. Profesor de la Universidad de Ciencias Médicas de la Univ. Estadual de Campinas (Brasil)*



**16,40-16,50h. \_Documental Parto de cócoras (cuchillas)**

Basado en las investigaciones en las comunidades indígenas de Paraná sobre la forma de parir contenidas en su libro, *"Parto en cuchillas"*.

*"Aprenda a parir como los indios"*.

Los Drs. Moyses y Claudio Paciornik institucionalizaron el parto en cuchillas en base a estos estudios.

**Dr. Claudio Paciornik.** Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, mastología y homeopatía. Inventor del módulo de parto vertical. (Brasil).

Director de Cine y Productor Cinematográfico.

**16,50-17,30h. Resultados maternos y perinatales de 1000 partos verticales.**

**Dr. Hugo Sabatino.** Obstetra y perinatólogo. Fundador del Grupo de Parto alternativo UNICAMP. Profesor de la Universidad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas (Brasil)

17,30-18,00h.

**DEBATE**

18,00-18,30h.

**PAUSA CAFE**

**MODERADORAS.**

Dña. Isabel Castelló López

Dña. Isabel Manzano Alonso

18,30-19,00h. Cambios en el modelo formativo y consecuencias de los planes de Bolonia.

**D. José Ignacio Valle Racero.** Matrón

19,00-19,45h. Alcance de la Directiva 36/2005 tras la integración en el ordenamiento jurídico español.

**D. Juan Siso Martín.** Doctor en Derecho Público y Sanitario. Inspector de servicios de la Inspección General de Servicios (Área de Gobierno de Hacienda y Administración pública del Ayuntamiento de Madrid).

19,45-20,00h. Plan Quinquenal de la Asociación Española de Matronas. (AEM)

**Dña. M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén.** Matrona. Máster en Dirección de Hospitales y Marketing. Presidenta Asociación Española de Matronas.

**MAÑANA 16/10/09**

**MODERADORAS.**

**Dña. Sofia Gotor Colás.**

**Dña. M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén**

**09:00-09,30h. Construcción de una escala de motivación hacia los programas de preparación a la maternidad.**

**Dña. Matilde Fernández .** *Matrona. Psicóloga. Prof. de la U.D. de Matronas de la Comunidad de Madrid.*

**09,30-10,00h. Estudio de las causas del desinterés de las mujeres por los cursos de preparación a la maternidad.**

**Dña. Teresa Cabrera Sanz.** *Matrona A.P. (Madrid).*

**10,00-10,30h. Tasas de intervención en el H. de Alcorcón.**

**Dña. Caty Cedié Altare.** *Matrona. Supervisora Hospital Fundación Alcorcón.*

**10,30-11,10h. Resultado del cambio hacia prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.**

**Dña. Isabel Castelló López.** *Matrona. Psicóloga. Psicoterapeuta sexual. Profesora asociada de la U.D. de Matronas de la Comunidad Valenciana*

**Dña. Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla.** *Matrona. Vicepresidenta Asociación Española de Matronas.*

**11,10-11,30h. DEBATE**

**11,30-12,00h. PAUSA CAFÉ**

**SENSORIALIDAD FETAL**

**MODERADORAS.**

**Dña. M<sup>a</sup> Jesús Sánchez Valiño.**

**Dña. Concepción Martínez Pastor.**

**12,00-12,30H. Música y emociones en la etapa prenatal.**

**Dña. Begoña Ibarrola López de Davalillo.** *Psicóloga, músico-terapeuta, escritora. Formadora experta en inteligencia emocional.*

**12,00-12,30h. El impacto de nacer.**

**Dña. Ángeles Hinojosa Sánchez.** *Terapeuta psico-corporal. Especialista en reflexología podal infantil, Presidenta Plataforma Pro- derechos del nacimiento*

**13,00-13,30h. ¿Por qué es tan importante la etapa prenatal? Vivencias del bebé en el útero materno.**



**Dña. Pilar Vizcaíno Herranz.** *Psicóloga. Presidenta de la Asociación Nacional de Educación Prenatal y Vicepresidenta de OMAEP (Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal)*

13,30-14,00h.

DEBATE

TARDE 16/10/09

MODERADORAS.

**Dña. Marta Martínez Marquina.**

**Dña. Carmen Cuadrado Orduña.**

**16:00-16,45h. Identificación y prevención de la Depresión Postparto.**

**Dr. Julio Sanjuán Arias.** *Prof. Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valencia. Investigador en Neuropsicología y Genética de la Psicosis. Coordinador del proyecto multicéntrico de la Red de Genotipación y Psiquiatría Genética: "Vulnerabilidad genes-ambiente en la etiopatogenia de los trastornos mentales. Depresión post-parto".*

**16:45-17,15h. Actualidad en ingeniería genética; alcance terapéutico en la utilización de células.**

**Dr. Miguel A. Herráiz Martínez.** *Jefe de la U. Obstetricia H. Clínico "San Carlos" (Madrid). Catedrático Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.*

17,15-17,45h.

DEBATE

17,45-18,15h.

PAUSA CAFÉ

MODERADORAS.

**Dña. Aimón Sánchez Molinero.**

**Dña. Isabel Egüés Jimeno.**

**18,15-18,35h. "Parteras de la Amazonia" (Documental)**

**Dr. Claudio Paciornik.** *Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, mastología y homeopatía. Inventor del módulo de parto vertical (Brasil). Director de Cine y Productor Cinematográfico*

**18,30-19,20h. Responsabilidad de las comodidades de la vida civilizada en el deterioro del parto y desenvolvimiento sexual humano. Estudio comparativo entre mujeres civilizadas y habitantes de algunas reservas indígenas".**

**Dr. Claudio Paciornik.**

**19,20-19,50h. Presentación de las Conclusiones sobre utilización del yodo.  
Grupo Español del Yodo en el Embarazo y el Niño (GEYEN).**

**Dra. Sagrario Mateu Sanchis.** *Ginecóloga. Jefa del Servicio de Salud de la Mujer y el Niño de la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo*

**Dña. Mercedes Jañez Escribano.** *Ginecóloga. H. Universitario "La Paz" (Madrid). Miembro del Grupo Español del Yodo en el Embarazo y el Niño*

**20,00-20,30h. DEBATE**

**MAÑANA 17/10/09**

**10:00h. Presentación del documento ministerial, Recomendaciones:  
"Estándares de calidad para Unidades Obstétricas"  
Representante del Ministerio de Sanidad**

**Ruegos y preguntas**

**11,00-11,30h. JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS**

**Presentación del documento ministerial: "Estrategia de atención al parto de bajo riesgo"**

**Presentación de la Carta de Madrid de la Asociación Española de Matronas.  
Dña. Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla.** *Matrona. Vicepresidenta Asociación Española de Matronas.*

**11,30-14,00h. Sesión abierta informativa y debate sobre la política asistencial en Obstetricia.**

**Dña. Caty Cediel Altares.** *Matrona. Supervisora H. Fundación Alcorcón*

**Dña. Teresa Cabrera Sanz.** *Matrona A.P. Madrid*

**Dr. Hugo Sabatino.** *Obstetra y perinatólogo. Fundador del Grupo de Parto alternativo UNICAMP. Profesor de la Universidad de Ciencias Médicas de la Univ. Estadual de Campinas (Brasil)*

**14,00h. CLAUSURA DEL SEMINARIO- Premios Pósteres**



**PI-1. HEMOS CAMBIADO, MERECE LA PENA**

*Rebeca García Valverde, Agurne Cortabarria Barrenetxea-Arando, Arantza Díaz de Monasterioguren Mendiola, M<sup>a</sup> Carmen Yarritu Fernández, Consuelo Barberena Iriarte.*

**PI-2. SE UNO DE LOS PROTAGONISTAS**

*Agurne Cortabarria Barrenetxea-Arando, Arantza Díaz de Monasterioguren Mendiola, Rebeca García Valverde, M<sup>a</sup> Carmen Yarritu Fernández.*

**PI-3. CONTACTO PRECOZ**

*M<sup>a</sup> Carmen Pérez González, M<sup>a</sup> Jesús Dorrego Leal, José Caulonga Fernández.*

**PI-4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES**

*María José Ortiz Arduán, Pilar Toribio Guijarro, Silvia Del Rey Contreras, Ana Gener Climent.*

**PI-5. ¿TE GUSTARÍA QUE FUERA LO PRIMERO QUE TE HICIERAN AL NACER?**

*Esteban Rodrigo Mulero, Pablo Rodríguez Coll, M<sup>a</sup> del Mar Ruiz Carmona, Marcos Camacho Ávila, Beatriz López Muñoz.*

**PI-6. DANZA, AFECTOS Y TEMORES. EXPRESANDO CON EL CUERPO**

*Pilar Toribio Guijarro, M<sup>a</sup> José Ortiz Arduan, Silvia Del Rey Contreras, Ana Gener Climent.*

**PI-7. EN TUS MANOS**

*Julita Fernández Arranz*

**PI-8. MIS PRIMEROS SEGUNDOS DE VIDA**

*Yolanda Varga Gómez, Alejandra Asorey Iglesias.*

**PI-9. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: UNA REALIDAD PARA LA MATRONA**

*Noelia Herranz Márquez, Lucía Nieto Reguero, Tamara Quevedo Fernández.*

**PI-10. ¿POR QUÉ NO?**

*Cristina Vázquez Jiménez, Fco.- Javier Olmedo Porcuna, Carmen Vinelli Páez, Luís Torrecilla Rojas, Juan Antonio Sánchez Guerrero.*

**PI-11. EL YODO EN EL EMBARAZO**

*Rosario Sánchez Garzón*

**PI-12. ¿MEJOR, EL AGUA?**

*Lourdes Rodríguez López, Carmen Lorena Pérez Paredes, Concepción Beneroso Gómez, María Soledad García Porras.*

**PI-13. CONTACTO PRECOZ TRAS CESÁREA. MÁS QUE UN IDEAL UNA REALIDAD**

*Paloma Martínez Serrano, M. Leonor Vivanco Montes, M<sup>a</sup> Teresa Martínez Díaz, Esther Hernández Álvarez, M. Carmen De la Flor Picado.*

**PI-14. PARTO EN CASA: INTIMIDAD Y SEGURIDAD.**

*Rafael Arcángel Caparrós González, Yolanda Fernández Carbelo*

LA EXPOSICION DE LOS POSTERES SERA PERMANENTE HASTA LA  
CLAUSURA DEL SEMINARIO.

SE HARAN VISIONADOS DE LOS MISMOS EN SALA , EN CADA PAUSA Y  
ANTES DEL INICIO DE CADA JORNADA. CIENTIFICA.



**1. ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA**

*M<sup>a</sup> Jesús Borrego Leal, Carmen Pérez González, Dolores Iglesias Vila.*

**2. “¿AMNIOREXIS ARTIFICIAL O ESPONTÁNEA? EL PAPEL DE LA MATRONA”**

*Pablo Rodríguez Coll, Esteban Rodrigo Mulero, M<sup>a</sup> del Mar Ruiz Carmon, Marcos Camacho Ávila, Beatriz López Muñoz.*

**3. “FLORES DE BACH PARA LAS MATRONAS”**

*Margarita Fernández Zárate, Juan Antonio Arroyo Molina, Francisco-Javier Riesco González.*

**4. IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA Y LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER”**

*Juan Antonio Arroyo Molina, Margarita Fernández Zárate, Francisco-Javier Riesco González.*

**5. “EXPERIENCIA DE LA MATERNIDAD EN EL SIGLO XXI”**

*Lourdes Sevilla Miguélez, Pilar Mosteiro Díaz.*

**6. “EL PAPEL DEL AMA DE CRÍA PASIEGA EN LA CRIANZA ESPAÑOLA DURANTE EL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX”**

*Tamara Gómez Pérez, Laura Fiterá Lamas.*

**7. “LA MATRONA Y LA VALORACIÓN DE LA DILATACIÓN CERVICAL: NO TODO SON LOS TACTOS”**

*Marcos Camacho Ávila, María Del Mar Ruiz Carmona, Pablo Rodríguez Coll, Esteban Rodrigo Mulero, Francisca Ávila Rodríguez.*

**8. “ESTIMULO A RESILIENCIA PARA PARTOS EN POSICIÓN DE CUCLILLAS”**

*Sílvia Cordeiro Nogueira, Hugo Sabatino, Andreia Cristina Meneghin, Fernanda Souza Freitas Abbud, Lorena Fatureto Pinto.*

**9. “RESULTADOS PERINATALES DE 985 PARTOS ATENDIDOS EN POSICIÓN HORIZONTAL Y CUCLILLAS EN EMBARAZOS DE BAJO RIESGO”**

*Hugo Sabatino, Sílvia Cordeiro Nogueira, Andreia Cristina Meneghin, Fernanda Souza Freitas Abbud, Lorena Fatureto Pinto.*

**10. “CONOCIMIENTO DE LA UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA Y SUS IMPLICACIONES”**

*M<sup>a</sup> Fe Peñín Fernández, M<sup>a</sup> José Sánchez Marino, M<sup>a</sup> Paz Gómez Ruiz.*

**11. “REALIDAD ACTUAL EN RELACIÓN A LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS”**

*Manuel Murillo Molina, Emilia Monterroso Moreno, Montserrat Vila Butille, Inés Sombrero Torres, Susana Abajo Llama, Mirian Rita Paucar.*

C.

F  
O  
R  
M  
A  
T  
O

P  
O  
S  
T  
E  
R

**12. "NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA UN MAYOR ACERCAMIENTO ENTRE MATRONAS Y GESTANTES"**

*Carmen Lorena Pérez Paredes, Lourdes Rodríguez López, Rosa María Rodríguez López, Ana Belén Pérez Espinosa.*

SE OTORGARAN DOS PREMIOS A LOS MEJORES  
PÓSTERES EN LA SESION DE CLAUSURA



## II - JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS

17 OCTUBRE DE 2009

11:00 HORAS

II - SEMINARIO INTERNACIONAL



ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

JORNADA INFORMATIVA E INTERACTIVA SOBRE LA ATENCIÓN  
AL PARTO, DIRIGIDA A MUJERES Y A TODOS LOS INTERESADOS  
EN LA POLÍTICA ASISTENCIAL. ENTRADA LIBRE

LUGAR: AULA MAGNA "RAMÓN Y CAJAL" DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA. AVENIDA COMPLUTENSE.  
CIUDAD UNIVERSITARIA DE MADRID.

ORGANIZA: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE  
MATRONAS



## JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS

### “LA ATENCION AL PARTO NORMAL”

*...con vosotros y para vosotros”.*

Este es el pensamiento y compromiso de la Asociación Española de Matronas que nos empuja a buscar una amplia participación social y movilización de los profesionales hacia una nueva asistencia al parto y nacimiento.

Los profesionales dispuestos a enfrentar el reto del cambio junto con las instituciones políticas, queremos tener presentes a las mujeres-familias, a la sociedad entera, para hacer posible el surgimiento de una nueva conciencia en cuanto a los desafíos que imponen los cambios y la ruta por la que estos se deben dirigir.

El conocimiento científico y el trabajo de los profesionales deben ir, ineludiblemente unidos, a la capacidad y derecho de participación activa, consciente y transformadora de mujeres y familias para desarrollar un trabajo compartido y responsable **por, para y con la sociedad**, que permita contextualizar la nueva forma de asistencia al parto y nacimiento con base en la realidad.

Por todo ello, la Asociación Española de Matronas invita a mujeres-familias, profesionales y cuantos estén interesados en la Asistencia al Parto y Nacimiento, a esta Jornada de diálogo, intercambio de información, y conocimiento, porque es deber de todos, y seguro, podremos, **cambiar el mundo desde el mismo momento de nacer.**

*Asociación Española de Matronas*



### **COMITÉ ORGANIZADOR**

Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla  
M<sup>a</sup> Teresa del Hierro Gurruchaga  
M<sup>a</sup> Isabel Castelló López  
Concepción Martínez Pastor  
Montserrat Angulo Perea  
Isabel Egúes Jimeno  
Carmen Cuadrado Orduña  
Vega Ortiz García  
M<sup>a</sup> José García Junquera  
Joaquín Maíz Gálvez  
Caty Cediell Altares  
Ana M<sup>a</sup> Martínez Molina  
María Sanz Falcón

### **DIRECTORA**

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

### **ORGANIZA**

Asociación Española de Matronas.  
Avda. Menéndez Pelayo, 93-  
28007-MADRID.  
matronas@asociacion-nacional.com  
[www.seminariointernacionalmatronas09.com](http://www.seminariointernacionalmatronas09.com)

### **SECRETARIA TÉCNICA**

Barceló-viajes.  
Telef. 91-3858571  
Fax:91-3858648  
e-mail:[amparo.perez@amexbarcelo.com](mailto:amparo.perez@amexbarcelo.com)

## EMPRESAS Y ENTIDADES COLABORADORAS



*Universidad Complutense de Madrid*



**PÓSTERES IMPACTO**





# SÉ UNO DE LOS PROTAGONISTAS



Cortabarría Barrenetxea-Arando A., Díaz de Monasterioguren Mendiola A.,  
García Valverde R., Yarritu Fernández M.C.

# CONTACTO PRECOZ

*Beneficios :*

*Ayuda a la lactancia*

*Promueve el vínculo afectivo*

*Mantiene al bebé calmado, seguro y caliente*

MIRAR OIR

SENTIR

*Nos gusta estar en contacto piel con piel ...  
compartiendo emociones y sensaciones!*

*AUTORES:*

*M. Carmen Pérez González, M. Jesús Dorrego Leal, José Caulonga Fernández*

APEGO





**END**  
Embarazo  
No Deseado

**HERPES GENITAL**  
**SIFILIS**  
**HIV**  
**GONORREA**  
**CONDILOMAS**  
**HEPATITIS**  
**ETS**

**Enfermedades de Transmisión Sexual**

**CUIDA DE TUS RELACIONES SEXUALES**

**CUIDA DE TI**

María José Ortiz Arduán, Pilar Toribio Guijarro, Silvia del Rey Contreras, Ana Gener Climent. Matronas Comunidad de Madrid





EXPRESA CON  
LA DANZA  
Y EL CUERPO...

TU MATERNIDAD

Pilar Toribio, María José Ortiz, Silvia del Rey, Ana Gencr.  
Matronas de la Comunidad de Madrid





¿Te gustaría que fuera  
lo primero  
que te hicieran  
al nacer?

RODRIGUEZ COLL, P., CAMACHO AVILA, M., RUIZ CARMONA, M.M., RODRIGO MULERO, E., LOPEZ MUÑOZ, B.  
RESIDENTES 2º AÑO DE LA UNIDAD DOCENTE DE MATRIZAS DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA,  
(ENFERMERA DE DESPLAZADOS CENTRO DE SALUD CABO PADRE (LA MANGA))

# EN TUS MANOS...

Embarazadas... ,Matronas... ,Médicos...

Doulas... ,Enfermeras... ,Fisioterapeutas...



Un parto seguro  
para los dos

"Porque te quiero, te llevo soñando 9 meses, quiero lo

mejor para tí, que nazcas sano, que este parto sea una experiencia plena..."



# *MIS PRIMEROS SEGUNDOS DE VIDA*

## Reanimación Sistemática.



Min. 00,00



Min. 00,57



Min. 02,40



Min. 11,07

## No Reanimación.



Min. 00,00



Min. 00,21



Min. 00,40



Min. 04,00

**¡Es evidente!**





Si queremos humanizar  
cuidados prestando una  
atención integral...  
¿por qué no usamos la  
metodología enfermera?

deterioro de la adaptación, disposición para mejorar el afrontamiento, afrontamiento defensivo, afrontamiento inefectivo, afrontamiento inefectivo, aislamiento, reacción alérgica al látex, patrón de alimentación del lactante, ansiedad, riesgo de aspiración, disposición para mejorar el autoconcepto, baja autoestima situacional, riesgo de conducta desorganizada del lactante, conducta gestora de salud, conflicto de decisiones, conocimientos deficientes, retraso en el crecimiento y desarrollo, riesgo de crecimiento desproporcionado, deterioro de la deglución, deterioro de la función sexual, deterioro de la función urinaria, estreñimiento, fatiga, hipotensión, deterioro de la imagen corporal, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia, riesgo de infección, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad ocular, deterioro de la interacción social, deterioro del intercambio gaseoso, lactancia materna ineficaz, interrupción de la lactancia materna, limpieza ineficaz de las vías aéreas, manejo inefectivo del régimen terapéutico, náuseas, negación ineficaz, disposición para mejorar la nutrición, riesgo de desequilibrio nutricional por exceso, conflicto del rol parental, deterioro parental, patrón sexual inefectivo, interrupción de los procesos familiares, cansancio del rol de cuidador, deterioro del patrón del sueño, sufrimiento espiritual, riesgo de suicidio, termorregulación ineficaz, riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño, déficit de volumen de









Unidad Docente de Matronas

Comunidad de Madrid

# MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

*Una realidad para la matrona*

**7.165**

**MUJERES**  
de la Comunidad de Madrid

Proceden de países de África  
subsahariana donde es habitual la MGF

**¿QUIÉN** se responsabiliza  
de su salud?

**¿CÓMO**  
prevenimos su  
perpetuación?

*\* La MATRONA es la responsable de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la parcela sexual y reproductiva de la mujer.*

*\* La EDUCACIÓN PARA LA SALUD es básica y necesaria en la erradicación de la MGF.*

Autores: Herranz Márquez, N.; Nieto Reguero, C.L.; Quevedo Fernández, I.



## El yodo en el embarazo

Cuando utiliza **povidona yodada**  
¿sabe qué cantidad de yodo está administrando?

El yodo administrado correctamente,  
es necesario para el adecuado  
desarrollo de sistema nervioso del feto.

Los requerimientos de yodo  
son mayores en la mujer embarazada  
y durante la lactancia.

La dosis recomendada de yodo al día  
en mujeres embarazadas, en la lactancia  
y en aquellas que estén planeando un embarazo,  
es de al menos 200 mcg.

Guía para La Prevención de Defectos Congénitos del Ministerio de Sanidad.



Rosario Sánchez Garzón

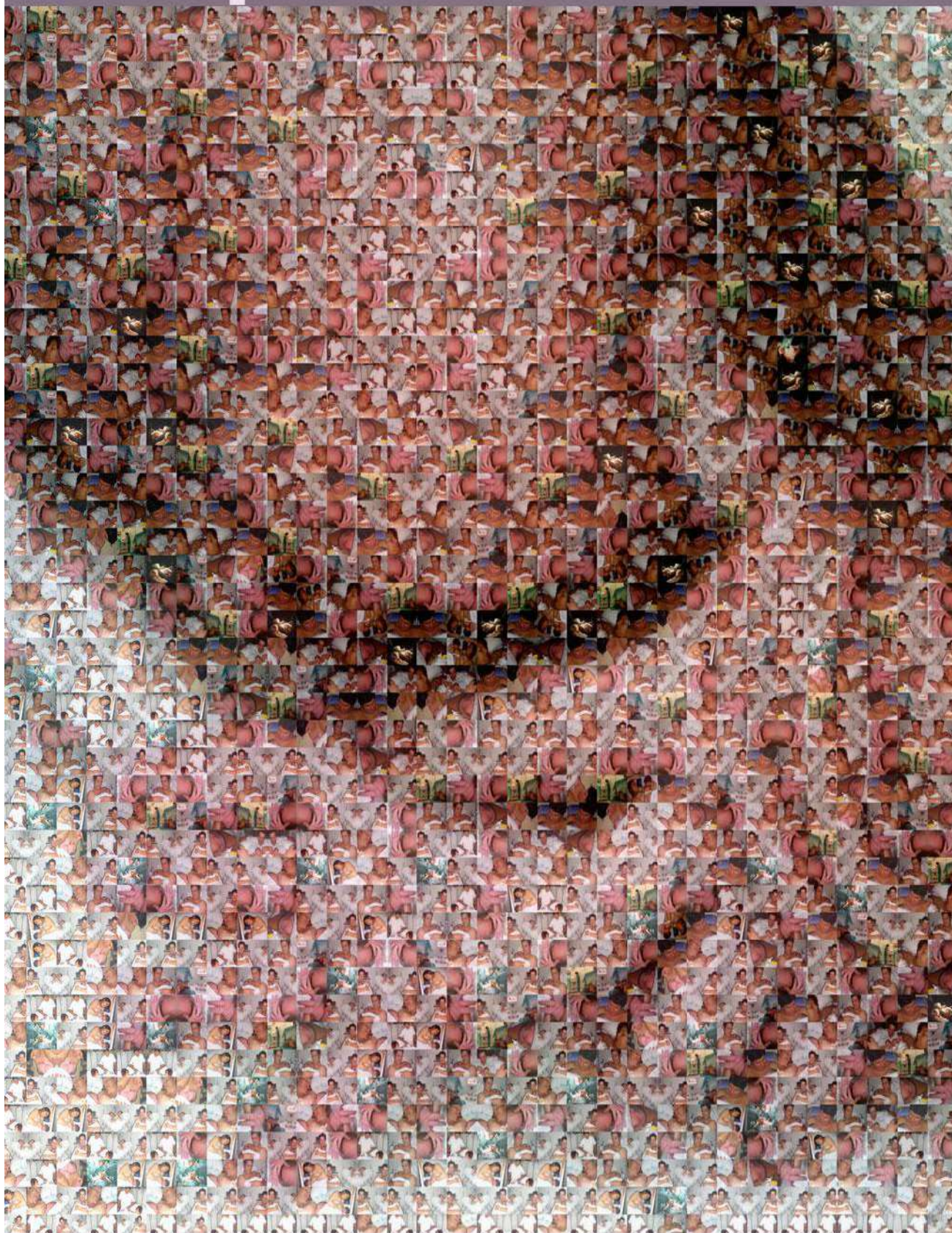
Matrona Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Madrid.  
Profesora de la Unidad Docente del Hospital Puerta de Hierro de Madrid  
Profesora de C.E.U.

Con la colaboración de:

 RECORDATI GROUP  
**RECORDATI ESPAÑA**



# **Contacto Precoz Tras Cesárea. Más que un ideal una realidad.**



**P. Martínez Serrano - M. L. Vivanco Montes -  
M. T. Martínez Díaz - E. Hernández Álvarez - M. C. De La Flor Picado**



# PARTO EN CASA: INTIMIDAD Y SEGURIDAD

Yolanda Fernández Carbelo. Rafael Arcángel Caparrós González.

Matronas Hospital Poniente.El Ejido.Almería.

**Introducción.** El exceso de medicalización en la asistencia al parto llevan a muchas mujeres y profesionales a optar por la **asistencia domiciliaria del parto**.

**Material y método.** **Revisión bibliográfica** en bases de datos en español e inglés, seleccionándose los artículos más recientes.

## Resultados.

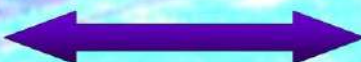
DIGNIDAD MATERNA  
Y  
DEL RECIEN NACIDO



SEGURIDAD  
Y  
MENOS INTERVENCIONISMO



NO  
AUMENTA EL RIESGO



**Conclusiones.** Basándonos en la **evidencia científica** revisada consideramos el parto domiciliario como una **opción** segura en la cual la mujer es la protagonista junto con su familia y el cuidado de la **matrona**.

**COMUNICACIONES FORMATO POSTER**



# ANTICONCEPCIÓN Y LACTANCIA

## AUTORAS:

M<sup>a</sup> Jesús Domínguez Leal, Carmen Pérez González, Dolores Iglesias Mías  
Matronas Atención Primaria, A. S. Santiago de Compostela.

EL ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO DURANTE EL POSPARTO REDUCE EL RIESGO DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO INFANTIL AL PROLONGAR LOS INTERVALOS ENTRE LOS NACIMIENTOS.

En la elección de un anticonceptivo además de las preferencias de la usuaria, hay que tener en cuenta que el puerperio es una situación procoagulante donde existen cambios anatómicos que se normalizarán en las semanas posparto (involución uterina). El método anticonceptivo de elección no debe interferir con la lactancia materna.

## ANTICONCEPCIÓN POSPARTO EN LA MUJER QUE LACTA.

- **METODO MELA:** La Lactancia Natural como método anticonceptivo tiene una eficacia del 98% siempre que la madre se mantenga en amenorrea, el niño/a tenga menos de 6 meses y la lactancia materna sea exclusiva.
- **PRESERVATIVO Y ESPERMICIDAS:** pueden usarse desde el puerperio inicial.
- **DIAPHRAGMA:** se debe esperar seis semanas posparto por la atrofia de la pared vaginal.
- **DIU y DIU con progesterona:** Pueden insertarse desde el posparto inmediato, pero el mayor índice de expulsiones, hace que se recomiende esperar uno o dos meses después del parto.
- **LA MINIPÍLORA DE GESTÁGENOS:** no interfiere con la lactancia ni aumenta el tromboembolismo y se recomiendan a partir de la 6ª semana; igualmente sucede con los gestágenos inyectables y los implantes.
- **LOS ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS:** están contraindicados porque interfieren en la producción láctea.
- **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA:** Es un excelente método para las mujeres que no desean más hijos.

## ANTICONCEPCIÓN POSPARTO EN LA MUJER QUE NO LACTA.

La mujer que no lacta tiene las mismas opciones anticonceptivas que la que sí está lactando, excepto el MELA, pero existen diferencias en cuanto al momento de inicio de los mismos:

- Los anticonceptivos de sólo gestágenos pueden usarse inmediatamente después del parto.
- Cuando se usan los anticonceptivos combinados, es conveniente iniciar a las tres semanas del puerperio cuando el riesgo de tromboembolismo ha disminuido. Si el parto fue por cesárea, se comenzará el tratamiento a las 6 semanas.

## CONCLUSIONES:

1. Los métodos contraceptivos más indicados durante la lactancia son el preservativo y los gestágenos. El DIU debe insertarse después de seis semanas posparto. Los anticonceptivos combinados están contraindicados.
2. Los métodos basados en el control de los días fértiles no son recomendables en el puerperio.
3. En las primeras semanas posparto, los métodos no hormonales - preservativo y espermicidas - son de primera elección.
4. No se deben utilizar anticonceptivos hormonales combinados en las primeras tres semanas posparto.
5. Los métodos de sólo gestágenos pueden iniciarse pasadas 6 semanas del parto, pero en el caso de lactancia artificial, se podrían utilizar desde el posparto inmediato.

## REFERENCIAS:

1. Smith G, Pell J, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death, a retrospective cohort study. *BMJ* 2003; 327: 313. PMID: 12907483. *Evid actual pract amb* 2005; 8:77.
2. Family Health International (FHI). Declaración de consenso. El método de lactancia y amenorrea para la planificación familiar.
3. World Health Organization. Medical Eligibility criteria for contraceptive use. Third edition, 2004 - ISBN 92 4 156266 8.
4. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2009. Progestogen-only contraceptive use during lactation and its effect on the neonate.





SANTA MARÍA DEL ROSELL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO

## ¿AMNIORREXIS ARTIFICIAL O ESPONTÁNEA? EL PAPEL DE LA MATRONA

RODRIGUEZ COLL.P<sup>1</sup>, RODRIGO MULERO.E<sup>1</sup>, RUIZ CARMONA.M<sup>1</sup>, CAMACHO AVILA.M<sup>1</sup>, LOPEZ MUÑOZ.B<sup>#</sup>  
<sup>1</sup> RESIDENTES 2º AÑO DE LA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA,  
 ENFERMERA DE DESPLAZADOS CENTRO DE SALUD CABO PALOS ( LA MANGA)

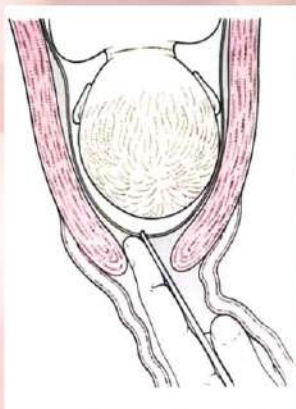
### Antecedentes y objetivos

La rotura artificial e intencional de membranas en el trabajo de parto " amniotomía o "romper la bolsa", es uno de los procedimientos más utilizados en la práctica moderna de la obstetricia llegando incluso a realizarse de manera sistemática en algunos centros. Su principal objetivo es acelerar las contracciones y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto. Sin embargo, existen dudas respecto a los efectos adversos no intencionales sobre la mujer y el recién nacido.

Es por ello que la **matrona** tiene un papel fundamental en este proceso y debe conocer los efectos de la amniotomía en el trabajo de parto, así como los inconvenientes de la misma.

Los objetivos a desarrollar son:

- Informar a las matronas acerca de la importancia que la amniotomía tiene en el trabajo de parto.
- Actualizar los conocimientos de la matrona acerca de los recientes estudios de los inconvenientes del procedimiento.



### Material y Método

Recopilación de artículos y revisiones publicadas en la base de datos Cochrane y Medline así como en las bibliografías de los estudios relevantes.

Utilización de las palabras claves: amniorrexis, amniotomía, parto.

### Bibliografía

- 1.Smyth RM, Aldred SK, Marikam C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev. 2007(4):CD006167.
- 2.Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carroll G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2): CD000015.
- 3.Schwartz R, Strada Szencz E, Althabe O, Fernandez Funes J, Caldeyrobarcia R. Pressure exerted by uterine contractions on the head of a human fetus during labor. In: Perinatal Factors Affecting Human Development. Washington D.C.: FAHO; 1968. p. 115.
4. Zamudio AE. Prolapso de cordón umbilical. Hospital Central No 1, 1966-1973. Tesis para obtener el grado de bachiller. Facultad de Medicina, UNMSM. 1974.

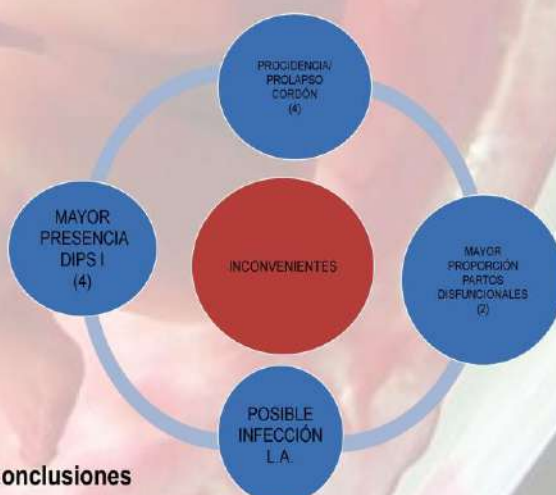
### Resultados

Del resultado de los estudios de referencia se desprende que no existen diferencias significativas en la introducción de la amniotomía como parte del tratamiento y el cuidado estándar durante el trabajo de parto.(1)

Numerosas revisiones concluyen que la amniotomía sistemática altera la evolución fisiológica del trabajo de parto, acortándolo hasta 50 minutos en promedio; sin embargo, este acortamiento no tiene trascendencia clínica ni para el feto ni para la madre. Por el contrario, su práctica de rutina puede aumentar el número de partos disfuncionales y un Apgar menor de siete a los cinco minutos.(2)



Los inconvenientes demostrados en diferentes ensayos clínicos que la matrona debe conocer para la realización de la amniorrexis son:



### Conclusiones

Las matronas como soporte fundamental en el proceso del parto, deben promover la evolución fisiológica del parto y reservar la amniotomía para aquellos partos con una evolución lenta ya que los estudios disponibles acerca de la amniorrexis artificial no muestran diferencias significativas frente a la amniorrexis espontánea.



# Flores de Bach para las matronas

## Introducción:

El trabajo de las matronas se mueve en el campo fisiológico de todo un grupo de emociones que vivimos a diario en nuestro trabajo, que es el nacimiento, el inicio de la vida de muchos bebés, nuestro acompañamiento durante todo el proceso del nacimiento está impregnado de un grupo de emociones como es, el miedo, la incertidumbre, las dudas, la soledad, el desánimo, la angustia, el temor, e incluso en algunas ocasiones pánico, la susceptibilidad de las influencias e ideas ajenas, y la preocupación excesiva por las circunstancias que rodean a todo el proceso del parto, que en muchas ocasiones vivimos con verdadero stress.

Estas emociones que vivimos en nuestro quehacer diario no son patológicas, pero en algunas ocasiones y situaciones sería útil una pequeña ayuda holística para poder enfrentarnos a ellas con mayor claridad psíquica, física y mental.

## Definición:

¿Qué son las flores de Bach? Son preparados naturales de flores silvestres, cuyas propiedades terapéuticas fueron descubiertas por el Dr. Edward Bach, médico bacteriólogo y homeópata inglés, entre los años 1928 y 1936. Los 38 remedios descubiertos por el Dr. Bach forman un sistema de curación que actúan sobre nuestro estado emocional, cada una de ellas para un estado emocional específico, además de una combinación de cinco de las flores, diseñadas para situaciones difíciles y apremiantes, que es el llamado Remedy Rescue (Remedio rescate).

Desde 1976 la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda a sus estados asociados la aplicación de medicinas alternativas, entre ellas la Terapia Floral de Bach.

En este sentido, la OMS, publicó en 1983 un estudio dirigido a las administraciones sanitarias de sus estados miembros, donde recomienda explícitamente la Terapia de Bach. ("Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé" OMS Genève pg. 162.)

Las flores del Dr. Bach, como otras formas de medicina natural, actúan tratando al individuo, no a la enfermedad ni los síntomas de la enfermedad, trabajan específicamente sobre la condición emocional de la persona. Según la filosofía del Dr. Bach, de este modo tratando los temores, preocupaciones, inquietudes, las personas se verán libres de la enfermedad y se restablecerá la armonía entre el alma y la mente. Su terapia floral se utiliza principalmente para tratar estos sentimientos.

## Objetivo:

Dar a conocer con este sencillo método con propiedades terapéuticas, algunas flores o arbustos silvestres que tomadas en preparados orales o friccionadas en nuestras manos, serían las más adecuadas para utilizar en determinadas situaciones en nuestro trabajo.

## Contenido:

Se han seleccionado algunas flores del sistema floral del Dr. Bach que serían las indicadas para armonizar algunas emociones y situaciones que vivimos las matronas en el día a día.

## Conclusiones:

Las flores de Bach son un método que actúan sobre todos los campos del ser: mental, emocional, físico y espiritual, las esencias florales conservan parte del patrón vibracional de la planta, este patrón tiene cualidades terapéuticas, la esencia floral no producen efectos colaterales ni secundarios, no dañan ningún órgano porque no actúan sobre ellos. Son una herramienta de medicina holística y natural que puede ser utilizada por las matronas en nuestros paritorios y Atención Primaria.

**Autores:** Fernández Zárate, Margarita. Arroyo Molina, Juan Antonio. Riesco González, Francisco Javier.  
Matronas (Área Sanitaria Campo de Gibraltar, Cádiz). E-mail: rasclosa3@hotmail.com





# Identificación e intervención de los profesionales sanitarios en la prevención de la violencia infligida por la pareja y la salud reproductiva de la mujer

## Justificación:

Consideramos la violencia doméstica y de género no sólo un importante problema de salud pública con intensa repercusión social sino también con graves consecuencias físicas y psicológicas tanto para la víctima como para la familia.

## Definición:

Se define la violencia durante el embarazo como "Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada".

Las mujeres embarazadas sufren en mayor proporción el riesgo de la violencia doméstica: Hay hombres que viven el embarazo como una amenaza para su dominio. La razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es, el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido.

La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. "Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estas van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales".

## Consecuencias:

- ❖ Repercusiones físicas
- ❖ Repercusiones psicológicas

## Factores de riesgo:

- Ser madre adolescente
- Embarazo no deseado
- Insuficiente control del embarazo
- Consumo de alcohol y otras drogas
- Apoyo social deficiente
- Mayor número de infecciones de transmisión sexual.

## Objetivo:

Concienciarnos como profesionales sanitarios, así como sensibilizarnos y formarnos; nuestra intervención es necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral, y coordinado con otros profesionales e instituciones.

## Metodología:

Consideramos que las consecuencias de la violencia son tan importantes que nos parece necesario incluir su detección/cribado como parte integrante de los programas de control y seguimiento del embarazo.

Componentes de ese cribado sistemático son:

- Revisión de la historia clínica.
- Observación del comportamiento de la mujer.
- Observación del comportamiento de la pareja.
- Preguntar directamente realizando una escucha activa, amablemente y sin juzgar.
- Registrar las respuestas de la mujer en su historia clínica.
- Información sobre recursos disponibles.

## Conclusión:

La matrona posee un potencial único para abordar la violencia de género, en particular a través de los servicios de salud reproductiva, a los que acuden la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida.

## Autores:

Arroyo Molina, Juan Antº; Fernández Zárate, Margarita; Riesco González, F. Javier  
(Matronas Área Sanitaria Campo de Gibraltar, Cádiz).

E-mail: javiriesco75@hotmail.com





# LA MATERNIDAD EN EL SIGLO XXI



Autoras: \* Sevilla Miqueluz Lourdes; \*\* Medeiros Díaz, Pilar

\* Profesora de la Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla" de la Universidad de Cantabria

\*\* Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Oviedo

## INTRODUCCIÓN

Al referirnos al nacimiento, no hablamos tanto el parto que tiene lugar en la mujer-madre, como el nacimiento de la hija. Ambos sucesos están tan intrínsecamente entrelazados que llegan a fundirse. Además, consideramos que la mujer suele estar acompañada, bien sea por su pareja o por sus familiares, pero, sobre todo, se ha encontrado presente tradicionalmente, la figura de una persona considerada experta que, dependiendo de aspectos tan variados como el contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el tiempo histórico en el que ocurre el nacimiento, puede ser la comadrona, el obstetra u otra persona con experiencia en el oficio, o simplemente mujeres que han pasado por la misma experiencia.

En nuestro contexto el sistema de atención profesional a los sucesos que engloban el nacimiento, es asumido por la medicina oficial, también llamada aléutica o biomédica y será esta institución, el referente para el análisis.

Los movimientos de lucha en favor de la mujer, han tenido una influencia decisiva en el papel que la mujer desempeña dentro de la familia. Así hoy en día, el valor de los hijos, sobre todo del número de hijos, es totalmente distinto en los países desarrollados que en los países en desarrollo. Vamos como en la actualidad en nuestro país, debido a las condiciones socioeconómicas y personales, el número de hijos por pareja es menor, que hace veinte años. Llegando a la conclusión de la importancia que tiene tener hijos a años y la gran trascendencia que tiene el vivir el nacimiento como única experiencia.

Son muchos y rápidos los cambios que experimentaron las sociedades de países industrializados como España. Tales cambios afectan al funcionamiento económico y social, así como a las formas de vida de la población, y repercuten directa o indirectamente en la decisión y la capacidad de afrontar el proceso de la maternidad.

Objetivos:

Explorar los sentimientos percibidos por la madre en el momento del diagnóstico del embarazo.

Explorar la influencia de la edad en la vivencia del parto.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo transversal.

Población-muestra: El número total de partos en el año 2007 fue de 3684, de los cuales 2005 fueron eutócicos, 760 eutócicos (vía clínica), 893 cesáreas y 206 partos instrumentales.

Se realizó una muestra de grupos homogéneos, eligiendo 25 mujeres de cada grupo por saturación de datos: 125 Mujeres ingresadas por parto en la Unidad de Puérperio de un hospital de primer nivel, institución de titularidad pública.

Criterios de inclusión:

Mujeres con parto por vía vaginal, parto instrumental, cesárea electiva y cesárea no programada y que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Mujeres que no acepten participar en el estudio o mujeres que por su situación médica no sea posible completar el estudio.



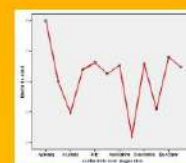
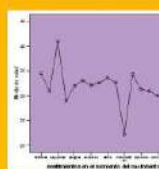
## RESULTADOS



| Edad gestante | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Castañal      | 89         | 71.2       |
| San Andrés    | 5          | 7.2        |
| General       | 11         | 8.8        |
| Rapidos       | 18         | 14.8       |



| Tratamiento post-parto                          | NP  | Porcentaje |
|-------------------------------------------------|-----|------------|
| Monitorización, oxígeno, aspiración             | 18  | 7.2%       |
| BP                                              | 61  | 24.8%      |
| UPT (Uterotónico) a la hora de parto            | 2   | 0.8%       |
| Parto vaginal                                   | 25  | 10%        |
| Curioso                                         | 1   | 0.4%       |
| Anestesia epidural                              | 6   | 2.4%       |
| Intervención                                    | 1   | 0.4%       |
| Other                                           | 7   | 2.8%       |
| Anestesia de parto                              | 6   | 2.4%       |
| Cesárea electiva                                | 25  | 10%        |
| Cesárea instrumental                            | 1   | 0.4%       |
| Parto vaginal                                   | 1   | 0.4%       |
| Parto instrumental                              | 6   | 2.4%       |
| BP (parto vaginal) a la hora de parto           | 1   | 0.4%       |
| Intervención (parto vaginal) a la hora de parto | 2   | 0.8%       |
| Intervención                                    | 1   | 0.4%       |
| Other                                           | 138 | 55.2%      |



## DISCUSIÓN

Un 58,4% del total de mujeres del estudio son mayores de 30 años. Cifras que no se alejan mucho de las publicadas por el Instituto de Política Familiar 98, que son las siguientes: Las mujeres españolas las que más tarde tiene los hijos (30,84 años), seguidas de las de Irlanda (30,6), Holanda (30,4) y Dinamarca (30,1 años).

En el retraso de la maternidad en la sociedad española, sin duda intervienen factores sociales y culturales, tales como la emergencia de nuevos estilos de vida; la mayor retención de los jóvenes a comprometerse en la formación de una familia; la voluntad de las mujeres con estudios de plantearse la maternidad tras haber cumplido una serie de hitos en el terreno profesional; o la exigencia de contar con una estabilidad económica, en el contexto de un aumento generalizado de los niveles de consumo.

En nuestro estudio hemos encontrado que el trabajar o no fuera de casa, influye en tener más o menos hijos, dándose la circunstancia que las mujeres que trabajan fuera de casa, casi un 76% son primíparas.

El número de nacimientos de madre extranjera, suponen en España, un 16,46% del total según los datos provisionales del Movimiento Natural de Población publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en Cantabria según los datos remitidos por el Instituto Cantabro de Estadística, disminuye al 8,19%, dato que se aproxima al recogido en nuestro estudio, que fue del 6,8%.

El control del dolor se ha convertido en una de las razones principales del actuar del médico. El uso rutinario de la anestesia ha generado la convicción de que para sin este recurso, está fuera de la capacidad de tolerancia de la mujer. Partiendo de la anestesia se llega a producir una cascada de hechos que desembocan en la completa y total medicalización del proceso del nacimiento.

Cuando analizamos los motivos que les preocupan antes del parto vemos que en un 33,2% de las mujeres temen al dolor, dato llamativo, teniendo en cuenta que el 92,8% de las mujeres reciben algún tipo de anestesia, queremos destacar lo que Andrade 98 observó en su estudio: *Factores culturales que interfieren en las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto*, esta autora dice que en su estudio la estructura física del centro obstétrico contribuye a intensificar el miedo de las mujeres en trabajo de parto en el instante en que no se les ofrece privacidad, pienso que esto se puede transpalar a nuestro caso, puesto que las instalaciones fueron realizadas en función de la comodidad de las personas que trabajaban en ellos y muy poco en la de la madre, con lo que suelen ser zonas ruidosas y rútmicas muy coercitivas como la monitorización y la estimulación con oxitocina por vía endovenosa en casi al 100% de las mujeres en trabajo de parto, que no les permite moverse, o al menos, tienen una movilidad muy limitada.

La edad influye en los sentimientos expresados ante la noticia del embarazo, así observamos, que tanto las mujeres muy jóvenes como las de más de 35 años expresan sentimientos más negativos, aunque la mayoría experimentó sentimientos positivos, lo mismo ocurre con relación a los sentimientos expresados en el momento del nacimiento de su hijo.

## CONCLUSIONES

Un 61,6% de las mujeres, refinaron sentimientos positivos al conocer la noticia del embarazo, aún no habiéndolo planificado.

El 60,6% manifestaron haber experimentado momentos de intranquilidad durante el embarazo.

Destaca que el 17,6% de las mujeres se mostraron preocupadas por el dolor al parto, cuando casi el 100% recibió anestesia epidural.

## BIBLIOGRAFÍA

- Delgado M, Zamora F, Santos L. Déficit de fecundidad en España: factores demográficos que operan sobre una tasa muy inferior al nivel de reemplazo. REIS 2008;115:197-222.
- Caughy A, Stotland N, Washington A, Escobar G. Maternal Complications of Pregnancy Increase Beyond 40 Weeks' Gestation. Am J Obstet Gynecol 2007;196(2):155-158.
- Martel Navarro G, del Mar García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit 2004;18:13-23.
- Alvarez Nieto C, Linares Abad M, García Camazo M. Actitudes de las parejas hacia la maternidad y la descendencia. Sumuntan 2007;24:29/10/2007-300.
- Peleschano V, Matud M. Concomitantes psicológicos en la gestación. Psicol C 1990;4(8):267-305.







# La matrona y la valoración de la dilatación cervical:

## NO TODO SON LOS TACTOS



Autores: Camacho Ávila, Marcos; Ruiz Carmona, M<sup>a</sup> Del Mar; Rodríguez Coll, Pablo; Rodrigo Mulero, Esteban; Ávila Rodríguez, Francisca. Residentes matron/a UD, Murcia

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la valoración de la dilatación cervical y el progreso del parto se realizan mayoritariamente a través de los tactos vaginales, que han ido desplazando poco a poco a otros métodos menos invasivos.

La OMS, expone que el número de tactos vaginales se deben limitar a lo estrictamente necesario y recomienda que se realicen cada 4h. La FAME también se une a esta idea. Y La SEGO en su protocolo de atención del parto normal de 2007 recomienda entre 2-4h. Además, los tactos vaginales suponen una fuente de ansiedad, de invasión de la intimidad; muchas veces las mujeres sienten este procedimiento como doloroso e incómodo.

### OBJETIVOS

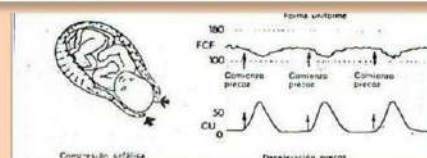
- Revisión bibliográfica de distintos métodos de evaluación de la dilatación cervical
- Dar a conocer entre matronas/es, otros métodos de valoración de la dilatación cervical, distintos al tacto vaginal.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en base de datos como CUIDEN, MedLine, PubMed, Cochrane y distintos libros y tratados de obstetricia; utilizando como palabras claves: matrona, parto, dilatación cervical, tacto vaginal.

### RESULTADOS

•DIPs tipo I, en el RCTG: Cuando aparecen este tipo de registro en el monitor, desaceleraciones que coinciden con la contracción, no son signo de mal pronóstico, sino de compresión cefálica, esto sucede cuando la mujer está en dilatación completa y la presentación va bajando por el canal del parto.



•Rombo Michaelis:  
Cuando este aparece en la mujer que esta de parto es indicativo de dilatación completa en mujeres cuya posición permite un ligero desplazamiento del triángulo formado por el cóccix, sacro y últimas vértebras lumbares.



•Línea púrpura: Es una línea de este color que aparece en el ano cuando comienza la dilatación y que, conforme progresa esta va ascendiendo. Cuando llega a dilatación completa, la línea alcanza el cóccix.



•Comportamiento de la mujer: En la fase latente la mujer permanece quieta, comunicativa. Mientras que en una fase activa, son respiraciones forzadas, sonidos potentes y necesidad de pujar.

•Secreciones Vaginales: Al observar la vulva de la mujer, aparece una secreción entre sanguinolenta y clara, espesa, tipo moco. Esto es indicativo sino de dilatación completa sí que la mujer tiene como mínimo una dilatación cervical de 8-9 cm.

•Palpación abdominal: A través de una palpación abdominal podemos conocer donde está la presentación, se evalúa el descenso de la cabeza fetal en términos de quintos palpables por encima de la sínfisis del pubis.



### CONCLUSIÓN

La intimidad y la privacidad son muy importantes para el progreso normal del parto, según dice Michel Odent. Limitar el número de tactos vaginales a los necesarios no van ayudar en ese sentido. Es importante que las matronas conozcan otros métodos para valorar el progreso del parto, que no sean solo los tactos, puesto que existe una amplia variedad de signos y síntomas que nos van a indicar esto.





## Universidade Estadual de Campinas Facultad de Ciencias Médicas Grupo de Parto Alternativo

### ESTIMULO A RESILIENCIA PARA PARTOS EN POSICIÓN DE CUCILLAS

CORDEIRO, S. N.<sup>1</sup>; SABATINO H.<sup>2</sup>; MENEGHIN A.C.<sup>3</sup>; ABBUD F.S.F.<sup>4</sup>; PINTO L.F.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doctora Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias Médicas – Unicamp – Brasil, email: [silviane2000@hotmail.com.br](mailto:silviane2000@hotmail.com.br)

<sup>2</sup> Departamento de Obstetricia e Ginecologia, Facultad de Ciencias Médicas – Unicamp, SP, Brasil, email: [sabatino@fmed.unicamp.br](mailto:sabatino@fmed.unicamp.br)

<sup>3</sup> Enfermera Pontificia Universidad Católica de Campinas, Colaboradora del Grupo de Parto Alternativo, email: [desa-meneghin@hotmail.com](mailto:desa-meneghin@hotmail.com)

<sup>4</sup> Especialista en Enfermería Obstétrica Escuela de Enfermeras de Ribeirão Preto / USP, Colaboradora del Grupo de Parto Alternativo, email: [terrefas.enf@uol.com.br](mailto:terrefas.enf@uol.com.br)

<sup>5</sup> Enfermera Universidad de San Pablo, Colaboradora del Grupo de Parto Alternativo, email: [kornafatunelo@gmail.com](mailto:kornafatunelo@gmail.com)

Distribución del Término del Parto

#### Introducción:

La palabra resiliencia se origina del latín, resilio, re+salio, que significa "ser elástico". En 1807, surgió en el escenario científico moderno, siendo utilizada a partir de entonces en las áreas de ciencias exactas, humanas y de la salud. En todas las áreas se caracteriza por un proceso capaz de sufrir modificaciones dentro de la adversidad, sin perjuicio posterior, reorganizando el mismo de manera eficaz. En este trabajo evaluamos el impacto en mujeres que fueron preparadas con este método reflejado en la forma en que finalizaron sus partos.

La forma de finalización del parto en embarazos de bajo riesgo, está influenciada por múltiples factores intimamente ligados a costumbres regionales e individuales de las parejas.

Desde el año 1980 el Grupo de Parto Alternativo de la UNICAMP incentiva a las parejas embarazadas a una participación activa en todo el periodo gravídico-puerperal en embarazos de bajo riesgo. Durante este periodo se estimulan los pilares de la resiliencia, a saber: la empatía, la iniciativa, el sentido de vida, la conciencia social, la confianza la introspección, la capacidad de relación, el humor, la creatividad, y la independencia de la pareja. Simultáneamente incentivamos los pilares de la humanización, que están relacionados con: el respeto a los procesos fisiológicos del mismo periodo (parto natural en posición de cucillas, evitando drogas analgésicas y anestésicas); respeto a las costumbres regionales e individuales de la parejas (simplificando rígidos protocolos de los hospitales) y estímulo a la participación multiprofesional (médicos, enfermeras, doulas, psicólogos, fisioterapeutas, etc.).

#### Objetivo:

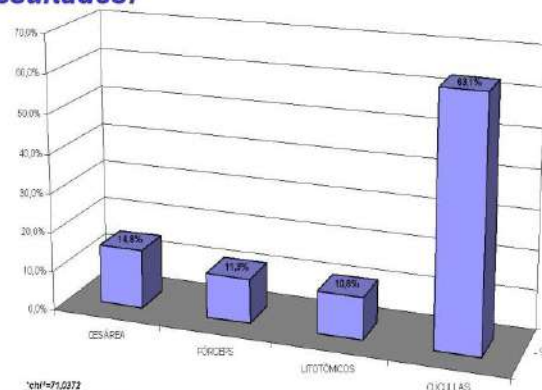
Evaluar los beneficios del método resiliente utilizado en la preparación a través de la forma de finalización del parto.

#### Sujetos y Método:

Estudio analítico retrospectivo transversal, realizado mediante el estudio de datos en relación con la forma de finalización del parto de 985 partos consecutivos de todas las mujeres que se prepararon en el citado grupo en el periodo de 1980 hasta 2004. Todos los partos fueron realizados por médicos residentes en el Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer de la UNICAMP. La forma de finalización del parto fue clasificada en: cesárea, fórceps, litotómico, cucillas.



#### Resultados:



#### Conclusión:

El método de preparación fue eficiente para obtener un número significativo de partos con la mujer en posición de cucillas, sin la necesidad de utilización de drogas o métodos analgésicos. Los partos que terminaron en cesáreas y fórceps se justifican por la necesidad de respetar una indicación médica para preservar la salud de la madre y de su hijo o ambos. Los casos terminados en litotomía (10,8%) obedecieron a petición de las propias mujeres que desistieron voluntariamente de la posición vertical en el momento del parto, siendo necesario realizar una analgesia (peridural) para abolir los dolores del parto. El porcentaje de cesáreas fue compatible con la preconizada por la Organización Mundial de la Salud que es de 15%. Por la efectividad del método y su bajo coste aconsejamos su utilización en la preparación para partos en posición de cucillas (63,1%) o posiciones similares en gestaciones de bajo riesgo obstétrico.

#### Bibliografía:

MELILLO, A. et al. *Resiliência y Subjetividade – Los Ciclos de la Vida*. 1 ed. Buenos Aires: Paidós, 2004.

ROBBIE, Davis-Floyd. *Paradigmas del nacimiento en Evolución: Desde el Modelo Tecnocrático para los Humanísticos y Holísticos*. In: *Libro electrónico Atención al Nacimiento Humanizado* editor H. Sabatino; ISBN 907312; 2007.

SABATINO, H. OJEDA, E. N. S.; CORDEIRO, S. N. *Método de resiliencia em La preparación al nacimiento*. In: *Libro electrónico Atención al Nacimiento Humanizado* editor H. Sabatino; ISBN 907312; 2007.







## Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas Grupo de Parto Alternativo

### RESULTADOS PERINATALES DE 985 PARTOS ATENDIDOS EN POSICIÓN HORIZONTAL Y DE CUCILLAS EN EMBARAZOS DE BAJO RIESGO

SABATINO H.<sup>1</sup>; CORDEIRO, S. N.<sup>2</sup> MENEGHIN A.C.<sup>3</sup>; ABBUD F.S.F.<sup>4</sup>; PINTO L.F.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doctor Departamento de Obstetricia y Ginecología. Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, SP, Brasil, email: [hsabatino@uol.com.br](mailto:hsabatino@uol.com.br)

<sup>2</sup> Doctora Departamento de Obstetricia y Ginecología. Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp – Brasil, email: [silvianc2000@hotmail.com.br](mailto:silvianc2000@hotmail.com.br)

<sup>3</sup> Enfermera Pontificia Universidad Católica de Campinas. Colaboradora del Grupo de Parto Alternativo, email: [daia-meneghin@hotmail.com](mailto:daia-meneghin@hotmail.com)

<sup>4</sup> Especialista en Enfermería Obstétrica Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto / USP. Colaboradora del Grupo de Parto Alternativo, email: [ferreiras.enf@bol.com.br](mailto:ferreiras.enf@bol.com.br)

<sup>5</sup> Enfermera Universidad de San Pablo. Colaboradora del Grupo de Parto Alternativo, email: [lornafatureto@gmail.com](mailto:lornafatureto@gmail.com)

#### Introducción:

Existen evidencias de que la posición de cucillas utilizada por la mujer en el momento del parto presenta ventajas comparada con otras posiciones. Estas ventajas están íntimamente relacionadas con factores maternos, tales como: no compresión de los grandes vasos (aorta y vena cava), aumento de los diámetros del canal del parto, ayuda de la fuerza de la gravedad, disminución de la presión vaginal, por citar los más importantes. Estos factores pueden a su vez, determinar el resultado final del nacimiento. Este resultado será analizado en este trabajo, a través del estado de salud del recién nacido al nacer, comparando partos atendidos en posición horizontal y en cucillas.

#### Objetivo:

En este trabajo cuantificamos la repercusión de la posición de la madre en el momento del parto sobre el estado de salud del recién nacido.

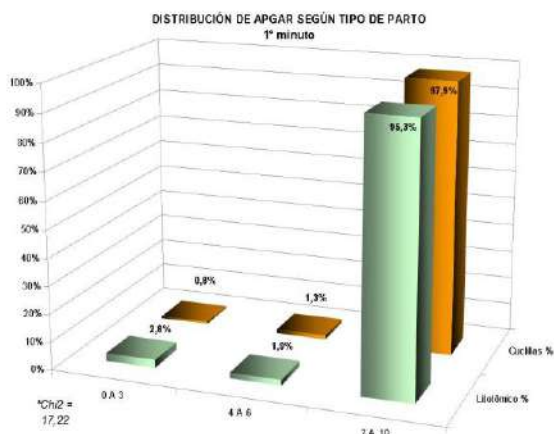
#### Material y Método:

Analizamos 985 nacimientos consecutivos de parejas que nos eligieron voluntariamente para que sus partos fueran atendidos en posición de cucillas. Todas las parejas frecuentaron nuestro curso de preparación denominado de "Método Resiliente". Identificamos los casos según la forma de término del parto en 4 grupos a saber: A) Grupo de Cucillas (N=622); B) Grupo de Litotomía (N=106). C) Grupo Fórceps (N=111); y D) Grupo Cesáreas (N=146).

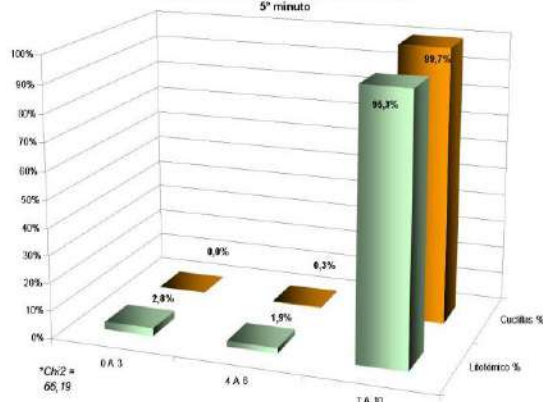
En este trabajo analizaremos los resultados obtenidos comparando los grupos A y B que corresponden a 728 casos. Dejamos de lado los otros dos grupos porque la forma de término del parto fue decidida por un diagnóstico médico para resguardo de la salud de la madre o de su hijo o ambos. En todos los casos la salud del recién nacido fue diagnosticada por el score de Apgar al primero y al quinto minuto de vida realizado por el neonatólogo residente de guardia.

El grupo cucillas está formado por mujeres que deseaban tener el parto en esa posición. El grupo litotomía está formado por mujeres que deseaban tener el parto en cucillas, entretanto desistieron por efecto negativo del dolor de las contracciones y solicitaron analgesia, impidiendo de esta forma una sustentación de la posición vertical.

#### Resultados:



DISTRIBUCIÓN DE APGAR SEGÚN TIPO DE PARTO  
5º minuto



#### Conclusión:

El grupo de parto en posición de cucillas tuvo 3,5 veces menos, recién nacidos muy deprimidos (Apgar 0 a 3) al primer minuto de vida, comparado con el de los partos horizontales, situación bastante preocupante. A los 5 minutos de vida esta situación es más preocupante todavía debido a que no encontramos recién nacidos muy deprimidos en partos de cucillas y encontramos 2,8% en recién nacidos de partos en posición horizontal. Estos resultados nos permiten concluir que en partos de cucillas no solo encontramos recién nacidos menos deprimidos al minuto de vida, sino que esta depresión desaparece a los cinco minutos de vida. Inversamente, en la comparación con el Apgar 10, observamos una proporción significativamente mayor, tanto en el primero como en el quinto minuto de vida en recién nacidos de partos en cucillas.

Con base en estos resultados y considerando que la posición de cucillas es adecuada para disminuir depresiones neonatales, deberá ser estimulada para su utilización en un mayor número de embarazos de bajo riesgo.

#### Bibliografía:

APGAR, V. A Proposal for new method of evaluation of the newborn infant. *Current Researches*. In anesthesia and analgesia. v. 32, p. 260-267, 1953.

SABATINO, H.; CARREIRO, A.V. Unidades Unicamp y factores que justifican partos en posición de cucillas, pag. 418-439. In: Livro eletrônico. Atención al nacimiento humanizado. Baseado en evidencias científicas; autor SABATINO, H. ISBN 907312, 2007.

SABATINO, H.; SOUZAS, L. R.; MARTINEZ, E. Z. - Historical comparisons of Apgar score with in squatting and horizontal mother childbirth in low risk pregnant. *Int. J. Gynec. & Obst.* V. 70, Sup. 1, pag. 81-82, XVI Higo, Washington 2000



# Conocimiento de la utilidad de la citología y sus implicaciones



Madrid 15-16 octubre 2009

Peñín Fernández MF; Sánchez Merino MJ; Gómez Ruiz MP  
Área 2 de AP. Madrid

## INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios en distintos contextos, ponen de manifiesto que entre los principales factores que determinan la realización de la citología, se encuentra entre otros, el conocimiento de la utilidad de esta prueba por parte de la mujer.

## OBJETIVOS

Determinar el conocimiento que tienen las mujeres que acuden a la consulta de la matrona acerca de la prueba a realizar (citología):

- Conocer el motivo por el que acude a realizársela
- Verificar si conoce la necesidad de su realización
- Comprobar si conoce cuando deben iniciarse y su periodicidad
- Estimar el conocimiento en la relación VPH y cáncer de cervix

## MÉTODO

- Estudio observacional, descriptivo, transversal.
- Población: todas las mujeres que acudieron a la consulta de la matrona para una citología (n-302) en cuatro centros del Área 2 de AP. de Madrid; en el periodo de marzo-mayo de 2009.
- Procedimiento: cuestionario con cuatro preguntas cerradas sobre conocimiento de la citología (la prueba que se van a realizar), edad y nacionalidad.

## RESULTADOS

### Nivel de conocimiento

|                                     | Total de mujeres | Españolas | Otros países | Citología por 1ª vez |
|-------------------------------------|------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Las 4 preguntas correctas           | 4,6%             | 5,4%      | 2,5%         | 0                    |
| 3 correctas excluyendo periodicidad | 19,5%            | 21,3%     | 15,9%        | 14,3%                |
| 2 correctas: fundamentales          | 30%              | 31,7%     | 26,3%        | 20%                  |

### Conocimiento en relación a la edad

|                                     | Menores de 25 años | De 26 a 35 | Mayores de 35 años |
|-------------------------------------|--------------------|------------|--------------------|
| Las 4 preguntas correctas           | 5,4%               | 9,8%       | 1,3%               |
| 3 correctas excluyendo periodicidad | 21,6%              | 28,3%      | 13,8%              |
| 2 correctas: fundamentales          | 27%                | 34,8%      | 28,3%              |

Fundamentales: para que se hace y relación VPH-cáncer de cervix

El nivel de conocimiento es menor en quienes se hacen la citología por primera vez, mujeres extranjeras y menores de 25 años.

**CONCLUSIONES:** Los factores relacionados con el uso de la citología, son en mayor medida con la intención de la mujer de realizársela; para ello debe tener conocimiento sobre su utilidad. Por tanto, uno de los retos de las matronas en el cuidado de la salud de las mujeres, es que adquieran unos conocimientos adecuados, ya que la falta de información es un factor de riesgo de desinterés en la asistencia.





Institut Català  
de la Salut

## REALIDAD ACTUAL RESPECTO A LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCION A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTONOMAS

**Murillo Molina, M.I, Monterroso Moreno, E.2, Vila Butille, M., Paucar, Miryan Rita.1, Sombrero Torres, I.1, Abajo Llana, S.1**

### Introducción:

A partir del Real Decreto 1030/2006 del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS se garantizan las prestaciones y configura la cartera de servicios en las diferentes Comunidades Autónomas.

El Decreto define directrices a seguir dejando a cada Comunidad la posibilidad de incrementar la cartera de servicios en función de sus propias características. De esta manera cada comunidad organiza su cartera atendiendo a su estructura poblacional, social, económica, de gestión, y es esta misma organización de los servicios la que posibilita, facilita, obstaculiza la accesibilidad al sistema. Mejora o disminuye la eficacia a la hora de la prestación de los servicios.

### Objetivo:

Identificar las carteras de servicios en los Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de las diferentes Comunidades Autónomas.

### Metodología:

Análisis descriptivo de las carteras de servicio de las diferentes Comunidades Autónomas en materia de salud a la mujer y a la adolescencia.

### Resultados CCAA:

#### C. La Rioja:

Atención a la mujer embarazada.  
Asistencia del especialista en embarazo, parto y puerperio.  
Programa de atención sanitaria a través de las matronas.

#### C. de Murcia

Atención a la mujer: control de la gestación en atención primaria  
Atención a la mujer: planificación familiar.

#### C.A. de Canarias:

Cartera de servicios atención a la mujer definida por Real Decreto 1030/2006

#### C. de Madrid:

Atención al embarazo y puerperio  
Prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.  
Seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos.

#### C. Castilla-La Mancha:

Salud de la embarazada, parto, puerperio, y cuidados del recién nacido

#### C. Castilla y León:

P. Salud materno infantil.

#### Ciudad Autónoma de Ceuta:

Cartera de servicios atención a la mujer definida por Real Decreto 1030/2006

#### C. Cantabria:

Atención precoz y seguimiento sanitario del embarazo. Preparación al parto. Visita postparto.

Colaboración en otros servicios del Centro: educación grupal, atención a la menopausia, detección precoz de cáncer de cérvix, información y seguimiento de métodos anticonceptivos.

#### Principado de Asturias:

Cartera de servicios definida por Real Decreto 1030/2006

#### C. de Valencia:

Unidades de planificación familiar: seguimiento embarazo y puerperio

#### CCAA de las Islas Baleares:

Cartera de servicios atención a la mujer definida por Real Decreto 1030/2006

#### C. A. de Extremadura:

Cartera de servicios atención a la mujer definida por Real Decreto 1030/2006

#### C.A. de Cataluña:

Programa atención a la Salud Sexual y Reproductiva

#### C. Foral de Navarra:

Programa seguimiento al embarazo y puerperio.

#### País Vasco:

Atención al individuo:

Abordaje de grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo: Atención a la mujer.

#### Ciudad Autónoma de Melilla:

Cartera de servicios atención a la mujer definida por Real Decreto 1030/2006

#### C. A. de Galicia:

Atención al embarazo, educación para la maternidad

Atención a la mujer climaterio

Información sobre planificación familiar

#### C. A. de Andalucía:

Atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva.

#### C. A. de Aragón:

Servicio de atención a la salud sexual y etapa reproductiva

### Conclusión:

Analizada la organización y oferta de las diferentes carteras de servicios, destacar su aplicación más o menos homogénea de todas ellas en todas las comunidades.

Las diferencias estriban en la forma de organización de los servicios en programas específicos o subprogramas. Es decir, existen comunidades en las que toda la oferta en materia de Atención a la Salud y Sexual y Reproductiva queda englobada en un único programa que abarca diferentes especialidades o disciplinas. En otras en cambio, la oferta se presenta dispersa, en diferentes programas, especialidades y quedan distribuidas en espacios físicos diferentes.

Concluir que diseñar programas específicos que engloben la totalidad de la oferta (sexualidad, embarazo, contracepción, preventiva, enfermedades de transmisión sexual, educación sanitaria y maternal, lactancia, menopausia, soporte a grupos de riesgo (mujeres mastectomizadas, histerectomizadas.), terapia afectivo-sexual, interrupción embarazo, esterilidad), mejoraría la eficacia, accesibilidad, gestión del servicio. En relación al trabajo en equipo, facilitaría el trabajo interdisciplinar, mejora de comunicación, resolución y eficacia en nuestro trabajo.

1: Matrona 2: Enfermera

Bibliografía; Directorio de Comunidades Autónomas y Conserjerías de Salud, Real Decreto 1030/2006



## Nuevas Tecnologías para un Mayor Acercamiento entre Matronas y Gestantes

### Introducción

El embarazo es un periodo de múltiples dudas y durante nuestra rutina hospitalaria hemos observado una importante necesidad informativa por parte de las gestantes, que no siempre se ha podido resolver con la profundidad deseada por la falta de tiempo derivada de la carga asistencial.

Aprovechando que el avance de las nuevas tecnologías brinda una oportunidad para el acercamiento entre personas, hemos pensado que esto podría ser aprovechado para estrechar la relación entre matrona y gestante.

### Objetivos

- ✓ Mejorar la accesibilidad de la gestante al sistema.
- ✓ Resolver dudas de una forma rápida y cómoda para la gestante.
- ✓ Acercamiento entre matrona hospitalaria y gestante.
- ✓ Disminuir el temor o la ansiedad de acceder a un lugar desconocido.

### Material y Método

Ordenador, Internet y una cuenta de correo electrónico.



[matronaslalinea@gmail.com](mailto:matronaslalinea@gmail.com)



### Desarrollo

Para llevar a cabo esta iniciativa creamos una cuenta de correo electrónico que fue difundida en diferentes trípticos creados por nuestro servicio.

La cuenta de correo es visitada diariamente y se dan respuestas y consejos a las diferentes dudas que nos plantean.

Se tratan temas sobre el funcionamiento del paritorio, sobre lactancia, analgesia, donación de cordón, cuidados del periné...

También encontramos agradecimientos, fotos de los recién nacidos con sus madres, compartimos anécdotas y vivencias...

### Discusión y Conclusiones

Nos parece una forma muy útil de comunicación entre matronas hospitalarias y mujeres de una población, ya que normalmente tras el parto se suele perder el contacto. De esta forma podemos acercarnos más a ellas, a sus necesidades y establecer lazos de unión, que las mujeres agradecen tener con las matronas que las atendieron.

Sin embargo, todavía vemos que existe una falta de aceptación de este medio, bien porque parte de la población no usa las nuevas tecnologías, o bien porque no son conscientes del recurso del que disponen, que quizá podríamos corregir con una mayor promoción.

Pensamos que en un futuro puede llegar a ser una herramienta muy interesante.

Carmen Lorena Pérez Paredes, Lourdes Rodríguez López, Rosa Mª Rodríguez López  
Matronas Hospital SAS La Línea, Cádiz. Ana Belén Pérez Espinosa. EIR Unidad Docente Cádiz.



Servicio Andaluz de Salud  
Hospital de La Línea  
Área de Gestión Sanitaria Sur de Cádiz



**LIBRO DE ABSTRACTS EDITADO POR LA  
ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS.**